INDICADORES DE SAÚDE, APOIO COMUNITÁRIO E PRECONCEITO PERCEBIDO DE MIGRANTES VENEZUELANOS DE PRIMEIRA GERAÇÃO RESIDENTES NO INTERIOR DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO LONGITUDINAL COM MÉTODOS MISTOS

Pedro Henrique Conte Gil

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana

Programa de Pós-graduação em Psicologia

Porto Alegre, outubro de 2025

INDICADORES DE SAÚDE, APOIO COMUNITÁRIO E PRECONCEITO PERCEBIDO DE MIGRANTES VENEZUELANOS DE PRIMEIRA GERAÇÃO RESIDENTES NO INTERIOR DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO LONGITUDINAL COM MÉTODOS MISTOS

Pedro Henrique Conte Gil

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia sob orientação do Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

Estágio doutoral no *Laboratoire Clinique Psychanalyse Développement* da Université Paris Nanterre, sob supervisão de Alice Einloft Brunnet, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana

Programa de Pós-graduação em Psicologia

Porto Alegre, outubro de 2025

“Tudo que eu não invento é falso”

Manoel de Barros

AGRADECIMENTOS

O meu percurso de doutoramento não foi trilhado sozinho. É com alegria que percebo a tessitura mosaica tanto dessa trajetória e quanto do manuscrito aqui apresentado, ambos construídos com o amparo de pessoas que, inúmeras vezes, foram catalisadoras de ternura e sustentação diante das dificuldades. Assim, gostaria de agradecer:

Ao meu orientador, Prof. Adolfo Pizzinato, pela orientação atenta e pela disponibilidade constante na construção desta tese. Agradeço por acreditar no meu trabalho, pelo incentivo nos momentos de incertezas e pelas oportunidades que possibilitaram meu crescimento acadêmico e pessoal. Sua confiança e generosidade marcaram profundamente este percurso.

À Prof.ª Dra. Alice Einloft Brunnet, pelo acolhimento no estágio doutoral e pela contribuição imprescindível a este trabalho, desde a qualificação do projeto até a composição da banca. Sua dedicação e admirável trajetória acadêmica são inspiração constante.

À Prof. Dra. Clarissa Marceli Trentini, por seu interesse em ser minha relatora, bem como por suas valiosas observações e contribuições desde a fase do projeto desse material.

Aos demais professoras componentes da banca, Dra. Sylvia Duarte Dantas e Dr. Cristiano Dal Forno, por seu investimento de tempo e energia na leitura, o que certamente enriquecerá esse trabalho.

Aos migrantes venezuelanos participantes desse estudo, por me receberem em suas casas e compartilharem suas histórias repletas de riquezas e esperança em uma vida melhor.

Aos profissionais de saúde, também participantes desse estudo, por aceitarem compartilhar suas motivações e desamparos no trabalho cotidiano no SUS.

Aos meus colegas e alunas de iniciação científica – Gabriel Baltazar da Silva, Natally Buzzatto Gomes da Silva, Paola Bazzanella Santos e Marina Basotti – pela dedicação incansável ao projeto e pelo pronto auxílio diante das demandas que se apresentavam.

Aos demais colegas do NEPsiD, com quem tive o privilégio de compartilhar encontros acadêmicos e momentos de celebração, que tornaram a experiência de grupo de pesquisa mais significativa.

Aos meus pais, Bernardete e Gilnei, que sempre acreditaram no meu potencial e investiram todas suas possibilidades para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Aos meus irmãos, Anna e Carlos, os quais foram suporte e abrigo, intensificando as alegrias e suavizando os desafios.

À minha família do coração, que me transmitiu o desejo de ser um escutador de histórias.

Às amizades especiais que o mestrado me trouxe e o doutorado consolidou – Beatriz, Georgius, Mariana e Mônica. Sem dúvida, vocês foram presença decisiva em toda a caminhada.

Aos amigos de longa data, especialmente Bruna, Gabriel, Luísa, João e Joice, pela paciência ao longo dos mais de quatro anos deste doutorado, acolhendo minhas angústias e ausências com compreensão.

Muito obrigado!

SUMÁRIO

RESUMO **10**

ABSTRACT **12**

APRESENTAÇÃO **14**

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO **20**

Campo epistemológico: uma intersecção entre Psicologia Cultural e Saúde Coletiva 21

Porosidade das fronteiras conceituais no campo das condições migratórias 27

Breve panorama histórico-político da crise humanitária e êxodo migratório venezuelano 31

Da Venezuela para o Brasil: a política pública "Operação Acolhida" 36

Indicadores de saúde física e psicológica, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos 38

Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo migratório venezuelano: desafios para os profissionais de saúde da Atenção Básica 50

Objetivo geral da tese 58

Delineamento da tese 58

CAPÍTULO II: ARTIGO 1 ..... **60**

INTERIORIZAÇÃO DE COLETIVO VENEZUELANO NO SUL DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA **60**

Resumo 60

Introdução 62

Método 64

Relato de experiência e discussão 69

Considerações finais 80

Referências 81

CAPÍTULO III: ARTIGO 2 ..... **84**

THE IMPACT OF SOCIODEMOGRAPHIC, COMMUNITY SUPPORT, AND PREJUDICE ON QUALITY OF LIFE AMONG FIRST-GENERATION VENEZUELAN MIGRANTS IN SOUTHERN BRAZIL.....84

CAPÍTULO IV: ARTIGO 3 85

RISCOS E PROTEÇÕES À SAÚDE DE MIGRANTES VENEZUELANOS: PERCEPÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA.....85

CAPÍTULO V: ARTIGO 4.....86

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE ASPECTOS DO PROCESSO MIGRATÓRIO VENEZUELANO AO BRASIL.....86

Resumo.....86

Introdução.....88

Método 91

Resultados 95

Discussão.....103

Considerações finais.....110

Referências 111

CAPÍTULO VI: ARTIGO 5 117

FORMATIVE INTERVENTION FOR HEALTH PROFESSIONALS OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) ON ETHNIC-RACIAL RELATIONS, MIGRATORY PROCESSES, AND SEXUAL-GENDER DIVERSITY 117

CAPÍTULO VII: ARTIGO 6.....118

O "SUJEITO MIGRANTE VENEZUELANO" NO BRASIL: CONCEPÇÕES DE GESTORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS 118

Resumo 118

Introdução 120

Método 123

Resultados e discussão 128

Considerações finais 142

Referências 143

CAPÍTULO VIII: ARTIGO 7 147

VENEZUELAN MIGRATION TO BRAZIL: A QUALITATIVE LONGITUDINAL STUDY 147

CAPÍTULO IX: ARTIGO 8 148

QUALITY OF LIFE, COMMUNITY SUPPORT, AND PERCEIVED PREJUDICE OF FIRST-GENERATION VENEZUELAN MIGRANTS LIVING IN BRAZIL: A LONGITUDINAL MIXED-METHOD STUDY 148

CAPÍTULO X: CONSIDERAÇÕES FINAIS 149

REFERÊNCIAS 160

APÊNDICE A 177

APÊNDICE B 179

APÊNDICE C 181

APÊNDICE D 183

APÊNDICE E 185

APÊNDICE F 186

APÊNDICE G 187

APÊNDICE H 190

APÊNDICE I 193

APÊNDICE J 195

ANEXO A 197

ANEXO B 201

ANEXO C 202

ANEXO D 205

ANEXO E 206

ANEXO F 207

ANEXO G 208

ANEXO H 209

RESUMO

O objetivo desta tese é investigar longitudinalmente as relações entre indicadores quantitativos e qualitativos de saúde, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul (RS), sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi conduzida como um estudo guarda-chuva, integrando diferentes delineamentos: relatos de experiência, estudos qualitativos exploratórios, pesquisas transversais e longitudinais de métodos mistos (2022–2024) e pesquisas-intervenção em formato pré-experimental. Participaram migrantes venezuelanos e profissionais de saúde, o que possibilitou reunir registros de práticas, análises contextuais e avaliação de intervenções formativas em saúde. Os dados quantitativos transversais (baseline) indicaram que saúde física e psicológica dos migrantes venezuelanos se correlacionou positivamente com o apoio comunitário e negativamente com o preconceito percebido, sendo este último a variável mais fortemente associada a menores níveis de saúde. Nos dados longitudinais (2022–2024), observou-se piora significativa na saúde física e um padrão em “U” na saúde psicológica, com queda seguida de recuperação parcial. O apoio comunitário apresentou tendência de redução, sem diferenças significativas, enquanto o preconceito permaneceu estável ao longo do período. Os dados qualitativos (2023–2024) aprofundaram essas tendências, evidenciando que a piora da saúde física esteve relacionada a condições laborais precárias, e o sofrimento psicológico a separações familiares, sobrecarga de trabalho e experiências de discriminação. Na perspectiva dos profissionais do SUS, destacaram-se barreiras institucionais, dificuldades de comunicação e práticas discriminatórias, implícitas e explícitas. Como potenciais protetivos, emergiram estratégias de adaptação comunicacional, esforços de aproximação relacional e a valorização de vínculos construídos no cotidiano do cuidado. A intervenção formativa implementada

reduziu a negação de preconceito racial e favoreceu posturas mais positivas em relação a migrantes e à diversidade sexual e de gênero, ainda que preconceitos mais arraigados tenham permanecido inalterados. Conclui-se que o preconceito atua como variável transversal que compromete saúde e integração comunitária, reforçando a necessidade de políticas intersetoriais, formação continuada de profissionais e práticas culturalmente sensíveis para promover inclusão e equidade em saúde.

Palavras-chave: Migração Humana; Venezuela; Saúde; Apoio Social; Preconceito; Estudo Longitudinal.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to longitudinally investigate the relationships between quantitative and qualitative indicators of health, community support, and perceived prejudice among Venezuelan migrants living in countryside cities in Southern Brazil, from the perspective of both these migrants and healthcare professionals within Brazil's Unified Health System (SUS). The research was conducted as an umbrella study, combining multiple designs: experiential reports, exploratory qualitative studies, cross-sectional and longitudinal mixed-methods research (2022–2024), and pre-experimental intervention research. Both Venezuelan migrants and health professionals participated, enabling the collection of practice records, contextual analyses, and evaluation of formative health interventions. Cross-sectional quantitative data (baseline) showed that migrants' physical and psychological health correlated positively with community support and negatively with perceived prejudice. Perceived discrimination was the variable most strongly associated with lower health levels. Longitudinal quantitative data (2022–2024) indicated a significant decline in physical health and a "U-shaped" pattern in psychological health, with an initial decrease followed by partial recovery. Community support tended to decrease, though not significantly, while perceived prejudice remained stable over time. Longitudinal qualitative data (2023–2024) deepened these findings, revealing that physical health deterioration was linked to precarious labor conditions, and psychological suffering to family separations, work overload, and experiences of discrimination. From the perspective of SUS professionals, institutional barriers, communication difficulties, and both implicit and explicit discriminatory practices were highlighted. Protective factors included adaptive communication strategies, relational engagement, and the strengthening of daily care relationships. The formative intervention reduced racial prejudice denial and promoted more positive attitudes toward migrants and

sexual and gender diversity, although more entrenched prejudices remained unchanged. In conclusion, discrimination functions as a transversal factor affecting both health and community integration, emphasizing the need for intersectoral policies, ongoing professional training, and culturally sensitive practices to promote inclusion and equity in health care.

Keywords: Human Migration; Venezuela; Health; Social Support; Prejudice; Qualitative study; Longitudinal study.

APRESENTAÇÃO

Histórias sempre me capturaram. Lembro-me com afeto de minha tenra infância, nos momentos em que meus cuidadores primordiais contavam a mim as fábulas dos mundos dos quadrinhos, enquanto eu, imbuído de uma curiosidade intrínseca, tentava resistir ao sono para não perder o desfecho dos personagens. Com o passar dos anos, gradualmente os gibis foram substituídos por livros, ao mesmo tempo em que a companhia de leitura de minha mãe adotiva foi sendo transferida para a minha própria solitude. Hoje gosto de pensar que, nesse processo, eu começava como que a sustentar as histórias com as minhas próprias mãos. Não surpreendentemente, a profissão que escolhi se circunscreve na escuta de histórias. Esse ofício de escutar, seja os pacientes da clínica ou os participantes das pesquisas, desvela uma tentativa de elaboração e produção de sentido de minhas próprias histórias. Ao menos, é o que me parece.

Um dos desdobramentos desse doutoramento, especialmente este arquivo físico-digital de minha tese, também se ocupará de contar histórias. Inicialmente, destaco as histórias dos migrantes venezuelanos, que compartilharam comigo percursos que soavam como contos de sofrimento e esperança entrelaçados, mas que, ao mesmo tempo, refletiam uma capacidade de elaboração e de sustentação de destinos que foram e serão inspiradoras para mim. Este material também contará as histórias dos desafios dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no acolhimento e atendimento da população migrante venezuelana, já que, por se encontrarem diante de sua própria constituição subjetiva-cultural e da precarização laboral dos serviços de saúde, comumente se viam desamparados entre a ambivalência de acolher ou resistir a alteridade, representada na figura do estranho estrangeiro.

Além desta contação de histórias por diferentes perspectivas, obviamente, este material contará com os atravessamentos de minhas posições subjetivas e de meus enxertos interpretativos. Isto é, o texto estará permeado por minhas possibilidades criativas e

elaborativas, contudo, também por meus pontos cegos de leitura dos belos e difíceis fenômenos das histórias que escutei, os quais, em sua maioria, se encontram distantes de meu escopo de experiências pessoais. De todo modo, todas essas construções que compuseram o processo de criação, coleta de dados e escrita dessa tese foram atravessadas por afetos de amor e ódio, mas, certamente, nunca permearam o campo da indiferença. Portanto, diante dessa breve reflexão, convido aos leitores e leitoras a metaforicamente sentarem, pois aqui se inicia a contação de uma longa história.

Partindo da premissa cronológica dos eventos, essa longa história se divide em 10 capítulos, sendo dois de construções teóricas-reflexivas (introdução e considerações finais) e outros oito artigos de dados empíricos. Primeiramente, a introdução se propõe a apresentar o tema e contextualizar os problemas de pesquisa, além de lançar as bases epistemológicas adotadas para sua construção, a saber, uma possível intersecção entre a Psicologia Cultural e a Saúde Coletiva. Naturalmente, como manda o enredo das histórias de investigação, as considerações finais propõem uma singela síntese das observações positivistas dos estudos, mas, também, não abro mão de tecer um texto que contenha minhas construções subjetivas e suas variáveis sensações no decorrer desses mais de quatro anos de estudo e escrita.

Já em relação aos materiais empíricos, começo pelo relato de uma experiência que marcou minha trajetória de prática profissional e de pesquisa, a qual ocorreu em meados de maio a setembro de 2021. Na época, fui contratado por uma Organização Não-Governamental (ONG) internacional para o cargo de psicólogo responsável pelo acompanhamento psicossocial de um coletivo de 137 migrantes venezuelanos, os quais foram interiorizados em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (RS), trasladados do norte do Brasil através da política pública "Operação Acolhida". Essa história está contada no Artigo 1 "*Interiorização de coletivo venezuelano no sul do Brasil: relato de experiência*", o qual objetivou ilustrar as minúcias dessa experiência, com enfoque nas práticas dos profissionais de interiorização para acesso e

atendimentos nos dispositivos de saúde do município, bem como o apoio social e integração comunitária da população migrante no território. O material já se encontra publicado na *Revista da SPAGESP* (Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo) (Gil et al., 2023).

Essa experiência profissional compõe o núcleo da concepção de meu projeto de doutorado. Através do contato e relação proximal com o coletivo de migrantes venezuelanos, surge o desejo de seguir acompanhando sistematicamente a população, através de um estudo longitudinal de métodos mistos, com três tempos anuais de medida (2022-2024). As questões oriundas a saúde e apoio social da população eram fenômenos que despertaram meu interesse, bem como suas intersecções com o racismo, a discriminação e a xenofobia. Partindo dessa proposta teórico-metodológica, em 2022, deu-se início ao processo de coleta que compôs a Baseline do banco de dados da tese. O Artigo 2 "*The impact of sociodemographic, community support, and perceived prejudice on quality of life among first-generation Venezuelan migrants in southern Brazil*" consiste em um primeiro estudo transversal, que descreveu e relacionou as principais variáveis do projeto de pesquisa – saúde física e psicológica, suporte comunitário e preconceito percebido – em uma amostra de 207 migrantes venezuelanos de primeira geração residentes no sul do Brasil. O material foi submetido na revista *Social Psychiatry.*

No contato com esses migrantes venezuelanos, também investigamos quais eram os principais serviços de saúde do SUS acessados pela população. Através de um levantamento do quantitativo, identificou-se duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que mais prestavam serviços em saúde para os migrantes venezuelanos participantes do primeiro estudo. Entrevistou-se um total de 22 profissionais de saúde, sendo estes: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. O intuito das entrevistas era escutar as suas versões das histórias sobre as experiências e desafios nos atendimentos à população migrante venezuelana. As análises dos

dados qualitativos oportunizaram a escrita de dois manuscritos que compõem esta tese, sendo o Artigo 3 "*Riscos e proteções à saúde de migrantes venezuelanos: percepções da Atenção Básica*", e o Artigo 4 "*Representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre aspectos do processo migratório venezuelano ao Brasil*". Os materiais se ocupam de descrever tanto as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre fatores de risco e protetivos à saúde de migrantes, quanto as representações sociais que intensificam ou atenuam suas concepções e práticas de saúde. O Artigo 3 será encaminhado para a *Revista de Psicología (Peru),* enquanto o Artigo 4 já se encontra publicado no dossiê sobre migração e saúde da revista *Acta Scientiarum: Human and Social Sciences* (Gil et al., 2025a).

No processo de autorização para condução da pesquisa com os profissionais de saúde das UBS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do referido município toma conhecimento de nosso projeto de pesquisa e se interessa pela temática, a qual envolve, sobretudo, a diversidade étnico-cultural. Através de um contato direto, a diretoria da SMS sinaliza a mim a necessidade de uma capacitação sobre diversidade e cuidado psicossocial para a rede de profissionais da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do estado do RS. A partir de uma parceria entre a CRS, SMS e o Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG) – instituição de ensino superior à qual sou docente –, e o nosso grupo de pesquisa, o Núcleo de Estudos e Intervenção Psicossocial à Diversidade (NEPsiD), conduzimos uma pesquisa-intervenção formativa para 190 profissionais de saúde sobre diversidade sexual e de gênero, relações étnico-raciais e processos migratórios. A formação consistiu de três encontros mensais, sendo dois destes para todos os profissionais de saúde da região, em formato de palestras expositivas, e um encontro apenas para gestores dos serviços de saúde do município, no formato de grupos focais. O Artigo 5 desta tese "*Formative intervention for health professionals of the Brazilian Unified Health System (SUS) on ethnic-racial relations, migratory processes, and sexual-gender diversity*" descreve detalhadamente os procedimentos e resultados da intervenção, que

contou com medidas de pré e pós-teste de instrumentos quantitativos e análises qualitativas dos grupos focais. Este artigo será encaminhado para a revista *International Journal of Migration, Health and Social Care*.

Além deste material, pela riqueza dos dados produzidos nos grupos focais com as gestoras dos serviços de saúde, produziu-se o Artigo 6 "*O 'sujeito migrante venezuelano' no Brasil: concepções de gestoras de serviços de saúde do SUS*", que objetivou 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, no referido município do interior do RS. Este material já se encontra publicado na revista *Saúde e Sociedade*, nas versões em português e inglês (Gil et al., 2025b).

Concomitante a essas etapas, a coleta de dados longitudinal com os migrantes venezuelanos seguiu o curso planejamento. Os 207 participantes da Baseline foram contatados novamente em 2023 e 2024 para as fases subsequentes, sob as diretrizes do mencionado desenho metodológico de métodos mistos de coletas. Importante ressaltar que, após a conclusão das coletas de dados, realizo o meu estágio doutoral na *Université Paris Nanterre*, sob supervisão da Prof. Dra. Alice Einloft Brunnet. Esse rico período de trocas e experiências em outro país oportunizou a consolidação e qualificação dos resultados e discussões de todos os dados coletados. Portanto, associado a esse novo capítulo de minha história, produz-se a análise qualitativa longitudinal das entrevistas dos venezuelanos, que se encontram relatadas no Artigo 7 *"Venezuelan migration to Brazil: a qualitative longitudinal study"*. O material objetivou investigar as dinâmicas longitudinais das experiências de migração, deslocamento e apoio de migrantes venezuelanos de primeira geração no Sul do Brasil. O artigo será encaminhado para avaliação na revista *International Migration (OIM)*.

E, por fim, o estágio doutoral também oportunizou as análises do material *grand finale,* o Artigo 8 *"Quality of life, community support, and perceived prejudice of first-generation*

Venezuelan migrants living in Brazil: a longitudinal mixed-method study”. Através da composição de dados quantitativos e qualitativos longitudinais, analisou-se como se comportam os indicadores de saúde e psicológica, suporte comunitário e preconceito percebido de 59 migrantes venezuelanos de primeira geração se comportaram durante o período de três anos (2022-2024). Este material será submetido na revista *Journal of Ethnic and Migration Studies.*

Diante de toda essa construção, espero, honestamente, que a contação dessas histórias produza sentidos. Se de alegria, que seja para renovar a nossa esperança em uma sociedade mais humanitária e acolhedora das diferenças; se de revolta, que seja para promover mudanças nas concepções racistas, preconceituosas e xenofóbicas que permeiam as estruturas e discursos coletivos. Espero, também, que o sentido produzido não permeie a indiferença.

Desejo uma boa leitura.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

Em termos do percurso teórico-metodológico, inicialmente, inscrevo a fundamentação dessa tese de doutorado em um marco de intersecção entre os pressupostos da Psicologia Cultural e da Saúde Coletiva. Além disso, apresento as porosidades conceituais que se circunscrevem no campo jurídico-político da migração, bem como a justificativa para adoção do termo "migrante" para me referir aos sujeitos em condições de mobilidade, sobretudo os venezuelanos. Adoto este termo pela sua amplitude, já que contempla a eminente fluidez desse movimento migratório contemporâneo, ao mesmo tempo que abarca as condições legais de solicitantes de refúgio e refugiados.

Em seguida, remonto, ainda que brevemente, os principais acontecimentos históricos que culminaram na atual crise humanitária enfrentada pela Venezuela, que foi responsável pelo maior êxodo migratório da história latino-americana contemporânea. Nessa conjuntura, salienta-se que o Brasil se torna um importante destino de migrantes venezuelanos, o que demanda do Governo Federal a organização de uma política de acolhimento para a população, a força tarefa denominada "Operação Acolhida".

Diante desse intenso fluxo migratório, proponho, também, reflexões teóricas e empíricas sobre os impactos que os fenômenos migratórios produzem nos sujeitos em condições de mobilidade, especialmente em termos da íntima relação entre os indicadores de saúde física, psicológica, apoio comunitário e preconceito percebido. Sabe-se que os migrantes venezuelanos, ao buscarem o Brasil para acolhimento, geralmente encontram-se em condição de vulnerabilidade de saúde e social. Algo que, inevitavelmente, produz desdobramentos para as políticas públicas do país, com destaque para o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus respectivos profissionais de saúde. Por sua organização, a Atenção Básica se torna o principal

nível de acesso aos serviços de saúde da população migrante venezuelana, uma vez que esse nível de atenção preconiza pelo cuidado integral e longitudinal.

Diante dessas questões, essa tese de doutorado se propõe a investigar longitudinalmente as relações entre indicadores quantitativos e qualitativos de saúde, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul (RS), sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde do SUS.

Campo epistemológico: uma intersecção entre Psicologia Cultural e Saúde Coletiva

Cultura é um conceito amplamente debatido nas ciências humanas, marcado por uma notável polissemia (Canedo, 2008; Rouanet, 2017). Kroeber e Kluckhohn, em sua clássica revisão teórica, identificaram mais de 160 definições distintas do termo, destacando sua complexidade e a multiplicidade de perspectivas a ele associadas. A partir dessa análise, os autores propuseram três grandes eixos interpretativos: (1) um registro antropológico, que compreende a cultura como um sistema simbólico composto por saberes, crenças e valores; (2) um registro sociológico, que a entende como o conjunto de manifestações sociais, como a ciência, a moral, o direito e as instituições; e (3) um registro estético, que enfatiza as produções artísticas como a música, a literatura, o teatro, o cinema e a dança (Rouanet, 2017). Complementarmente, Canedo (2008) define a cultura como o conjunto de formas de expressão e organização social de um povo, construídas historicamente e transmitidas entre gerações, constituindo, assim, a base das identidades coletivas.

No entanto, o conceito de cultura passou por transformações e compreensões distintas ao longo do tempo, as quais, inevitavelmente, também impactaram nas construções teórico-metodológicas para investigação de fenômenos sociais, como, por exemplo, os processos migratórios. Diante disso, esta seção propõe um breve e sintético percurso pelas principais transformações epistemológicas que culminaram na formulação das bases centrais da

Psicologia Cultural, explorando, em seguida, suas possíveis intersecções com o campo da Saúde Coletiva.

Inicialmente, Sigmund Freud constitui um marco na interlocução entre psicologia e cultura, articulando explicações metapsicológicas e críticas sociais. Em Totem e Tabu (1913/2012), Freud propõe uma leitura mítica da origem da cultura a partir do assassinato do pai primordial, evento simbólico que inaugura a consciência de culpa e funda o totemismo, a religião, a moral e a organização social. O criado da psicanálise analisa como a ambivalência entre amor e ódio pelo pai leva à criação das primeiras proibições, estabelecendo os fundamentos da vida civilizada, e explora mecanismos psíquicos como recalcamento, identificação e culpa. Em O Futuro de Uma Ilusão (1927/2014) e O Mal-estar na Civilização (1930/2010), amplia-se a análise para os efeitos sociais e subjetivos da cultura, conceituando a religião como uma ilusão protetiva e destacando o mal-estar civilizatório gerado pelo conflito entre pulsões inconscientes e exigências sociais, ao mesmo tempo em que define a cultura como o conjunto de instituições que protegem o homem da natureza e regulam os vínculos humanos. Por fim, em Moisés e o Monoteísmo (1939/2018), Freud introduz o conceito de herança psíquica, mostrando como conteúdos inconscientes e afetivos se transmite entre gerações, sustentando uma "psicologia dos povos". A instauração do Supereu – instância psíquica da lei do indivíduo – evidencia como a internalização de proibições e a produção de culpa inscrevem a cultura no sujeito. Dessa forma, a cultura não é apenas resultado de processos históricos e sociais, mas também de dinâmicas inconscientes que moldam o indivíduo. Ao longo de sua obra, Freud articula a gênese e os efeitos da cultura, revelando sua dimensão histórica, social e psíquica: a cultura organiza e protege a vida em sociedade, mas exige renúncia pulsional como condição de pertencimento, tornando-se central na compreensão da experiência humana.

Posteriormente, entre as décadas de 1930 a 1950, a Psicologia do Desenvolvimento passou a incorporar de maneira mais considerável e sistemática a dimensão cultural em suas

teorizações, desafiando lógicas pragmáticas e estritamente cognitivistas que desconsideravam o contexto social de seus modelos universais. Nesse sentido, Lev Vygostky (1978) destacou-se por afirmar que o desenvolvimento humano não pode ser compreendido fora dos contextos históricos e esferas sociais em que o indivíduo está inserido. O autor enfatizou que a cultura exerce um papel mediador essencial para a constituição do funcionamento psicológico, através da internalização da linguagem e dos sistemas simbólicos (Vygotsky, 1978).

Paralelamente, ainda no campo da Psicologia do Desenvolvimento, Urie Bronfenbrenner (1979) avançou a compreensão do desenvolvimento humano ao sistematizar o modelo ecológico, que enfatiza a interação dinâmica entre o indivíduo e múltiplos contextos sociais. Seu modelo organiza esses contextos em diferentes sistemas: o microssistema (espaços imediatos como família, escola e grupos de amigos), o mesossistema (relações entre microssistemas), o exossistema (contextos indiretos que influenciam o indivíduo, como o trabalho dos pais ou políticas públicas) e o macrossistema (valores culturais, normas e estruturas sociais mais amplas). Mais tarde, Bronfenbrenner (1979) incorporou o componente temporal por meio do modelo PPCT (Processos, Pessoa, Contexto e Tempo), que destaca que o desenvolvimento resulta de processos de interação recíproca (*proximal processes*) entre o indivíduo e seu ambiente, modulados pelas características pessoais, pelos diferentes contextos e pela dimensão temporal, incluindo mudanças ao longo da vida e eventos históricos (Martins & Szymanski, 2004). Essa abordagem reforça que o desenvolvimento não ocorre isoladamente, mas emerge da complexa rede de influências entre fatores individuais, relações interpessoais, estruturas sociais e transformações temporais, oferecendo um quadro abrangente para analisar a trajetória humana em sua totalidade.

Contudo, em meados do século XX, a Psicologia Transcultural emergiu com uma abordagem teórica-metodológica distinta, buscando identificar e comparar variações e semelhanças de fenômenos psicológicos entre culturas. Consagrado na área, John W. Berry

(1980) propôs diferentes modelos para investigar os processos de aculturação de indivíduos e grupos em contato com culturas distintas. Nesse aspecto, o autor distingue estratégias como assimilação (abandono da cultura original em favor da cultura dominante), separação (preservação da cultura original e rejeição da cultura dominante), integração (manutenção da cultura original junto à adoção de aspectos da cultura dominante) e marginalização (perda de conexão com ambas as culturas) (Berry, 1980). Apesar de sua relevância teórica e prática, essa abordagem é frequentemente criticada por tratar a cultura como uma variável estática e por concentrar-se em análises comparativas que, por meio de instrumentos quantitativos, carecem da profundidade necessária para apreender as nuances das experiências subjetivas e históricas, sobretudo em populações migrantes.

Em uma evolução crítica em relação à Psicologia Transcultural, a Psicologia Intercultural ampliou seu escopo para focar nas interações e trocas culturais que emergem do contato direto entre grupos distintos (Kim, 2001; Van de Vijver & Leung, 1997). Essa abordagem, em vez de comparar culturas como entidades estáticas, dedica-se a compreender os processos dinâmicos de negociação identitária, comunicação intercultural, preconceito e apoio social que moldam as experiências de adaptação dos migrantes. A adaptação, nessa visão, é reconhecida como um processo contínuo no qual o sujeito mantém vínculos com sua cultura de origem enquanto incorpora elementos da cultura anfitriã, resultando na construção de identidades híbridas (Kim, 2001). Essa perspectiva reconhece que a identidade do migrante é um campo de diálogo e criatividade, onde elementos de múltiplas culturas são continuamente negociados e sintetizados. Metodologicamente, a Psicologia Intercultural se distingue por sua integração de métodos quantitativos e qualitativos, buscando a profundidade necessária para captar a subjetividade e a complexidade das experiências vividas. A prioridade é dada a técnicas como entrevistas semiestruturadas e grupos focais, que possibilitam a coleta de narrativas e relatos de vida, essenciais para compreender os significados atribuídos pelos sujeitos à sua

jornada migratória (Van de Vijver & Leung, 1997). Essa pluralidade metodológica permite ir além de generalizações estatísticas e revela a diversidade de estratégias adaptativas e os impactos psicossociais da migração, fornecendo uma compreensão mais rica e contextualizada do fenômeno.

Já a Psicologia Cultural, consolidada nas décadas de 1980 e 1990, representa um aprofundamento teórico e metodológico que se distancia radicalmente das abordagens anteriores. Em seu cerne, está a concepção de que os processos psicológicos não são universais nem meramente contextuais, mas históricos e culturalmente construídos. A cultura não é vista como um cenário externo onde o indivíduo atua, mas como um componente constitutivo da mente e da experiência psicológica, moldando o que se pensa e como se pensa. Nessa área, a obra de Jaan Valsiner (2014) é de grande relevância, pois avança na teoria vygotskiana ao propor uma visão dinâmica e processual do desenvolvimento. Valsiner (2014) conceitua a noção de "mediação semiótica" para explicar como o indivíduo constrói seu mundo pessoal de significados a partir de signos e símbolos culturais, em um processo contínuo de adaptação criativa. Nesse sentido, a cultura oferece ferramentas que não apenas restringem, mas também potencializam o desenvolvimento individual, tornando a análise da migração um estudo de profunda reconfiguração identitária. No plano metodológico, essa perspectiva teórica necessita de um rompimento com a fragmentação e a abstração das abordagens tradicionais, privilegiando métodos qualitativos de cunho etnográfico, como a observação participante, entrevistas abertas e a análise de narrativas e discursos (Valsiner, 2014). Essa escolha metodológica busca apreender a experiência subjetiva em sua complexidade e historicidade, permitindo revelar as formas culturais específicas de raciocinar, sentir e agir. Ao adotar essa abordagem, o estudo da migração se torna capaz de oferecer uma compreensão mais rica e sensível dos processos psicológicos, nos quais os sentidos, valores e significados atribuídos pelos migrantes são centrais para a análise.

Nos anos seguintes, a Psicologia Indígena e Decolonial emergiu como uma crítica contundente ao colonialismo epistêmico da psicologia ocidental tradicional. Essa perspectiva, com autores como Maritza Montero (2006), denuncia a imposição de modelos de desenvolvimento, subjetividade e bem-estar que foram construídos a partir de populações eurocêntricas, invisibilizando e patologizando formas de vida não-ocidentais. A autora ressalta que as epistemologias e cosmologias de povos indígenas e de outras populações historicamente marginalizadas possuem saberes ancestrais e formas singulares de subjetivação, pautadas na coletividade, na espiritualidade e em uma relação profunda com o território (Montero, 2006). Do ponto de vista metodológico, a abordagem se inspira na Pesquisa-Ação Participativa (PAP), concebendo a pesquisa como processo de co-construção do conhecimento em que comunidades atuam como colaboradoras ativas em todas as etapas, desde a definição das perguntas até a análise dos resultados (Montero, 2006). Ao rejeitar a redução de sujeitos a categorias universais desvinculadas de suas experiências, essa perspectiva permite compreender e intervir nos desafios e resistências culturais de populações migrantes, promovendo transformação social e empoderamento dos participantes.

Por fim, a Saúde Coletiva, área consolidada no Brasil através da criação e fomento do Sistema Único de Saúde (SUS), contrapõe-se ao paradigma biomédico tradicional ao conceber a saúde como uma construção social atravessada por fatores históricos, políticos e econômicos (Scliar, 2007; Campos, 2003). Esse campo oferece uma lente macroscópica para analisar dados epidemiológicos, os determinantes sociais da saúde e as políticas públicas que buscam a promoção da saúde da população (Brasil, 2006). É nessa lacuna que a Psicologia Cultural pode contribuir, fornecendo o arcabouço necessário para compreender as dimensões subjetivas, simbólicas e de significado que moldam a experiência de saúde e doença. Assim, a cultura não é tratada como uma variável externa, mas como um componente constitutivo da própria mente e das percepções sobre bem-estar e sofrimento (Valsiner, 2014).

Diante das construções apresentadas, a perspectiva epistemológica desta tese se situa em um marco interseccional entre a Psicologia Cultural e a Saúde Coletiva. Essa articulação oferece um arcabouço robusto para analisar a migração, superando a visão da população migrante como homogênea e evidenciando a diversidade de trajetórias de vida e os sentidos atribuídos ao processo migratório. A tese se propõe a analisar a migração venezuelana para o Brasil tanto a partir da perspectiva dos próprios migrantes, considerando seus processos de deslocamento, adaptação, integração e construção de significados, quanto da perspectiva dos profissionais de saúde, explorando os desafios e estratégias de atenção em contextos interculturais. Ao adotar essa visão integrada, o trabalho concebe a migração como um fenômeno complexo, marcado pela mediação cultural e transformação subjetiva, oferecendo subsídios teóricos e metodológicos para a construção de políticas e práticas de saúde mais contextualizadas, culturalmente sensíveis e, em última instância, mais equitativas.

Porosidade das fronteiras conceituais no campo das condições migratórias

Em linhas gerais, o conceito de "migração" e seus derivados correspondem aos deslocamentos contemporâneos de uma população entre diferentes espaços geopolíticos (OIM, 2009). No plano internacional, de acordo com o glossário sobre migração da Organização Internacional para Migrações (OIM), os processos migratórios envolvem todos os casos em que "a decisão de migrar é livremente tomada pelo indivíduo em questão, por razões de 'conveniência pessoal' e sem a intervenção de fatores externos que o forcem a tal" (OIM, 2009, p. 43). Apesar dos sujeitos imbricados nesses processos de mobilidade serem generalizados no termo "migrantes", as nomenclaturas "imigrante" e "emigrante", comumente utilizados no território brasileiro, são subcategorias que se referem, respectivamente, a pessoas que chegam ou saem de um determinado território (Museu da Imigração do Estado de São Paulo, 2019).

Além disso, essa definição de migrante também contemplaria a categoria de refúgio – condição a qual foi estabelecida pelo pacto global "Estatuto dos Refugiados", firmado na convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1951 (Silva & Rodrigues, 2020). Nos anos posteriores, o instrumento "Protocolo do Estatuto dos Refugiados" de 1967 e a "Declaração de Cartagena" de 1984, amparados no direito internacional, deram legitimidade à proteção da condição migratória de refúgio. Em termos de Brasil, importante ressaltar que os primórdios das leis migratórias categoricamente vedavam a migração aos não-europeus (Costa et al., 2019). Foi apenas após a promulgação do Estatuto, através Decreto nº 50.215 de 28 de janeiro de 1961 (Brasil, 1961), e posteriormente pela Lei do Refúgio 9.474 de 22 de julho de 1997 (Brasil, 1997), que migrantes não-europeus puderam migrar ao país. De todo modo, na Lei do Refúgio, dispõe-se que refugiado é a pessoa que

> devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade (ou do país onde antes teve sua residência habitual, no caso de não ter nacionalidade) e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país; ou que devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país (Brasil, 1997).

Importante destacar que a recente "Lei da Migração" 13.445 (Brasil, 2017), sancionada em 24 de maio de 2017, é considerada um importante avanço na garantia de políticas públicas para a população, sendo, inclusive, referência internacional. Essa nova legislação também utiliza do termo "migrante" para referir-se as pessoas em suas diversas condições migratórios, reiterando a utilização da nomenclatura adotada neste estudo (Brasil, 2017).

Dentre as conceituações apresentadas, percebe-se que as condições que envolvem as definições de "migrante" se aproximariam de uma perspectiva de escolha, como uma busca por melhores possibilidades econômicas e sociais para si e família. Por outro lado, a concepção de

“refugiado” enfatizaria uma conotação de ameaça, risco ou perseguição. Essas disparidades conceituais são problematizadas por estudiosos da área ao considerarem que as diferenças entre “migrantes” e “refugiados” deixam de existir na prática, em virtude da multiplicidade de convergências e semelhanças que ambas as definições propõem (Oliveira et al., 2017). Nesse sentido, constituem-se as chamadas “fronteiras porosas” entre as duas perspectivas, uma vez que os sujeitos podem transitar entre essas diferentes condições migratórias em um mesmo deslocamento, devido às possíveis motivações e/ou violações de direitos que foram submetidos, além de invariavelmente ficam à mercê do reconhecimento do Estado de acolhida.

Contudo, cabe colocar em questão essa categorização. Atribuir uma categoria ao sujeito em mobilidade dentre a multiplicidade de definições (imigrantes, imigrantes documentados, refugiados, requerentes de asilo/residência, entre outras), pode estar mais a serviço de um interesse político-jurídico, que burocratizaria o acesso à proteção e acolhimento de migrantes e suas categorias derivadas no país de asilo, do que uma forma de acolhimento e proteção propriamente dita (Santinho, 2016). Por outra perspectiva, ainda que difícil essa dicotomização absoluta, torna-se importante diferenciar as condições em migração voluntária e involuntária, já que a primeira envolveria desejo de migrar e possibilidade de preparação, enquanto a segunda, geralmente, liga-se a uma estratégia de sobrevivência (Machado et al., 2019). Além disso, pressupõe-se que os sujeitos em migrações involuntárias se encontrariam em uma condição de maior vulnerabilidade biológica, psicológica, política e socioeconômica em relação aos migrantes voluntários (Ruffier, 2019).

De todo modo, como referido, tratam-se de distinções conceituais que remetem, fundamentalmente, ao campo jurídico-legal e as possibilidades de acolhimento e proteção das pessoas em deslocamento. Portanto, assim como sugerido por Cogo e Badet (2013), esse estudo empregará o termo “migrante” para se referir aos sujeitos em processos migratórios, sendo, no caso do presente estudo, os migrantes venezuelanos. Tal escolha está amparada pela eminente

fluidez do movimento migratório contemporâneo, ao mesmo tempo que abarca as mais amplas condições jurídicas dos status de requerentes de residência, residente, requerente de refúgio ou refugiado.

Por fim, partindo para os números dos processos migratórios no Brasil, no “Painel da Migração no Brasil”, ferramenta virtual do Governo Federal, consta que, no período de janeiro de 2010 a abril de 2025, o país atingiu a marca de 1.830.905 registros ativos de migrantes, sendo estes inscritos nas categorias de residentes permanentes, temporários ou fronteiriços (Brasil, 2025). Dentre as características dessa população, a maioria são homens (59%), com faixa etária entre 25 e 40 (38%) e de nacionalidade venezuelana (557.601 registros, 30%). Já em relação ao refúgio, considerando os dados históricos do mesmo período (2010-2025), o Brasil reconheceu 155.933 pessoas na condição de refugiados. A maioria também foram homens (55%), com faixa etária entre 25 e 40 anos (33%) e de nacionalidade venezuelana (143.107 registros, 91,75%). Além disso, nas solicitações de reconhecimento da condição de refugiado os números chegaram a 499.140 (2010-2025), com outros 80.601 processos que aguardam por análise. A maioria dos solicitantes também são homens (59%), com faixa etária entre 25 e 40 anos (42%) e de nacionalidade venezuelana (274.196 registros, 61%) (Brasil, 2025).

Diante desses marcos e contingentes, evidencia-se a nacionalidade venezuelana enquanto o maior grupo populacional de migrantes atualmente no Brasil, independentemente de suas categorias de registro migratório (Brasil, 2025). Essas considerações denotam a intensidade desse novo fluxo migratório ao país e, consequentemente, a importância de investigar particularidades desse fenômeno, sendo este parcialmente investigado nos estudos que compõem essa tese de doutorado, especialmente a nível de indicadores de saúde e apoio social. No entanto, antes de avançar aos aspectos empíricos, propõe-se um breve panorama da atual crise humanitária enfrentada pela Venezuela, bem como nas motivações imbricadas no

significativo aumento dos deslocamentos dos migrantes venezuelanos de seu país com destino ao território brasileiro.

Breve panorama histórico-político da crise humanitária e êxodo migratório venezuelano

A Venezuela, país fronteiriço do norte do Brasil, já foi considerado uma das maiores promessas econômicas da América Latina, além de um destino de intensos fluxos migratórios nos séculos XIX e XX (Pereira, 2013). No entanto, desde a última década, o país enfrenta a maior crise humanitária de sua história, com severas violações de direitos humanos (Garcia & Aburto, 2019). Para ilustrar a dicotomia dessas duas realidades históricas, remonta-se um breve panorama dos principais acontecimentos políticos, econômicos e sociais que resultaram no atual e expressivo êxodo da população venezuelana de seu país (UNHCR, 2025).

A história política da Venezuela confunde-se com a da América hispânica, especialmente devido à sua semelhança em relação ao passado colonial, a escravização e políticas de branqueamento, os latifúndios e os ciclos econômicos (Neves, 2010). Assim como o Brasil, somente no início do século XIX é que o processo de independência do país começa a se instalar, sobretudo após inúmeras disputas entre forças revolucionárias e colonizadoras. Dentre as figuras da revolução, destaca-se Simón Bolívar, responsável pelas principais investidas conflitivas e vitórias contra os domínios espanhóis, as quais consagraram a sua posição de herói libertador perante países da América Latina (Neves, 2010). Essa representação bolivariana produziu efeitos simbólicos e ideológicos na Venezuela, com impactos importantes na atualidade e que serão explorados do decorrer deste texto.

No início do século XX, surge um importante elemento da história política e econômica venezuelana, o qual nos ajuda em compreender a atual crise humanitária no país: a exploração petrolífera (Neves, 2010). Entre 1914 e 1922 são descobertas cinco ricas jazidas de petróleo em seu território, o que em pouco tempo eleva exponencialmente a quantidade de extração e

exportação do combustível fóssil para o mundo, chegando a representar 92,5% das receitas tributárias do país ao final dos anos 1960. Associados a isso, em 1973, após os acordos entre outros países exportadores de diminuir a extração petrolífera – tendo em vista a preservação das reservas –, se estabelece uma crise mundial na comercialização do produto, implicando em um superfaturamento instantâneo do barril. Entretanto, essa conjuntura promove um expressivo crescimento econômico venezuelano, levando a sociedade a abandonar a tradição essencialmente de produção agrária para uma estrutura eminentemente importadora de produtos industrializados dos países desenvolvidos, sem preocupar-se com o planejamento e organização de um modelo econômico e industrializado para além do petrolífero. Essa condição próspera, em poucos anos, mudaria completamente (Neves, 2010).

Com o término da Guerra Fria e a decorrente consolidação dos Estados Unidos da América (EUA) como principal nação influente no mundo, a Venezuela, anteriormente aliada à União Soviética, inicia um processo de resistência contra o neoliberalismo e a democracia representativa (Bastos & Obregón, 2018). Nesse período, o país adentra em uma intensa crise econômica, causada sobretudo pelo colapso do sistema bancário e pela queda do valor e baixa exportação do petróleo, devido às sanções e embargos articulados pelos EUA e por países do oriente (Schurster & Araujo, 2015). Na tentativa de superação, o governo retoma algumas reformas de cunho neoliberal do Fundo Monetário Internacional, como o aumento dos preços públicos e suspensão de ações de subsídios, elevando o custo de vida do país. Essas políticas acabam por produzir fortes descontentamentos na população, culminando em diversos atos de protesto contra as formas de gerenciamento da crise pelo governo venezuelano (Schurster & Araujo, 2015).

Em 1992, o Coronel Hugo Chávez, com justificativas ideológicas bolivarianas, articula algumas frentes militares e executa uma tentativa de golpe de Estado, evento historicamente conhecido como operação Zamora (Bastos & Obregón, 2018). Contudo, o governo da época

acaba por conseguir neutralizar as investidas revolucionárias, o que obriga Chávez a se render publicamente, sendo condenado pelo seu crime contra a nação. No ano seguinte, em 1993, a consolidação da crise no país pressiona a abertura do processo de *impeachment* do então presidente Andrés Pérez, seguido da eleição indireta de Ramón Velásquez e, por fim, na eleição democrática de Rafael Caldera Rodrigues. Por também se associar as ideias bolivarianas, Caldera anistiou Chávez pela prévia tentativa de golpe (Schurster & Araujo, 2015).

Após sua libertação, Chávez abandona a prerrogativa de golpe de Estado e concentra-se nas eleições de 1998 (Souza, 2015). As propostas de sua campanha eleitoral concentravam-se em um tripé: refundação da Venezuela, antineoliberalismo e combate à pobreza, características que, associadas a uma lógica discutida como ditatorial, constituem o denominado Chavismo, uma certa continuidade do mito heroico bolivariano (Bastos & Obregón, 2018). Em 1999, Hugo Chávez vence as eleições e chega ao poder presencial, dando início a série de mudanças políticas prometidas, como a nova Constituição de 1999, na prerrogativa de implementar o novo modelo socialista-chavista no país (Bastos & Obregón, 2018). Inspirado em propostas de Fidel Castro sobre o socialismo cubano, vertente também associada as ideias bolivarianas, a Venezuela passa a pautar-se em missões para a elaboração de diversos programas sociais, os quais buscavam promover mais equidade social, saúde, educação e melhores condições de vida às populações mais precarizadas do país (Faria, 2020).

Nesse sentido, há de se destacar que durante o governo de Chávez, especificamente entre 2002 e 2012, a Venezuela registrou o coeficiente Gini mais importante da América Latina (0,394) – um índice que se refere a concentração de renda e desigualdade econômica da população (Santos, 2017). No mesmo período, houve importante redução de 48,6% para 21,2% da população em estado de pobreza no país, sendo que os índices de extrema pobreza decresceram de 22,2% para 6,5% (Plan de la Patria, 2013). Em termos de trabalho, de 1999 a 2012, o desemprego caiu de 14,6% para 6,4%, enquanto o emprego formalizado subiu de 53%

para 57,5% no mesmo período. Já no âmbito da educação, o número de matrículas em todos os níveis aumentou exponencialmente. Outros indicadores apontaram que o sistema de aposentadoria se estendeu (de 387.000 beneficiados para cerca de 2,5 milhões), bem como a mortalidade e a desnutrição infantil foram fortemente combatidas. Nesse ínterim, a Venezuela registrou um avanço significativo no Índice de Desenvolvimento Humano da época, alcançando a posição 63 entre 187 países, uma posição privilegiada na escala (Plan de la Patria, 2013; Santos, 2017).

Entretanto, logo antes da morte de Chávez em 2013 e com a posse de seu indicado sucessor, Nicolás Maduro, o cenário sociopolítico do país mudou expressivamente, revertendo conquistas importantes do período antecessor (Bastos & Obregón, 2018). Em 2014, com a nova queda do valor comercial do barril de petróleo, o principal exponente da economia do país, a Venezuela começa a enfrentar consequências severas de déficit público, seja pelas frequentes desvalorizações cambiais ou pelo controle de preços pelo governo – ambas situações fortemente associadas as contínuas sanções e embargos de países potências, sobretudo dos EUA (Krauze, 2018). Nesse sentido, a inflação da época (a qual atingia a exuberante marca de 2616%) resultou na escassez de alimentos e produtos básicos de subsistência, no alto nível de desemprego e o aumento significativo da pobreza no país. Em termos de PIB per capita, o país sofreu uma queda de cerca de 40% entre 2013 e 2017, sendo que com o salário-mínimo de maio de 2017 era possível comprar somente 11,6% da cesta básica do país (Krauze, 2018).

Em 2018, a reeleição de Maduro causou mais polêmicas internas e externas, provocando o seu não reconhecimento pela oposição e por líderes internacionais, como Donald Trump, presidente dos EUA na época (Faria, 2020). Nesse sentido, o governo americano, alegando ilegitimidade das eleições, estabeleceu novos embargos e sanções ao setor petrolífero do país em represália ao suposto autoritarismo do governo venezuelano. Na mesma perspectiva

norte americana, o ex-presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, reconheceu o autoproclamado chefe de Estado, Juan Guiadó, como líder do país (Faria, 2020).

A conjuntura de falta de abastecimento, associadas a profunda polarização ideológica e a referida dinâmica política opressora de Maduro para manter-se no poder do Estado, corroboraram para a instauração de um regime considerado ditatorial, bem como uma crise humanitária de violação de direitos humanos da população venezuelana (Bastos & Obregón, 2018). Esse complexo contexto de crise implicou e segue atuando no intenso fluxo migratório de venezuelanos para países vizinhos, os quais buscavam encontrar melhores condições de subsistência e qualidade de vida (Lima, 2018; Silva, 2018).

De acordo com os dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR/UNHCR), até 2024, a estimativa era de que mais de sete milhões de venezuelanos já tivessem deixado seu país de origem, caracterizando o maior êxodo da história recente da América Latina (UNHCR, 2025). Nessa dinâmica, o Brasil, por ser um dos países fronteiriços, tornou-se um importante destino para os venezuelanos (Baeninger et al., 2020), sobretudo aos que se encontravam em frágeis condições socioeconômicas, uma vez que os migrantes que possuíam maiores recursos financeiras buscaram os EUA como país de acolhimento, ou até mesmo o continente europeu, quando tinham cidadania europeia ou condições socioeconômicas e culturais para migrar para esses territórios.

Portanto, há uma significativa concentração de entrada desses migrantes em território brasileiro, particularmente atravessada pelos marcadores socioeconômicos supracitados, além das mudanças de política migratória que o Brasil implanta a partir de 2017. A maioria se dá pelo estado de Roraima (RR), situado ao extremo norte do país, em divisa com a Venezuela. Segundo dados da Polícia Federal, desde janeiro de 2017 até abril de 2025, 640 mil venezuelanos entraram no Brasil, e desses, mais de 577.403 mil solicitaram regularização migratória (Brasil, 2025). Inclusive, essa quantidade é superior aos migrantes haitianos, que

por muito tempo eram maioria nos índices migratórios no território brasileiro (Faria, 2020). Tal intenso fluxo migratório venezuelano ao Brasil demandou do Governo Federal a organização de uma política e força tarefa de acolhimento desses migrantes, a "Operação Acolhida", a qual será apresentada a seguir.

Da Venezuela para o Brasil: a política pública "Operação Acolhida"

Em fevereiro de 2018, o interino presidente do Brasil na época, Michel Temer, assinou uma medida provisória e dois decretos que objetivavam viabilizar o acolhimento emergencial dos migrantes venezuelanos (Kanaan et al., 2018). A chamada "Força Tarefa Logística Humanitária para o Estado de Roraima – Operação Acolhida" consiste em uma força-tarefa humanitária coordenada e executada pelo Governo Federal que objetiva receber, acolher e interiorizar os venezuelanos que adentravam no Brasil pelo estado de Roraima (Brasil, 2021; UNHCR, 2021a).

O Ministério da Defesa, através da articulação e operacionalização das Forças Armadas (Marina, Exército e Aeronáutica), é o principal agente responsável pela organização das estruturas de recepção dos venezuelanos no país (Silva & Rodrigues, 2020). Neste aspecto, ainda que importante medida de acolhimento da população, cabe destacar que a força tarefa é organizada sobretudo pelo Exército, isto é, a migração venezuelana para o Brasil é tratada enquanto uma questão de segurança pública, contrariando os avanços legislativos da Lei da Migração (Brasil, 2017). Por isso, salienta-se a perspectiva ideológica de "salvar os venezuelanos do comunismo" que fundamenta a justificativa da força tarefa, ao associar as formações discursivas distorcidas e veiculadas pela extrema-direita sobre o perigo do Brasil "tornar-se uma Venezuela", na tentativa de deslegitimar posicionamentos e perspectivas progressistas (Chagas et al., 2019). De todo modo, a força tarefa também conta com o apoio de agências da Organização das Nações Unidas (ONU), como o ACNUR e a Organização

Internacional para as Migrações (OIM), e de diversas outras entidades da sociedade civil (Abreu & Almeida, 2021).

Em termos de sua operacionalização, a Operação Acolhida se organiza em três principais eixos de atuação: o ordenamento da fronteira, o acolhimento nos abrigos e a interiorização em diferentes cidades do país (Brasil, 2021). Organizacionalmente, instalou-se um posto de triagem em Pacaraima (RR), cidade fronteiriça entre Brasil e Venezuela para que, ao atravessar a fronteira, o migrante venezuelano já tem a oportunidade de regularizar sua condição migratória junto a Polícia Federal, além de receber atendimento médico, imunização e possibilidade de emitir o Cadastro de Pessoa Física (CPF), a Carteira de Trabalho Digital e o cadastro junto a ONU (Barreto et al., 2018).

Em segundo momento, após a triagem, o migrante é encaminhado para um dos 16 abrigos montados na cidade de Boa Vista (RR) (Brasil, 2021). Nesses espaços, os venezuelanos recebem refeições diárias, materiais de higiene pessoal e limpeza, atividades culturais, aulas de português, além de segurança e proteção de seus direitos. Dados mostram que os abrigos, os quais comportam um pouco mais de oito mil pessoas, geralmente apresentam média de 90% de sua capacidade ocupada (UNHCR, 2021b).

Enquanto último estágio da estratégia, quando finalizadas as pendências de documentação, os venezuelanos estão aptos a serem inseridos na etapa de interiorização (Brasil, 2021). Tal estratégia propõe o deslocamento voluntário dos migrantes para outras cidades brasileiras, com melhores oportunidades de inserção socioeconômica, mas, sobremaneira, com o intuito de diminuir a pressão sobre os serviços públicos do estado. Nesse sentido, o deslocamento é viabilizado somente a partir de condições específicas, as quais incluem: saída de Roraima para abrigos em outras cidades; reunificação familiar ou social; e vaga de trabalho sinalizada (Brasil, 2021).

Com a implementação da estratégia, entre o período de abril de 2018 até abril de 2025, 148.657 mil migrantes venezuelanos foram interiorizados em mais de 1.089 cidades brasileiras (OIM, 2025). Em termos de Unidades da Federação, os dados mostram que os estados que receberam maior quantidade de interiorizações de venezuelanos pertencem à região sul, sendo: Santa Catarina (33.056 migrantes venezuelanos interiorizados), Paraná (28.269) e Rio Grande do Sul (RS, 22.665). Tendo em vista que o recorte desse estudo se dará em território do RS, importante ressaltar que, em 2023, dos mais de 15 mil venezuelanos realocados no estado na época, a minoria (2.719) foi interiorizada na capital do estado, Porto Alegre (ACNUR, 2023). Isto é, os demais migrantes venezuelanos foram encaminhados para cidades do interior, salientando a importância de investigações em contextos interioranos.

Contudo, sabe-se que a estratégia de interiorização é apenas uma das possíveis mobilidades migratórias. Há de se considerar outras modalidades de deslocamentos espontâneas adotados pelos migrantes venezuelanos, seja por questões individuais ou facilitadas por empresas privadas, ONGs e entidades religiosas (Faria, 2020). Tendo em vista a complexidade desses fluxos, torna-se difícil de mensurar e acompanhar os dados e processos migratórios dessa população, bem como as cidades os quais se estabeleceriam. Além disso, esses deslocamentos produzem impactos nas políticas públicas do país, uma vez que as instituições governamentais, estaduais e municipais precisam se haver com as demandas políticas, sociais, educacionais, assistenciais e, sobretudo, de saúde desses migrantes. Esses desdobramentos do processo migratório venezuelano no Brasil serão explorados a seguir.

Indicadores de saúde física e psicológica, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos

As experiências dos processos migratórios podem implicar em vulnerabilidades e riscos em saúde para a população migrante, especialmente quando os sujeitos deixam seu território

por condições de vida insustentáveis (Prado & Araújo, 2019). Desde o início do processo de mobilidade geográfica os migrantes já podem ser submetidos a danos de diversas ordens, como violências físicas e psicológicas, doenças, extorsão, tráficos de pessoas e inseguranças quanto as políticas dos países que buscam asilam. Não obstante, ao chegarem ao país de acolhimento, comumente se encontram em condições socioeconômicas precárias, de marginalização, violência, falta de apoio social, inadaptação linguística/cultural e experiências de racismo, discriminação e xenofobia. Mesmo que a condição de migrante, por si só, não signifique ser vulnerável, os processos migratórios inserem (ou ao menos favorecem a inserção) desses sujeitos em situações de vulnerabilizações e riscos, por intensas desigualdades e violações de direitos (Lussi, 2015).

Indicadores epidemiológicos e de saúde física

As relações entre processos migratórios e vulnerabilidades e riscos em saúde, seja por violações das dimensões físicas, psicológicas, sociais ou ambientais, são complexas e multifatoriais (Granada et al., 2017). Com relação a dimensão epidemiológica da saúde de migrantes venezuelanos, torna-se um desafio conhecer suas condições de saúde da população ao entrarem no Brasil. Isso ocorre devido a rígida política imposta pelo governo venezuelano sobre os indicadores de saúde da nação, os quais não são atualizados ou disponibilizados publicamente (García & Aburto, 2019; Méndez, 2019). Contudo, sabe-se que devido a atual fragilidade dos recursos humanitários e escassez de insumos, a maioria dos centros de saúde do país colapsaram organicamente e não tem condições de ofertar assistência básica para os civis (Silva et al., 2018; Doocy et al., 2022; Romero et al., 2024). Dentre as precarizações observadas, destaca-se que não há vacinas sendo disponibilizadas, o que implicou em um aumento de 365% dos casos de malária somente no primeiro semestre de 2016, além de expressiva quantidade de casos de difteria e sarampo, uma vez que apenas 48% dos bebês

menores de um ano receberam o pacote de vacinação completo no período. Além disso, o governo venezuelano eliminou das listas de compras públicas os medicamentos destinados a doenças graves, como HIV, câncer, lúpus, transplantes, hipertensão, esclerose múltipla, entre outras (Silva et al., 2018).

Além disso, um estudo de base populacional na Venezuela teve por objetivo analisar os fatores demográficos e socioeconômicos associados à autoavaliação da saúde não positiva entre venezuelanos adultos (Romero et al., 2024). Os achados indicam que mais 90% dos participantes se encontravam em algum nível de pobreza ou de insegurança alimentar. No entanto, paradoxalmente, apenas 17,8% destes participantes autoavaliaram sua condição de saúde como regular/ruim. Para além de colocarmos em questão os paradigmas teóricos da autoavaliação de saúde, os resultados também indicaram que a dimensão cultural e suas variáveis compreensões sobre saúde podem possuir um impacto subestimado na produção de conhecimento científico (Romero et al., 2024).

Em termos de venezuelanos já em processos migratórios para outros países, um grupo de pesquisadores desenvolveu buscou conhecer as condições de saúde de venezuelanos que saem do país pela fronteira de San Antonio (Estado Táchira – Venezuela) e La Parada (Município Villa del Rosario, Colombia) (Mazuera-Arias et al., 2019). A amostra do estudo foi temporal e espacial, ou seja, durante 12 horas diárias de duas semanas de fevereiro de 2019, os pesquisadores se dispuseram na fronteira supracitada para coleta de dados. Na ocasião, aplicou-se um questionário para os adultos em mobilidade migratória sobre dados demográficos de saúde (doenças, atenção médica, acesso a medicamentos) e de alimentação (acesso e consumo). Para as crianças e adolescentes, investigou-se as características antropométricas de saúde (peso, altura, doenças, acesso a saúde médica e odontológica, medicamentos e vacinas) e características de alimentação (acesso e consumo), compondo uma amostra total de 4.066 migrantes. Os principais resultados do estudo demonstram que, apesar de apenas 18,17% terem

padecido de alguma enfermidade no último ano e 54,2% sofrerem de doenças respiratórias, 82,3% dos participantes declararam ter necessitado atenção médica (Mazuera-Arias et al., 2019). Dentre os que precisavam realizar exames médicos, como ressonância magnética, radiografia, ecografia e exames laboratoriais, 17,6% não tiveram acesso aos serviços, especialmente pelos altos custos (60%) ou pelos equipamentos estarem danificados (29,6%). Ainda, somente 30,5% teve acesso a medicamentos quando necessitaram. Com relação a alimentação, a ingesta proteica animal, vegetal e de carboidratos ficou limítrofe as referências que preconiza a OMS, apresentando índices ainda menores em crianças e adolescentes. Assim, constatou-se que, nos últimos meses, todas as faixas etárias perderam entre um e sete quilogramas, com índices maiores entre quatro e sete anos (Mazuera-Arias et al., 2019).

Em termos de migrantes venezuelanos em contexto brasileiro, apenas um estudo foi encontrado que investigasse quantitativamente níveis de saúde da população, através do constructo de Qualidade de Vida (QoL) e correlações com preconceito percebido (Farias et al., 2024). Em uma amostra de 327 venezuelanos, os resultados denotam baixos os níveis de QoL da população (M = 44,7, SD = 21.8, em uma escala de 0–100), sendo que as maiores médias foram na dimensão de saúde física. Ainda, menores níveis de QoL foram significativamente associados a ser mulher, não viver com um parceiro(a), menor renda familiar, e ter experienciado episódios de xenofobia e discriminação (Farias et al., 2024). No entanto, é importante interpretar os dados do estudo com cautela, uma vez que estes foram coletados no contexto da pandemia da Covid-19, além da amostra consistir, em sua maioria, de venezuelanos residentes do norte do país, que possui suas particularidades em relação à população e território.

Indicadores de saúde psicológica

Já em termos das dimensões psicossociais da saúde de migrantes, de início, aponta-se que processo migratório é considerado por teóricos como um “fato social total” (Sayad, 1998),

sobretudo pelo impacto que causam em todas as dimensões de existência dos sujeitos em condições de deslocamento. Assim, mesmo que a temática possua intersecções com diversas epistemologias, destaca-se as ontologias psicológicas como marco teórico dessa seção, as quais pavimentam possibilidades de análise das complexas dinâmicas entre indicadores de saúde e apoio social.

Um conceito que se desdobra da dimensão psicossocial é a saúde mental, um indicador de saúde integral amplamente difundido na literatura da área. Mesmo que diante das vulnerabilidades e riscos em saúde anteriormente elencados, os impactos dos processos migratórios na saúde mental de migrantes ainda são controversos (Brunnet et al., 2019; Salas-Wright et al., 2024). Se, por um lado, estudos disponíveis nos EUA indicam melhores desfechos em migrantes do que em nativos, constituindo o fenômeno chamado “paradoxo de migração” (Bjornstrom & Kuhl, 2014; Zhang et al., 2021), por outro, há evidências em outros países sobre altos níveis de doenças mentais de migrantes em relação a população local (Abebe et al., 2012; Aragona & Pucci, 2012), sobretudo em relação a depressão, ansiedade e transtorno pós-traumático (Fazel et al., 2005; Tempany, 2009). Uma possível explicação para tais divergências diz respeito ao impacto das diferenças culturais entre contextos de origem e de destino, uma vez que maiores distâncias culturais tendem a acentuar dificuldades de adaptação. No caso dos migrantes venezuelanos no Brasil, a relativa proximidade cultural entre os dois países pode ajudar a compreender os padrões observados nos dados quantitativos deste estudo.

Especificamente sobre saúde psicológica de migrantes venezuelanos, um estudo comparou medidas de saúde mental dessa população que viviam em diferentes países e cidades (Bogotá e Medelin, Colômbia; Flórida, EUA) (Salas-Wright et al., 2024). Os dados coletados envolveram medidas de discriminação, recepção negativa, depressão e estresse pós-traumático de estudos dois transversais, os quais foram conduzidos em 2017 (n = 638 venezuelanos) e 2023-2024 (n = 1241). Os resultados indicaram que a recepção negativa e a discriminação

foram maiores entre os venezuelanos que viviam na Colômbia, quando comparados aos que moravam na Flórida. Ambas as amostras relataram problemas de saúde mental, considerando que na Colômbia, 54-56% dos participantes apresentaram indícios de depressão, em detrimento de 39-41% na Florida. O estudo conclui que migrantes venezuelanos expostos a altos níveis de estresse de processos de aculturação foram substancialmente mais propensos a apresentarem indicadores positivos para depressão e estresse pós-traumático (Salas-Wright et al., 2024).

Em termos de investigações sobre saúde mental de migrantes conduzidas no contexto brasileiro, dentre os poucos disponíveis, apresenta-se o estudo de Brunnet et al. (2019), o qual buscou investigar a relação entre aculturação, ansiedade e depressão em haitianos residentes no sul do país. Através da aplicação de instrumentos quantitativos, os resultados mostram que os participantes apresentaram baixos níveis de ansiedade e depressão, ao passo que utilizavam da orientação aculturativa da integração, a estratégia considerada mais adaptativa em termos de melhores desfechos em saúde mental. O estudo ainda discute sobre os fatores protetivos contra sintomas de ansiedade, como a utilização do idioma nativo, maior aproximação com a cultura de origem e menos exposição a cultura da comunidade de acolhimento, algo que resultaria em menores desafios para os migrantes frente aos processos aculturativos e seus respectivos impactos na saúde mental da população (Brunnet et al., 2019).

Importante salientar que, os poucos estudos focados sobre saúde mental de venezuelanos no Brasil, são de desenho qualitativo. Neste sentido, o estudo de Silva (2018) investigou os reflexos do processo migratório na saúde mental desses migrantes, que residiam na cidade de Manaus, Amazonas. A investigação contou com um desenho etnográfico, em que a pesquisadora se inseriu em uma casa de passagem para migrantes recém-chegados na cidade. As observações e entrevistas conduzidas sugerem que os desafios do processo migratório podem impactar a saúde mental desses venezuelanos de forma ambivalente. Pelo lado negativo, os migrantes sofrem pelas dificuldades de adaptação e integração a nova realidade no país de

acolhimento, já pelo lado positivo, rompem com a extrema violação de direitos experenciada no país de origem, passando a ter acesso a saúde gratuita e a alimentação básica (Silva, 2018). Já no contexto do RS, o estudo de Sá (2022) entrevistou seis venezuelanos residentes na cidade de Porto Alegre em relação às suas experiências migratórias no Brasil, com foco na saúde mental dos migrantes. As análises se concentraram na história de vida, na crise do país de origem, no processo migratório e a vida no Brasil. Os resultados sugerem que todos esses aspectos impactam a saúde mental de venezuelanos, sobretudo pelo traumático da história pregressa e pelas dificuldades enfrentadas na atualidade na adaptação no Brasil (Sá, 2022).

Indicadores de apoio comunitário

Outro desdobramento da dimensão psicossocial da saúde é o apoio social, indicador de saúde integral estudado desde os primórdios do século XIX (Schwarzer & Leppin, 1991). O apoio social é considerado um fator multidimensional que abarca recursos materiais e afetivos disponíveis na rede de cuidados do sujeito, considerando o bojo de aspectos individuais, comunitários e sociais (Martí et al., 2017). Diversos estudos mostram que maiores níveis de apoio social percebido estão associados com melhores índices de saúde, especialmente em contextos migratórios (Monteiro, 2009; Canesqui & Barsaglini, 2012).

O apoio comunitário é um componente do constructo apoio social. De acordo com Farnsworth et al. (2016), a comunidade consiste em um grupo de pessoas que, de alguma forma, se engajam para adquirir e compartilhar saberes e práticas em benefício próprio, seja a curto ou longo prazo, independente de afiliações geográficas. Nesse sentido, o constructo de apoio comunitário é entendido como o processo pelo qual as pessoas desenvolvem relacionamentos significativos e engajam nas dimensões sociais, culturais e econômicas da comunidade de acolhida (Herrero & Gracia, 2007; Pizzinato et al., 2021). Tratando-se do contexto latino-americano, o qual partilha de uma perspectiva cultural mais coletivista em relação a países

europeus ou norte-americanos, a dimensão comunitária do apoio social pode ter fundamental importância (Pizzinato et al., 2021), especialmente para pessoas em condições migratórias (UNHCR, 2025). Nessa direção, há um corpo de evidências que mostram que níveis maiores de apoio comunitário impactam positivamente na qualidade de vida e índices psicossociais de migrantes, tanto em nível individual quanto coletivo (Aikawa & Kleyman, 2019; Hombrados-Mendieta et al., 2019; Kienzler, 2024; Novara et al., 2023; Pizzinato et al., 2018; Uribe et al., 2018; Zhang et al., 2023). Essa correlação pode ser uma intensificação no Brasil, uma vez que as políticas e estratégias de saúde no enfrentamento às vulnerabilidades estão fortemente voltadas para fortalecer as relações familiares e comunitárias (Brasil, 2006; Pizzinato et al., 2021).

Empiricamente, um estudo conduzido com 1131 migrantes de diversas nacionalidades que viviam na Espanha identificou que maiores níveis de apoio social e senso comunitário foram positivamente associados com maiores níveis de satisfação na vida (Hombradoes-Mendieta et al., 2019). Outra investigação, de desenho qualitativo com 19 profissionais de saúde mental que atendiam migrantes forçados vivendo em Londres, também demonstrou que menores níveis de qualidade de vida eram geralmente associados com a falta de conexões sociais significativas dentro na comunidade de acolhida (Kienzler, 2024).

Não foram encontrados estudos que relacionassem a dimensão de suporte comunitário especificamente em migrantes venezuelanos. No entanto, como indicador similar, apresenta-se estudos que investigaram o constructo apoio social associado a esse processo migratório. Um destes investigou se apoio social se relacionava com bem-estar psicológico, por vias da integração identitária (Henríquez et al., 2022). Em uma amostra de 323 migrantes venezuelanos que moravam em Santiago, Chile, os resultados indicaram que apoio social teria um efeito mediador na correlação positiva entre fusão identitária e bem-estar psicológico da população. Conclui-se, portanto, que a sensação de fusão com o país de origem e a percepção de possuir

uma rede de cuidados e proteção são fatores que auxiliaram no aumento do bem-estar dos migrantes venezuelanos vivendo no país (Henríquez et al., 2022). Além disso, outro estudo conduzido com 386 migrantes venezuelanos residentes no Peru examinou os efeitos de mecanismos de enfrentamento (suporte social e regulação emocional) no processo de adaptação do processo migratório (Okumura et al., 2022). Os resultados apontam que o apoio social da família, amigos e pessoas importantes, além de mais tempo vivendo no Peru, foram preditores de melhores estratégias cognitivas para adaptação no país de acolhida (Okumura et al., 2022).

Importante ressaltar que, até o momento, identificou-se apenas um estudo, da área da enfermagem, sobre o apoio social de migrantes venezuelanos no Brasil (Rosa et al., 2023). Através de um estudo de caso múltiplos, quatro famílias venezuelanas (totalizando sete membros) que moravam em Florianópolis, Santa Catarina, foram entrevistadas sobre as suas estruturas de redes de apoio social. Os achados sugerem que, embora a rede formal inclua a escola, igrejas e parcialmente a sociedade civil, a principal fonte de apoio ainda era o próprio núcleo familiar (Rosa et al., 2023). Esse resultado pode refletir tanto a importância de laços em contextos culturais mais coletivistas em detrimento das mais individualistas, quanto as barreiras impostas por práticas discriminatórias que limitam o acesso a redes mais amplas de suporte social, fazendo do racismo um fator de enfraquecimento das possibilidades de integração comunitária.

Indicadores de preconceito percebido

Associado a falta de apoio social e comunitário, a saúde física e psicológica de migrantes é altamente impactada por outro constructo: o preconceito percebido (UNHCR, 2024). O constructo preconceito percebido se refere a como os migrantes interpretam e experienciam os comportamentos e atitudes da população da comunidade de acolhida em direção a si (Duarte et al., 2023). Essa experiência subjetiva não envolve somente a percepção

de atitudes negativas, no entanto, também abarca a falta de atitudes positivas que compõem o bem-estar e a integração social da população. A literatura é consistente ao afirmar que concepções e práticas discriminatórias são altamente associadas a diversos impactos negativos na saúde de migrantes (Albarello et al., 2024; Cabieses et al., 2023; Szaflarski & Bauldry, 2019).

Dentre as evidências globais, destaca-se um estudo longitudinal que investigou a relação entre aculturação, preconceito percebido, eventos estressores, apoio social e saúde física e mental em uma amostra de 34.643 migrantes e refugiados de primeira geração vivendo nos EUA (Szaflarski & Bauldry, 2019). Em linhas gerais, os resultados mostram uma associação negativa entre preconceito percebido e saúde física e mental de imigrantes, enquanto os refugiados apresentam associações negativas entre preconceito percebido e apoio social (Szaflarski & Bauldry, 2019). No contexto da América Latina e do Caribe, uma revisão de escopo (2013-2022) identificou resultados semelhantes ao reiterar os negativos impactos do estigma e das narrativas discriminatórias na saúde de migrantes semelhantes (Cabieses et al., 2023).

Em relação os migrantes venezuelanos, uma gama de estudos examinou o impacto do preconceito percebido em índices de saúde em diferentes países da América Latina (Delagado-Flores et al., 2021; Mougenot et al., 2021; Safdar et al., 2023). Um estudo conduzido no Peru com 865 venezuelanos identificou que preconceito percebido foi significativamente associado com menor probabilidade de receber tratamento clínico adequado para doenças crônicas (Delagado-Flores et al., 2021). Outro estudo no país com 9.487 venezuelanos (de 14 anos ou mais) constatou que os participantes que relatavam maiores níveis de preconceito percebido também apresentavam maior prevalência de problemas de saúde mental (Mougenot et al., 2021). Já na Colômbia, outro estudo com 676 venezuelanos mostrou que menores níveis de

preconceito percebido estavam significativamente associados a maiores níveis de regulação psicológica (Safdar et al., 2023).

Agora, pensar processo migratório venezuelano ao Brasil, precisa-se considerar que o país é racista desde seus fundamentos estruturais (Almeida, 2018) e perpassa também as instituições de saúde (Werneck, 2016). Assim sendo, a xenofobia e o preconceito ganham contornos específicos nas tessituras entre indicadores de saúde e apoio social dos migrantes venezuelanos. Sabe-se que os sujeitos em condição de mobilidade, ao adentrarem em território brasileiro, são integrados e acolhidos de formas desiguais (Oliveira, 2019), especialmente tratando-se de territórios com fortes tradições ou configurações hegemônicas, geralmente situadas em cidades menores e menos cosmopolizadas, como, no caso do contexto dessa investigação, os municípios do interior do estado do RS (Brunnet et al., 2019; Weber et al., 2019; Gil & Lopes, 2024a; Gil & Lopes, 2024b). Apesar de relevante, a relação entre as dimensões de saúde e apoio social de pessoas em condições migratórias ainda é pouco explorada empiricamente por pesquisadores brasileiros, sobretudo em termos do recente fenômeno migratório venezuelano para o Brasil.

Embora se trate de outra nacionalidade, identificou-se um estudo que investigou esses aspectos psicossociais da saúde de migrantes, como a relação entre aculturação, preconceito e qualidade de vida em haitianos residentes em uma comunidade do interior do RS (Weber et al., 2019). Os resultados mostram que as orientações de aculturação de integração e de separação tiveram as duas maiores pontuações, denotando certa ambivalência quanto ao apoio social da comunidade. Além disso, o estudo discute que a população haitiana está propensa a se integrar na comunidade brasileira, uma vez que apresentam melhor qualidade de vida e percebem menos preconceito em relação a migrantes da França e dos Estados Unidos. Todavia, os autores sugerem que os resultados precisam ser interpretados com cautela, uma vez que a mobilidade

migratória no Brasil, em termos de tempo, era menor em relação a esses outros países (Weber et al., 2019).

Já os estudos com migrantes venezuelanos em território brasileiro geralmente não investigam especificamente preconceito percebido, mas experiências subjetivas que, invariavelmente, são atravessadas por episódios de discriminação. Com desenho qualitativo, os estudos encontrados, em diferentes formas e medidas, reiteram os impactos psicológicos negativos do preconceito contra a população (Arruda-Barbosa et al., 2020; Barbosa et al., 2024; Neto et al., 2023; Vargas et al., 2023). O único estudo quantitativo, anteriormente mencionado, também indica que o preconceito implica em menores índices de qualidade de vida de migrantes venezuelanos vivendo no Brasil (Farias et al., 2024).

Portanto, diante de toda essa construção teórico-empírica, que envolveu desde a apresentação da crise humanitária venezuelana e a relação com a saúde e potenciais riscos imbricados no processo migratório, é de se ponderar que a população venezuelana, ao buscar o Brasil para acolhimento, chega ao país com expressivas vulnerabilidades em saúde e frágeis redes de apoio social. A literatura ainda é insipiente sobre como esses indicadores se apresentam na população que vive no Brasil e, com esta prerrogativa, este estudo se propõe a preencher essa lacuna. Assim, suscita-se perguntas de pesquisa que serão amplamente abordadas nos artigos empíricos desta tese de doutorado, sendo: como se comportam, transversal e longitudinalmente, os indicadores quantitativos e qualitativos de saúde física e psicológica, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos que residem em cidades do interior do RS? Essa questão será desdobrada e explorada nos Artigos 2 (quantitativo transversal) e 8 (métodos mistos e longitudinal de três tempos de medida anuais).

Para além disso, a saúde de populações migrantes, sendo uma nova demanda para as políticas públicas do Brasil, inevitavelmente implicam em desdobramentos para o Sistema

Único de Saúde (SUS). Portanto, propõe-se uma articulação do objeto de estudo desse projeto com os profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS, como será apresentado a seguir.

Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo migratório venezuelano: desafios para os profissionais de saúde da Atenção Básica

O acesso a políticas públicas de saúde é um direito dos migrantes no Brasil (Brasil, 1988; 1990; 2017). Trata-se algo que está estabelecido desde a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), ao definir que brasileiros e estrangeiros residentes no país possuem os mesmos direitos e deveres. Algo que foi reiterado na "Lei da Migração", ao promulgar a universalidade dos direitos humanos e execução de políticas migratórias na promoção de cidadania do migrante no Brasil (Brasil, 2017). Relembra-se que essa legislação orienta-se por princípios e diretrizes que incluem: a universalidade dos direitos humanos; a não criminalização da migração; a prevenção de qualquer discriminação; o direito à reunião familiar; o acesso igualitário e livre aos serviços, programas e benefícios sociais; a proteção integral e atenção especial à criança e adolescente; e o diálogo social na formulação, execução e avaliação de políticas migratórias e promoção da participação cidadã do migrante (Brasil, 2017).

Portanto, tendo em vista que os migrantes venezuelanos, assim como a maioria dos cidadãos brasileiros, também utilizam dos serviços públicos de saúde do Brasil, torna-se importante detalhar a maior política pública de saúde do país, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um dos maiores e mais complexos sistema de saúde pública gratuita do mundo, sendo responsável pelo cuidado de cerca de 140 milhões de pessoas, sem considerar os que utilizam de dispositivos de saúde privada (Mendes, 2013). Dentre os seus objetivos principais, destaca-se: a identificação e divulgação de condicionantes e determinantes de saúde; a formulação de políticas públicas de saúde para diminuição do risco de agravos à saúde; e a elaboração de

estratégias de promoção, proteção e recuperação em saúde, integrando ações assistenciais e preventivas (Brasil, 1990).

As prerrogativas de atuação do SUS são orientadas, principalmente, por três princípios doutrinários fundamentais: a universalidade, a equidade e a integralidade (Brasil, 1990). Em termos gerais, a universalidade é o princípio que estabelece o acesso à saúde como um direito de cidadania em todo o território brasileiro, independentemente de quaisquer características pessoais ou sociais, inclusive se pessoas em quaisquer condições migratórias. Já a equidade propõe a lógica de diminuição das desigualdades e iniquidades em saúde, promovendo ações em saúde para necessidades específicas dos usuários. E, não menos importante, a integralidade, que preconiza a assistência pelo paradigma da atenção integral em saúde, ao entender que a saúde dos indivíduos faz parte de um todo, e não apenas uma somatória de aparelhos orgânicos (Brasil, 1990). Nesse sentido, a atenção integral à saúde destitui-se da perspectiva do modelo biomédico, centrado da dicotomia saúde-doença, e avança ao considerar aspectos subjetivos, socioculturais e contextuais como indicadores de saúde da população (Scliar, 2007).

Nessa proposta de superação do antigo modelo biomédico, hegemônico e fragmentado de assistência, o SUS, a partir de 2010, passa a atuar de maneira intersetorial em diferentes áreas da saúde, bem como em níveis da rede do sistema, a fim de atender as premissas da saúde integral e da qualidade de vida dos usuários (Raymundo, 2013). Nesse sentido, a organização do SUS acontece pela Rede de Atenção à Saúde, a qual articula as ações e serviços em saúde por diferentes densidades tecnológicas e três diferentes níveis de atenção, sendo: Atenção Básica, Secundária e Terciária (Brasil, 2010). Considerando a vasta complexidade dos níveis de atenção, porém atendendo aos objetivos desse estudo, apenas o primeiro nível de atenção será explanado.

A Atenção Básica é o principal acesso de entrada dos usuários ao SUS, organizando-se, sobretudo, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia de Saúde da Família

(ESF) (Brasil, 2006; Tanaka, 2011). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006), este nível de atenção é composto por uma série de ações individuais e coletivas para promoção e proteção em saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e reabilitação. Além de pautar-se nos três princípios doutrinários do SUS descritos anteriormente, também preconiza por outros referenciais fundamentais na atenção integral à saúde da população, como a territorialidade e o vínculo (Brasil, 2006). Portanto, a Atenção Básica assinala a importância de considerar a diversidade cultural presente no território de atenção das UBS ao exercer sua práxis, promovendo a construção de vínculo e de mútua responsabilização entre profissionais de saúde e usuários nos processos de saúde da população (Reichert et al., 2007).

Em termos práticos, a Atenção Básica conta com equipes de ESF que atuam a partir da captação dos usuários do território, das visitas domiciliares, da equipe multiprofissional e da integralidade nas práticas de saúde (Tanaka, 2011). Assim sendo, as UBS que contam com as equipes da ESF possuem ao menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A inserção de outros profissionais na equipe, como nutricionistas, dentistas e psicólogos, fica a critério de repasses financeiros da federação para cada município (Araújo & Rocha, 2007). Portanto, entende-se que as políticas públicas e estratégias de saúde do SUS e, consequentemente, da Atenção Básica, alinham-se ao paradigma de atenção integral à saúde, o qual define que saúde consiste em uma complexa conjuntura de fatores físicos, psicossociais, ambientais e contextuais (Brasil, 2006; Scliar, 2007). Essa dinâmica implica que os profissionais de saúde considerem a totalidade do sujeito ao exercer suas práticas, os demandando a buscar por demais indicadores de saúde para além dos físico-biológicos, como os referidos anteriormente, os aspectos subjetivos e sociais, além de marcadores políticos, históricos, econômicos, étnico-raciais, religiosos e culturais (Amarante & Costa, 2012; Nespolo et al., 2014).

Por outro lado, atuar na perspectiva inversa a atenção integral à saúde produz efeitos negativos. A invalidação dos aspectos subjetivos e demais determinantes em saúde despotencializa e compromete a humanização do cuidado (Amarante & Costa, 2012). Uma revisão sistemática sobre as assimetrias na relação profissional-usuário nos dispositivos de saúde pública aponta que a relação e o vínculo profissional-usuário ficam comprometidos quando o profissional de saúde desconsidera ou desvalida aspectos subjetivos dos usuários, ao colocar-se na posição de detentor do saber absoluto (Caprara & Rodrigues, 2004). Os efeitos dessa postura implicam na insatisfação dos pacientes e na defasada qualidade dos serviços, além de influenciarem direta e negativamente o estado de saúde dos usuários.

Além disso, a proposta de atenção integral à saúde precisa abarcar com especial olhar para os grupos sociais minoritários e populações em desigualdade social (Amarante & Costa, 2012), como no caso, as pessoas em condições de mobilidade migratória. Não obstante, as especificidades culturais precisam ser compreendidas à luz da própria realidade de seus grupos, em consonância com suas concepções de saúde e pelo que entendem por bem viver. Nesse sentido, a literatura disponível sobre as intersecções entre atenção integral à saúde de pessoas em processos migratórios reconhece que os desdobramentos do fenômeno constituem importantes desafio para a saúde pública (Nespolo et al., 2014; Prado & Araújo, 2019).

A falta de capacitação dos profissionais de saúde, os entraves na comunicação, as precarizações dos recursos estruturais, a falta de conhecimento dos migrantes sobre os seus direitos ou receio de buscá-los, são alguns dos desafios enfrentados pelos serviços de saúde (Faqueti et al., 2020; Araújo et al., 2021; Lima Junior et al., 2022). Além disso, há de se considerar que, as práticas em saúde são geralmente orientadas pelos saberes e especificidades validadas pela cultura dos profissionais, os quais podem ser conflitivos em relação aos dos migrantes. Tal questão, potencializada pela problemática dos modos de expressão, comunicação e relação entre profissional-usuário, pode obscurecer a leitura dos sintomas, uma

vez que os diagnósticos são balizados pelos referenciais nosográficos culturais e territoriais (Lussi, 2015). Outro aspecto a se considerar é que as políticas públicas para migrantes podem acabar por fortalecer as desigualdades. Quando se propõe a inclusão da população migrante nas políticas a partir de uma perspectiva transversal, pode-se favorecer a descontinuidade da assistência e a violação de direitos. Assim como destaca a autora "desigualdade não se combate com igualdade; se previne com equidade" (Lussi, 2015, p. 136), uma vez que se trata de uma população que precisa de atenção longitudinal e específica para suas demandas em saúde.

Em termos dos desdobramentos com relação a migração venezuelana, a literatura disponível sobre os possíveis impactos desse novo fluxo migratório nos serviços de saúde ainda é limitada (Barreto et al., 2018). Há poucos estudos regionais e sobretudo qualitativos que sinalizam dificuldades da saúde pública em efetivar a universalização do acesso do migrante venezuelano, além de denotar inconsistências na proposta de atenção integral à saúde a população (Arruda-Barbosa et al., 2020; Barbosa et al., 2024; Neto et al., 2023; Silva & Arruda-Barbosa, 2020; Vargas et al., 2023). Nesse sentido, apresenta-se o estudo de Arruda-Barbosa et al. (2020), o qual objetivou conhecer as repercussões que a migração venezuelana implicou nos serviços de saúde de um hospital referência de Roraima, através de entrevistas com 15 profissionais técnicos de enfermagem. Os pesquisadores discutem os diversos entraves na assistência de saúde, como as fragilidades de infraestrutura do hospital e a carência de equipe técnica, o que implica em uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. Entretanto, destacam que os maiores desafios se encontravam no âmbito das diferenças étnico-culturais, seja em termos da barreira linguística, a qual dificultaria a comunicação e relação profissional-usuário, mas especialmente em termos de racismo e xenofobia, uma vez que os profissionais atribuem aos migrantes venezuelanos a responsabilidade por surtos de doenças na região antes controladas no Brasil, como poliomielite, rubéola e o sarampo (Arruda-Barbosa et al., 2020).

Especificamente com relação ao nível da Atenção Básica, sendo a porta de entrada e ordenadora da assistência à saúde, são muitos os desafios de prestar atenção longitudinal e integral à saúde dos migrantes, sobretudo em termos de constituição de vínculo e compreensão do território (Lima Junior et al., 2022). Embora não envolva a nacionalidade venezuelana, mas por sua proximidade com o contexto de migração e as problemática suscitadas nesse projeto, apresenta-se o estudo de Delamuta et al. (2020), o qual investigou as experiências de 13 profissionais de saúde (auxiliares administrativos, agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros e médico) nos atendimentos em saúde de migrantes bengaleses na Atenção Básica de uma cidade do norte do Paraná, Brasil. Através de entrevistas semiestruturadas, constatou-se que os profissionais de saúde agiram preconceituosamente com os migrantes, especialmente por causa de sua aparência física e idioma. Além disso, demonstraram dúvidas e estranhamentos sobre a obrigatoriedade do SUS em atender os migrantes, ferindo ao princípio da universalidade do sistema, além de denotar certa assimetria na relação profissional-usuário, tendo em vista a dificuldade na comunicação e incompreensão das demandas. Por fim, o estudo constatou que há resistências atuando nos atendimentos da população bengalês: de um lado, os profissionais verticalizando práticas protocolares e, do outro, migrantes percebendo tais condutas como uma violência aos seus saberes e cultura (Delamuta et al., 2020). Posteriormente, esse fenômeno também foi observado em um estudo com migrantes venezuelanos, em que técnicos de enfermagem referiram não ser uma problemática prestar cuidados à saúde dos venezuelanos, mas com a condição de que os brasileiros tivessem prioridade nos atendimentos em detrimento de migrantes (Barbosa et al., 2024).

Em um outro estudo com migrantes venezuelanos, buscou-se identificar qualitativamente os desafios enfrentados por enfermeiros no cuidado a esses migrantes no contexto da Atenção Básica, no município de Boa Vista, Roraima (Silva & Arruda-Barbosa,

2020). Os resultados foram descritos em três principais desafios, sendo: 1) a superlotação dos espaços físicos e 2) a sobrecarga das equipes de saúde, ambos convergem especialmente no significativo aumento da população da região e, consequentemente, na procura pela assistência em saúde na UBS; e 3) o desconhecimento dos migrantes venezuelanos com relação ao funcionamento da Atenção Básica, uma vez que procuravam as UBS apenas para demandas curativas ou atendimentos de especialidades, urgência e emergência. Portanto, constituíram-se desafios em níveis estruturais, organizacionais subjetivos para os profissionais de saúde da Atenção Básica na atenção da população venezuelana, algo que pode comprometer a execução da atenção integral à saúde preconizada pelas políticas públicas (Silva & Arruda-Barbosa, 2020).

Esses achados salientam os desafios de profissionais de saúde, sobretudo da Atenção Básica do SUS, ao se depararem com as especificidades da atenção à saúde de populações migrantes. Contudo, cabe relembrar que esses desafios são intensificados pelas lacunas na de suas formações, uma vez que, comumente, a composição das grades dos cursos técnicos, graduação e, até mesmo, pós-graduação na área da saúde, comumente não contemplam questões sensíveis sobre diversidade, seja no campo das relações étnico-raciais ou característico dos processos migratórios (Prado & Araújo, 2019; Werneck, 2016). Entendendo que a temática possa consistir em uma especificidade para uma formação generalista em saúde, acredita-se que a Educação Permanente do SUS possa ser uma alternativa de enfrentamento para esse déficit na formação profissional, a fim de sanar essa necessidade e proporcionar melhores diretrizes para o trabalho com populações migrantes (Brasil, 2009; Pereira & Chazan, 2019).

Neste sentido, a Formação Permanente do SUS consiste em uma aposta no processo formativo a partir do entrelaçamento orgânico entre ensino, práticas e serviços, com foco nas experiências do processo de trabalho nesses atravessamentos (Brasil, 2009). Não obstante,

acredita-se ser importante aliar essas experiências de trabalho com estratégias da Educação Continuada, uma paralela da Educação Permanente, que consiste na atualização de conhecimentos técnicos-científicos dos profissionais sobre temáticas que perpassam o trabalho diário (Ferreira et al., 2019). Portanto, a combinação dessas ferramentas, Educação Continuada e Permanente, que alia experiência e técnica, pode possibilitar um espaço para uma atuação antirracista, que sensibilize os profissionais de saúde sobre raça-etnia e racismo, e como esses fenômenos sociais impactam as identidades e os processos de saúde de populações migrantes.

Essas premissas estão em consonância com a noção de letramento racial crítico (Ferreira, 2015) que, a partir de práticas pedagógicas, as pessoas possam ter um espaço de conscientização sobre as relações étnico-raciais e os impactos do racismo nas estruturas sociais. Ainda, esses espaços podem mitigar a xenofobia racializada em relação a migrantes, explicitando a naturalização do preconceito e discriminação com essas populações (Faustino & Oliveira, 2021). Assim sendo, o SUS e, sobremaneira, a Atenção Básica, podem oportunizar um acesso mais equitativo de migrantes que se encontram em situação ou processos de vulnerabilidade ou vulnerabilização.

Apesar de uma temática imprescindível, a literatura carece de estudos que investiguem os enlaces entre formação de profissionais de saúde do SUS e diversidade populacional, sobretudo a nível das relações étnico-raciais e de processos migratórios. As evidências disponíveis são da área da educação e com professores de classes infantojuvenis (Cursino, 2020; Soares & Monteiro, 2019), o que salienta a importância do desenvolvimento de intervenções no campo da saúde, a fim de instrumentalizar profissionais de saúde para essas demandas da atualidade (Brasil, 2009; Pereira & Chazan, 2019).

Diante de toda argumentação proposta nessa seção, suscita-se duas perguntas de pesquisa que serão respondidas nos artigos empíricos desta tese de doutorado. Fundamentalmente, questiona-se quais as concepções dos profissionais de saúde do RS sobre

o processo e o sujeito migrante venezuelano, bem como seus desafios e práticas de saúde para com a população no contexto da Atenção Básica. Algo que se conecta com a necessidade de formações dos profissionais de saúde sobre o tema da diversidade étnico-cultural, especialmente no campo dos processos migratórios. Essas questões serão exploradas nos Artigos 3, 4, 5 e 6 deste documento. De forma espelhada, questiona-se quais as percepções dos migrantes venezuelanos sobre aspectos de sua saúde, bem como suas experiências e relações com os profissionais nos atendimentos na Atenção Básica. As observações com relação a essas questões serão abordadas no Artigo 7 deste material.

Objetivo geral da tese

O objetivo geral do presente estudo é investigar longitudinalmente as relações entre indicadores quantitativos e qualitativos de saúde, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul (RS), sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde do SUS.

Delineamento da tese

A proposta guarda-chuva desse estudo conduziu uma diversidade metodológica para exploração dos indicadores de saúde, apoio comunitário e preconceito de migrantes venezuelanos.

O Artigo 1 teve como foco um relato de experiência (Mussi et al., 2021) de interiorização de 137 migrantes venezuelanos em uma cidade do interior do RS (Gil et al., 2024). Esse tipo de delineamento, além de registrar práticas e vivências profissionais, funciona como um dispositivo que promove análise crítica e reflexiva sobre o fenômeno vivido, contribuindo para a produção de conhecimento científico fundamentado em referenciais teórico-metodológicos. Outra característica relevante desse modelo é a valorização da prática

profissional, bem como a possibilidade de sistematizar e adaptar intervenções bem-sucedidas a diferentes contextos comunitários (Mussi et al., 2021).

Os Artigos 2, 7 e 8 derivam de um banco de dados longitudinal de 207 migrantes venezuelanos, desenvolvido a partir de métodos mistos com estratégia exploratória sequencial (Creswell & Plano Clark, 2022). Nessa perspectiva, o modelo exploratório sequencial pressupõe a realização de coletas e análises distintas, porém complementares, cuja integração se dá na discussão geral da pesquisa.

Os Artigos 3 e 4 (Gil et al., 2025a) adotaram um delineamento qualitativo exploratório transversal (Gil, 2022) com 22 profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS. Trata-se de um modelo de investigação com escopo amplo e menos restritivo, indicado especialmente para fenômenos, contextos e problemáticas ainda pouco estudados.

Por fim, os Artigos 5 e 6 foram conduzidos como pesquisa-intervenção (Rocha & Aguiar, 2003) com 190 profissionais de saúde do SUS, seguindo um formato pré-experimental com medidas de pré-teste e pós-teste (Creswell, 2021), acrescido de indicadores qualitativos na fase final com 12 gestoras dos serviços de saúde (Gil et al., 2025b). A pesquisa-intervenção visa investigar a vida e as práticas de coletividades em sua diversidade, a partir de uma intervenção de caráter socioanalítico (Rocha & Aguiar, 2003). Associado a isso, o modelo pré-experimental permite testar os efeitos de uma intervenção sobre um grupo específico, ainda que sem a comparação com um grupo controle (Creswell, 2021).

Preconizou-se por essa conjuntura de abordagens de investigação, pois são complexos os fenômenos abordados pelos pesquisadores das áreas das ciências sociais, a utilização da combinação de métodos longitudinais quantitativos e qualitativos proporciona maior compreensão da questão da pesquisa.

CAPÍTULO II: ARTIGO 1

INTERIORIZAÇÃO DE COLETIVO VENEZUELANO NO SUL DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA[1]

Pedro Henrique Conte Gil

Fernanda Simas de Andrade Honesko

Petrick Kristofer Andrade da Costa

Adolfo Pizzinato

Resumo

O objetivo deste estudo é ilustrar o processo de interiorização de um coletivo de refugiados venezuelanos no sul do Brasil, com especial atenção ao acesso a saúde local e a integração comunitária da população no território. Trata-se de um relato de experiência de profissionais supervisores e consultores, através de observação participante e releituras de diários de campo e relatórios mensais. Os relatos foram organizados em dois temas: acesso e atendimento do coletivo de refugiados venezuelanos nos dispositivos de saúde do município; e apoio social e integração comunitária da população no território. Uma intervenção potente nos pareceu ser a busca por profissionais de saúde referência e lideranças da comunidade com certa disponibilidade afetiva para com a história e vulnerabilidades dos refugiados, os quais podem ser comportar-se como facilitadores na integração comunitária da população. Já o trabalho dos consultores envolve a mediação dos desafios, enfrentando o racismo e xenofobia na comunidade e instituições.

Palavras-chave: refugiados; venezuelanos; apoio social; relato de experiência.

---

[1]Artigo publicado na Revista da SPAGESP em 2023, conforme referência:
Gil, P. H. C., Honesko, F. S. de A., Costa, P. K. A., & Pizzinato, A. (2023). Interiorização de coletivo venezuelano no sul do Brasil: Relato de experiência. *Revista da SPAGESP, 24*(2), 82–95. https://nesme.emnuvens.com.br/SPAGESP/article/view/83

INTERNALIZATION OF A VENEZUELAN COLLECTIVE IN SOUTHERN BRAZIL: EXPERIENCE REPORT

Abstract

The aim of this paper is to illustrate the internalization process of a Venezuelan refugees' collective in southern Brazil, especially in terms of access to healthcare services and community integration in the territory. The study design was an experience report of supervisors and consultants. Materials were participant observations, field diaries and written reports. Data were organized into two themes: access and care for the group of Venezuelan refugees in the city's health facilities; and social support and community integration of the population in the territory. An assertive intervention seemed to be looking for a reference of health professionals and community leaders with certain emotional availability for comprehending the history and vulnerabilities of the refugees. These references can behave as facilitators in the processes of healthcare and community integration. The purpose of the consultants involved mostly the mediation of challenges related to racism and xenophobia in the local community and institutions.

Keywords: refugees; Venezuelans; social support; experience report.

INTERIORIZACIÓN DE COLECTIVO VENEZOLANO EN EL SUR DE BRASIL: RELATO DE EXPERIENCIA

Resumen

El objetivo de este estudio es ilustrar el proceso de interiorización de un colectivo de refugiados venezolanos en el sur de Brasil, en la salud pública y su integración comunitaria. Es un relato

de experiencia de profesionales supervisores y consultores, por la observación participante y relectura de diarios de campo e informes mensuales. Los datos se organizaron en dos temas: acceso y atención de refugiados venezolanos en los establecimientos de salud; y apoyo social e integración comunitaria de la población en el territorio. Una intervención adecuada nos pareció la búsqueda de profesionales de la salud y líderes comunitarios de referencia con cierta disponibilidad afectiva hacia la historia y vulnerabilidades de los refugiados, que puedan comportarse como facilitadores en los procesos de salud e integración comunitaria. El trabajo de los consultores involucra la mediación de desafíos para enfrentar el racismo y la xenofobia en la comunidad local y en las instituciones.

Palabras clave: refugiados; venezolanos; apoyo social; relato de experiencia.

Introdução

Atualmente, a Venezuela enfrenta a maior crise humanitária e de violação de direitos de sua história, devido a uma complexa conjuntura de acontecimentos políticos, econômicos e sociais instalados no país nas últimas décadas (Bastos & Obregón, 2018). Devido à escassez de recursos e de assistência governamental, a população venezuelana tem buscado refúgio em países vizinhos, como forma de encontrar melhores condições de subsistência e qualidade de vida. Nessa perspectiva, a estimativa é de que mais de 5,4 milhões de venezuelanos já tenham deixado o país (UNHCR, 2021). O Brasil, por ser um dos países fronteiriços com a Venezuela, tornou-se um importante destino para os refugiados venezuelanos, tendo registrado expressivo aumento nas solicitações de refúgio dessa população. Dados oficiais apontam que, desde 2017 até junho de 2021, cerca de 610 mil migrantes entraram em território brasileiro (Brasil, 2021).

Esse novo e intenso fluxo migratório demandou do Governo Federal a organização de uma política pública específica para o acolhimento de migrantes venezuelanos (Brasil, 2021).

Em 2018, o governo brasileiro estabelece a “Força Tarefa Logística Humanitária para o Estado de Roraima – Operação Acolhida”, a qual é coordenada e executada pelas Forças Armadas do país. Essa Operação se articula em três eixos: o ordenamento da fronteira, o acolhimento nos abrigos e a interiorização de refugiados venezuelanos para diferentes municípios do país.

No primeiro estágio, ao atravessar a fronteira, os venezuelanos regularizam a sua condição migratória e documental junto a Polícia Federal, além de receberem atendimento médico e vacinal (Brasil, 2021). Após essa triagem, e mediante disponibilidade, os refugiados são encaminhados para um dos abrigos montados na cidade de Boa Vista (RR), espaço em que recebem refeições diárias e uma residência temporária com outras famílias. Após a liberação documental, os venezuelanos podem ser interiorizados – estratégia que consiste no deslocamento da população para outras cidades brasileiras. Ademais, as interiorizações precisam obedecer às seguintes condições: disponibilidade de vaga em abrigos de outras cidades, reunificação familiar ou social ou vaga de trabalho sinalizada.

Desde a implementação da Operação Acolhida, mais de 60 mil venezuelanos já foram interiorizados em cerca de 670 cidades brasileiras (Brasil, 2021). Entretanto, chama a atenção que esse fluxo migratório recebeu especial atenção do governo brasileiro, em detrimento de outros movimentos de migração, como de haitianos, senegaleses e ganeses. A partir das constatações de Chagas et al. (2019) em relação a (re)produção de uma discursividade recente, compartilhada em diversos grupos de WhatsApp de extrema-direita, de que “o Brasil vai virar uma Venezuela” caso o Partido dos Trabalhadores assumisse a liderança do país na época (tanto 2018, como 2022). Nesse sentido, conjecturamos que a Operação Acolhida pode ficar colada a um imaginário redencionista operante em pessoas associadas a uma perspectiva da extrema-direita do Brasil. Essa lógica atuaria, em ramificações políticas, a partir de uma premissa de priorizar a ajuda a migrantes e refugiados venezuelanos, já que este seria um imperativo humanitário para “uma salvação das vítimas do comunismo”.

Importante parcela de coletivos de refugiados venezuelanos foram direcionadas para o sul do país, sendo que o estado do Rio Grande do Sul ocupa a segunda posição no ranking de interiorização no Brasil (UNHCR, 2021). As interiorizações são apoiadas por Organizações Não-Governamentais (ONG), Organizações Internacionais e entidades religiosas, as quais investem recursos financeiros para a integração socioeconômica da população nas cidades destino. Entretanto, precisa-se considerar a complexidade do fenômeno migratório que produz diversos impactos, em nível político, social e psicológico, seja em termos de políticas públicas e institucionais ou em níveis comunitários e individuais (Prado & Araújo, 2019).

Portanto, é imprescindível explorar as minúcias dos processos de interiorização de coletivos de refugiados venezuelanos para promover às instituições e profissionais envolvidos uma maior compreensão sobre os possíveis desafios e potencialidades enfrentadas pela população e também profissionais envolvidos nesse processo. Atentos a demanda, os autores, responsáveis pelo acompanhamento psicossocial de coletivos venezuelanos em interiorizações financeiramente subsidiadas por uma ONG, compartilham este relato de uma experiência ocorrida no sul do Brasil. Trata-se de um estudo pioneiro, considerando a escassa literatura nacional disponível, devido a curta temporalidade do processo migratório venezuelano.

Diante desses elementos, o objetivo deste relato de experiência é ilustrar o processo de interiorização de um coletivo de 137 refugiados venezuelanos em um município do interior do sul do Brasil, com especial atenção as práticas de profissionais de interiorização para acesso e atendimentos nos dispositivos de saúde do município, bem como o apoio social e integração comunitária da população no território.

Método

Caracterização da ONG apoiadora da interiorização: AVSI Brasil

A Associação Voluntários para o Serviço Internacional – Brasil (AVSI Brasil) foi a agência apoiadora da interiorização deste relato de experiência. Trata-se de uma organização brasileira, sem fins lucrativos, que objetiva contribuir na melhora das condições de vida de pessoas que vivem em situações de emergência humanitária (http://www.avsibrasil.org.br/).

Em termos de assistência aos fluxos migratórias, a AVSI Brasil conta com o projeto "Acolhidos por meio do trabalho". Iniciado em setembro de 2019, o objetivo principal do projeto é fortalecer as ações da Operação Acolhida através do apoio socioeconômico de coletivos de imigrantes e refugiados venezuelanos que se encontra em processos de interiorização para cidades do Brasil, com oportunidades de trabalho no setor privado.

Em termos de suporte financeiro, a AVSI Brasil responsabiliza-se pelo pagamento do aluguel, condomínio e contas domésticas dos refugiados durante o período de três meses, após sua chegada à cidade de interiorização. Além disso, a ONG adquire e faz a doação de móveis (mesa, cadeira, camas, colchões, etc.), eletrodomésticos básicos (geladeira e fogão) e outros utensílios (panelas, louças e talheres) para mobiliar e equipar as residências alugadas.

Já no intuito de auxiliar a operacionalização logística da interiorização, a AVSI Brasil conta com uma equipe de supervisores, responsáveis pelo acompanhamento do processo por três meses. Além disso, faz a contratação de psicólogos e/ou assistentes sociais consultores, residentes das cidades de interiorização. Esses profissionais consultores prestam apoio psicossocial aos coletivos de refugiados, ao passo que facilitam o seu acesso às políticas públicas e sua integração comunitária no município.

Breve contextualização do município do interior do sul do Brasil

Tendo em vista que as análises desse relato de experiência consideraram a conjuntura de discursos e práticas que são preponderantes no município de interiorização, torna-se pertinente uma descrição do território que auxilie na compreensão dos fenômenos

apresentados. Portanto, propomos uma breve contextualização do município de médio-grande porte, situado no interior do estado do Rio Grande do Sul, extremo sul do Brasil. A referida cidade é conhecida por seu parque industrial, pela produção vinícola e por intensa atividade comercial (Manfio & Pierozan, 2019). Apesar de haver uma diversidade de residentes de distintas regiões do país e, em menor escala, migrantes de todo o mundo, o município é considerado um polo centralizador da marca italiana no sul do Brasil. Por sua vez, os residentes se mantêm cultivando os valores e saberes da intensa imigração italiana que colonizou quase que hegemonicamente a região no final do século XIX, não apenas em termos demográficos, mas em níveis afetivos e culturais.

Até a atualidade, o território conta com uma tradição cultural hegemônica identificada à certa italianidade por seus descendentes, que produz efeitos na representação dos moradores com relação à migração (Manfio & Pierozan, 2019). Conforme destaca Gil (2021), os migrantes não americanos ou não europeus, geralmente são percebidos como inferiores ou enquanto ameaças pelos cidadãos locais. O autor ainda refere que, no campo discursivo, a condição de "imigrante" parece ficar relegada apenas aos descendentes de imigrantes italianos, enquanto outras nacionalidades do Sul-Global são referidas como "estrangeiras". Esse mecanismo linguístico parece cindir e hierarquizar os povos migrantes racializados, pormenorizando os fluxos migratórios africanos e latino-americanos para a cidade, em detrimento da ancestralidade migratória italiana, a qual permanece ocupando uma posição de superioridade nas formações discursivas e identificatórias, mesmo frente aos campos da imigração branca majoritária no Brasil, de ascendência ibérica. Essa hierarquização social, no caso da interiorização do coletivo de venezuelanos deste relato de experiência, reverberou nas narrativas preconceituosas e xenofóbicas sobre o processo de adaptação dos refugiados na cidade.

Informações sobre a interiorização na cidade do sul do Brasil

O presente relato de experiência ilustrará aspectos vivenciados no processo de trabalho da equipe implicada na interiorização de um coletivo de 137 venezuelanos refugiados em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, no período de junho a outubro de 2021. Destes refugiados, cerca de 54% foram contratados para trabalhar em uma empresa frigorífica de grande porte, situada no município da interiorização. A porcentagem remanescente do coletivo compunha seus grupos familiares: crianças, adolescentes e idosos que não poderiam ser contratadas pela empresa. Em termos do trabalho, as funções que os refugiados foram designados no frigorífico, em sua maioria, implicavam diferentes níveis de insalubridade: seja pela constante exposição às câmaras de refrigeração, à umidade, à utilização de materiais cortantes ou aos movimentos repetitivos para embalagem e empacotamento de produtos.

Os profissionais responsáveis pelo acompanhamento deste caso de interiorização de um coletivo foram dois supervisores técnicos (um economista e uma internacionalista), um profissional consultor (psicólogo) e um orientador teórico-metodológico (psicólogo), autores deste relato. Além destes, uma assistente social consultora também auxiliou no processo prático de interiorização da população. Dentre as funções desempenhadas para o apoio psicossocial e integração comunitária da população, elenca-se: 1) inserção dos refugiados nas redes de saúde, assistencial e educacional do município; 2) busca por locação de imóveis na cidade e logística de mudanças e estabelecimento nas residências; e, sobretudo 3) mediação dos conflitos e desafios emergentes nas diversas relações institucionais e interpessoais entre refugiados e comunidade local. Sobremaneira, propunha-se promover a cidadania desses refugiados, incentivando a sua autonomia, no sentido de conscientizá-los sobre seus direitos e deveres civis.

Delineamento, instrumentos, análise de dados e considerações éticas

Este estudo consiste em um relato de experiência (Mussi et al., 2021). Além de proporcionar o registro das experiências e práticas de profissionais, o relato de experiência também possibilita uma aplicação crítica-reflexiva da vivência sob o fenômeno experienciado, ampliando o conhecimento da área através de um aporte teórico-metodológico científico. Outra vantagem desse desenho de estudo é a valorização da experiência profissional e a possibilidade de transpor, tecnicamente, intervenções bem sucedidas para a comunidade (Mussi et al., 2021). Enquanto instrumentos e análise de dados, além da observação participante do psicólogo consultor, utilizou-se de anotações nos diários de campo semanais e relatórios mensais, os quais eram sistematicamente produzidos no período da interiorização. Nesses materiais, foram registradas as observações significativas (na perspectiva do psicólogo consultor) do processo de interiorização do coletivo de refugiado, considerando as relações interpessoais e institucionais do grupo, com especial atenção para as potencialidades e resistências dos serviços de saúde e comunidade em relação aos venezuelanos. Tais materiais serviram como recordatório para os eventos e impressões descritos nesse material.

Importante ressaltar que as experiências descritas nesses materiais foram discutidas nos grupos de supervisão com os demais autores deste relato, que tinham o objetivo de promover um espaço de elaboração dos fenômenos que se apresentavam, ao passo que se buscava por estratégias de enfrentamento para os desafios encontrados. Para além de reuniões sistemáticas quinzenais, a equipe de trabalho – os dois psicólogos e os supervisores técnicos – se reuniam extraordinariamente quando se apresentavam conflitivas importantes envolvendo os refugiados, como nos casos de discriminação e xenofobia ou em intercorrências de saúde. Esses encontros de supervisão consistiam em discussões de aplicabilidade prática para cada um dos casos apresentados, como, por exemplo, quais instituições governamentais ou não-governamentais deveriam ser acionadas para prestar suporte necessário para a eventualidade,

ao passo que se pensava em formas de manejo das problemáticas para a atuação do psicólogo consultor.

Dentre os cuidados éticos, assim como a impessoalização dos relatos, preconizou-se pela não identificação do município de interiorização, assim como a empresa contratante dos refugiados, com o intuito de garantir o sigilo e a confidencialidade de qualquer dado pessoal dos participantes e demais envolvidos.

Relato de experiência e discussão

Os relatos serão apresentados em dois eixos de análise da atuação de apoio psicossocial profissional: 1) acesso e atendimento do coletivo de refugiados venezuelanos nos dispositivos de saúde do município; e 2) apoio social e integração comunitária da população no território. Ainda que a interiorização tenha acontecido durante o período da pandemia da SARS/COVID-19, não tivemos casos de refugiados venezuelanos infectados pelo vírus. Por se tratar de um requisito da empresa contratante, todos os venezuelanos foram vacinados na cidade de interiorização. Contudo, os consultores constantemente reforçavam para que o coletivo atendesse às medidas de contenção do vírus. Entretanto, as medidas eram colocadas em prática apenas momentaneamente. Tal questão fica evidente quando uma venezuelana interiorizada explica a razão de a maioria dos refugiados não utilizarem máscara: “(...) é porque o venezuelano não acredita no vírus” (sic). Destacamos tal questão porque, embora a interiorização tenha acontecido durante a pandemia, os relatos descritos não discutirão diretamente os seus impactos na população, por mais que seus atravessamentos tenham sido considerados tanto no processo de interiorização (como na utilização de máscaras e no distanciamento físico) quanto na construção teórico-metodológica do material (nos relatos dos serviços de saúde e comunidade).

Acesso e atendimentos do coletivo de refugiados venezuelanos aos dispositivos de saúde

Apesar dos esforços da Operação Acolhida na atenção à saúde dos refugiados venezuelanos, pouco se sabe sobre as reais condições de saúde dessa população ao se estabelecer no Brasil (García & Aburto, 2019). Há de se considerar que, pela precariedade dos recursos na Venezuela, a maioria dos centros de saúde colapsaram e não tem condições de oferecer assistência básica (Silva, 2018), que prejudica os indicadores de saúde da população.

Diante disso, conjecturou-se que o coletivo de refugiados, ao chegarem ao município de interiorização, se encontrariam com expressivas iniquidades em saúde. Algo que, de fato, se apresentou, já que o grupo contava com pessoas em situações críticas de saúde, como: diagnósticos de câncer avançado não tratados, quadros de diabetes e epilepsias não controladas, além de situações que necessitavam de acompanhamento médico imediato, como gestantes sem pré-natal ou crianças sem puericultura. Essas condições nos demandaram uma intervenção primária de inserção da população na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município. Assim, apresentaremos as nossas experiências tanto em termos dos desafios enfrentados quanto das potencialidades que envolvem o acesso e assistência em saúde da população ao SUS, perpassando as assimetrias nas relações entre refugiados e profissionais de saúde.

Embora o princípio doutrinário da universalidade do SUS estabeleça o acesso gratuito ao sistema para todas as pessoas em território brasileiro, inclusive se estrangeiros (Brasil, 1990), encontramos algumas dificuldades na inserção do coletivo de refugiados venezuelanos na rede de saúde do município. Ao buscarmos as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atenção às demandas em saúde, fomos informados de que seria necessário a atualização cadastral dos refugiados junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), devido a troca de endereço do norte para o sul do Brasil. Tendo em vista que todos os refugiados já possuíam o seu Cartão SUS – o único documento institucional necessário para acesso aos serviços de saúde

no Brasil – destaca-se que essa diretriz de atualização nos pareceu improcedente com as prerrogativas do SUS.

De qualquer maneira, providenciamos um contato com o responsável pela atualização cadastral na SMS. Nesse encontro, descobrimos que o processo envolveria mais trâmites burocráticos: primeiro seria necessário um outro documento individual, que era fornecido por uma ONG local para migrantes, para que então pudesse ser agendado um outro horário, via internet, na SMS. Tal requisição era justificada como uma forma de direcionar os novos imigrantes e refugiados da cidade a buscarem a ONG para cadastro na instituição, tornando possível um acompanhamento da população. Contudo, diversos desafios emergiram devido à essa estratégia, promovendo um efeito colateral: a burocratização no acesso à saúde dos refugiados. Algo que foi solucionado cerca de quatro meses após as primeiras solicitações.

Por meio da justificativa de que o Cartão SUS não estava atualizado, todo o coletivo de venezuelanos foi impedido de acessar a Atenção Básica no território, algo que, na verdade, constitui uma importante violação de direitos civis. Trata-se de uma problemática que teve seus desdobramentos, já que somente os que necessitavam de assistência emergencial tiveram suas demandas parcialmente absorvidas por um Pronto Atendimento (PA) do SUS. Outra questão se circunscreveu nos casos que necessitavam de acompanhamento específico, como as gestantes e as pessoas em condições de diabetes e epilepsia, as quais ficaram sem assistência até a alteração do Cartão SUS. Isso implicou, inclusive, na perda de emprego de alguns refugiados, uma vez que não tiveram acesso à medicação necessária para o restabelecimento de sua saúde.

Em termos de literatura científica, ainda são limitadas as evidências sobre o acesso das populações imigrantes e refugiados ao SUS, sobretudo envolvendo venezuelanos – o mais recente e maior fluxo migratório do Brasil (Barreto et al., 2018). Todavia, os poucos estudos regionalizados apontam outros desafios na efetivação da universalização do acesso ao SUS da população em condições migratórias. Apesar de não envolver a nacionalidade venezuelana

propriamente dita, mas por apontar para evidências de que outras nacionalidades de refugiados também tiveram seus direitos de acesso aos serviços de saúde total ou parcialmente barrados, apresenta-se o estudo de Delamuta et al. (2020) que investigou qualitativamente as experiências de profissionais de saúde da Atenção Básica com migrantes bengaleses. Os resultados do referido estudo sugerem que, além de atitudes preconceituosas com os migrantes, especialmente por causa de sua aparência e idioma, os profissionais demonstraram-se duvidosos sobre a obrigatoriedade do SUS em atender a população estrangeira (Delamuta et al., 2020). Esse questionamento, além de constituir um atentado grave ao princípio da universalidade, também foi responsável por produzir relações assimétricas entre migrantes e profissionais de saúde. Cabe refletirmos a respeito, pois mesmo que o acesso à saúde seja constitucionalmente garantido para todos, os gestores e profissionais de saúde podem promover barreiras, institucionais e interpessoais, que impeçam a efetivação desse direito para populações marginalizadas, como no caso dos refugiados – tanto a nível das evidências elencadas por Delamuta et al. (2020) com bengaleses, quanto pelas nossas próprias experiências com a interiorização do coletivo de venezuelanos.

Apesar desses entraves na inserção do coletivo na rede de saúde municipal, há de se ponderar os desafios e potencialidades de quando, de fato, receberam assistência em saúde nos atendimentos. Para ilustração, destacamos um relato bastante significativo: o de uma mulher refugiada diagnosticada com câncer em estágio avançado, que não havia recebido tratamento em seu país. Dois dias após a chegada ao município de interiorização, a refugiada teve um episódio de lipotimia e precisou ser encaminhada às pressas para uma unidade de urgência do SUS. Na ocasião, os profissionais de saúde optaram por interná-la no local, devido à ausência de vagas no hospital referência. Considerando que a refugiada não possuía recursos para contato, buscou-se o apoio da assistente social do PA, como uma estratégia de enfrentamento à dificuldade de comunicação e a possibilidade do acompanhamento do caso à distância.

Nesse aspecto, a assistente social adotou uma postura de profissional referência para a interlocução entre consultores e serviços de saúde, em termos da atualização de reportes de saúde e eventuais demandas deste caso e, também, de todos os demais venezuelanos do coletivo interiorizado que acessaram o nível de atenção a posteriori. Nesse aspecto, destacamos a potencialidade da construção de uma relação proximal com profissionais de saúde que tenham certa disponibilidade afetiva, por meio de uma escuta e sensibilidade para com as vulnerabilidades e condições dos refugiados.

Entretanto, os desdobramentos do caso da refugiada venezuelana perpassam por condições ambivalentes: ora esperançosas, ora tortuosas. Ao ser encaminhada ao hospital para realização de exames de maior densidade tecnológica, os resultados mostraram que se tratava de um cancro em fase metastática. Sendo assim, a internação hospitalar aconteceu imediatamente, seguido do início do tratamento quimio e radioterápico. Contudo, tivemos atravessamentos que dificultaram a permanência da refugiada em seu tratamento. Tendo em vista as limitações em sua rede de apoio social, seja pelo processo migratório ou até mesmo pela falta de recursos financeiros de outros familiares interiorizados para visitá-la com regularidade, a venezuelana sentia-se deprimida e considerava abandonar o tratamento.

Os consultores tiveram dificuldades em encontrar um profissional de saúde que se disponibilizasse para uma interlocução de acompanhamento, semelhantemente à conduzida com a assistente social do pronto atendimento. Associados a isso, percebemos uma maior dificuldade na comunicação entre a refugiada e a equipe hospitalar, sendo justificada pela disparidade no idioma, mas que acentuou assimetrias na relação entre paciente-profissional. Como alternativa, os consultores deslocavam semanalmente o esposo da venezuelana internada no horário de visita, tanto para vê-la quanto para comunicar-se com a equipe de saúde. Após alta hospitalar, a venezuelana seguiu o tratamento com certa irregularidade, mas encontrava-se em condição estável ao final do processo de interiorização da AVSI Brasil.

Tendo em vista este relato, lembramos que é consenso na literatura científica que assimetrias nas relações entre profissionais de saúde e pacientes produzem impactos negativos nos indicadores de saúde, especialmente devido ao abandono do tratamento (Caprara & Rodrigues, 2004). Os achados envolvendo serviços de saúde do SUS e venezuelanos em condições de mobilidade apontam para uma intensificação dessas assimetrias, seja pelas dificuldades na comunicação ou pelos desdobramentos da xenofobia e do preconceito étnico-racial, algo que compromete a integralidade do cuidado de uma população que já sofre de vulnerabilidades escalonadas (Arruda-Barbosa et al. 2020). Sendo assim, destacamos como forma de enfrentamento dessas assimetrias, em níveis institucionais, a capacitação e formação continuada dos profissionais de saúde no âmbito da diversidade cultural e das relações étnico-raciais, objetivando diminuir preconceitos e práticas discriminatórias. Já em termos individuais, constatamos que o estabelecimento de uma relação proximal com profissionais de saúde referências, os quais tenham, novamente, certa disponibilidade afetiva, assim facilitando e potencializando o acompanhamento e a assistência em saúde da população refugiada.

Apoio social e integração comunitária dos refugiados venezuelanos

De início, importante ter em perspectiva que o Brasil é um país estruturalmente racista, no qual os imigrantes e refugiados racializados são recebidos e integrados de formas desiguais em relação aos não racializados (Oliveira, 2019), especialmente em cidades interioranas com fortes tradições hegemônicas, como é o caso do município da interiorização no sul do Brasil (Gil, 2021). Foram diversos os episódios que os refugiados venezuelanos foram alvo de xenofobia e preconceito, seja de formas explícitas ou veladas, diretas ou indiretas, por meio de instituições ou indivíduos. Desta forma, assim como no primeiro eixo, descreveremos as nossas experiências envolvendo aspectos do apoio social à população, considerando os desafios e potencialidades da integração comunitária desse coletivo interiorizado.

Quando chegaram ao município, o coletivo de refugiados venezuelanos foi instalado em um espaço compartilhado, alugado pela AVSI Brasil. Em seguida, os consultores iniciaram a busca por 29 residências para estabelecer as famílias. Diversas variáveis se atravessavam nas negociações, que limitavam as opções disponíveis no mercado, mas, sobretudo as resistências dos proprietários em locar seus imóveis para refugiados. Tendo em vista o impacto disso em termos sociais e psicológicos no coletivo, nos dedicaremos a relatar suas dinâmicas.

As resistências dos possíveis locadores de imóveis se apresentaram desde os primeiros contatos telefônicos. Em certo nível, os consultores já esperavam reações ou respostas negativas, mas alguns questionamentos foram surpreendentes. Perguntas de teor preconceituoso, como "Eles são negros?" (sic), "São ex-presidiários?" (sic) e "Mas… eles são limpinhos?" (sic), são apenas alguns exemplos que denunciaram explicitamente o racismo e xenofobia nas narrativas atuantes. Nos casos que houve um mútuo interesse, marcava-se uma visita ao imóvel para conferência de suas condições e possibilidade de alocação das famílias. Por vezes, os proprietários pediam para serem apresentados aos futuros locatários, mas inúmeras negociações foram interrompidas quando os proprietários conheciam pessoalmente os refugiados venezuelanos, sob justificativas insustentáveis. Apesar disso, em menor quantidade, o encontro entre refugiados e locadores também teve efeitos potentes. Novamente, por meio de certa disponibilidade afetiva dos locadores, abriu-se um espaço para que se conhecessem, em que os refugiados tiveram a oportunidade de contar brevemente suas histórias e motivações de seu processo migratório. Nos pareceu que essa aproximação sensibilizou alguns proprietários de imóveis, que aceitaram proceder com a locação.

Após assinatura dos contratos, organizou-se os aspectos logísticos para as mudanças, que aconteceram gradualmente durante a interiorização. Então, iniciamos outro processo: promover a integração comunitária do coletivo de refugiados nos territórios de suas residências, especialmente em termos da vizinhança e das redes assistencial e educacional, tendo em vista

a importância desses aspectos para as dimensões de saúde da população (Pizzinato et al., 2021). Nesse aspecto, optamos por relatar dois episódios ocorridos em condomínios residenciais, os quais, polarizados, revelam a sensibilidade e a agressividade da comunidade.

Destacamos a locação de cinco apartamentos em um condomínio popular de nove edifícios. Os consultores, considerando que se tratava de uma situação que alguns refugiados venezuelanos passariam a conviver com tantos outros moradores mutuamente desconhecidos, julgaram oportuno conversar com os responsáveis pela organização e portaria do condomínio, no intuito de diminuir eventuais estranhamentos da comunidade local. Nessa oportunidade, explicamos as condições socioeconômicas e de vulnerabilidades em que os refugiados se encontravam. Sensíveis aos relatos, os responsáveis pelo condomínio enviaram mensagens a todos os moradores, informando a respeito dos novos residentes refugiados e sobre os impactos de seu processo migratório, enfatizando a importância de uma postura humanitária para integrá-los e auxiliá-los em eventuais necessidades.

A partir de nossa observação e do relato de venezuelanos, percebemos investidas de aproximação da comunidade, ao ponto que relações de afetivas se constituírem. Semanas após as mudanças, em uma celebração de aniversário de uma criança venezuelana, notamos a presença de convidados da comunidade local. Mesmo que de maneira singela, essa relação revela certa integração de parcela do coletivo. Assim, destacamos que atuar como um interlocutor entre refugiados e a comunidade local, sobretudo alcançando lideranças comunitárias, pode oportunizar uma aproximação entre essas instâncias.

Em outro condomínio residencial, tivemos experiências que se situam no outro polo: a rejeição da comunidade aos refugiados. Em um episódio singular, porém representativo, um dos consultores recebe uma ligação de madrugada de um venezuelano, notoriamente assustado. Ao fundo da chamada, ouvia-se um barulho de uma porta sendo esmurrada, misturada com os pedidos de ajuda da família e de crianças chorando de maneira intensa. O caso consistia em um

morador do condomínio que, descontente por uma razão que desconhecemos, intenta arrombar o apartamento de uma família de refugiados. A violência só parou quando a polícia chegou até o local, sendo o perpetrador não identificado. O episódio produziu impactos negativos na família, que planejava abandonar o local no dia seguinte, mas, sem recursos para mudanças, se viram obrigados a permanecer no apartamento. O registro de ser atacado e indesejado na própria residência provavelmente foi o motivo da família em não interagir com os outros moradores do local a posteriori, com ressalva se fossem outros venezuelanos interiorizados.

As disparidades no apoio social de refugiados venezuelanos apareceram em outras conjunturas, principalmente envolvendo o contexto de trabalho, no âmbito das relações institucionais e interpessoais na empresa contratante. Tendo em vista que pessoas em condições migratórias têm alta probabilidade de possuírem redes de apoio fragilizadas (Pizzinato et al., 2017), algumas mulheres mães, sem alternativas para compartilharem funções de cuidado, perderam seus empregos por precisarem faltar ao trabalho por adoecimento dos filhos. Nos pareceu que a instituição-empresa não ponderava características contextuais de seus trabalhadores venezuelanos nas eventuais dificuldades, mas, ao mesmo tempo, se comportava como a salvadora da população por oferecer oportunidades de trabalho.

Conjecturamos que essa postura redentora da empresa tinha impactos midiáticos positivos na cidade e, em certo nível, subjetivo para os gestores. Por se tratar da migração venezuelana, a ação se associava a representação fantasmagórica do comunismo e os seus efeitos negativos na Venezuela. Tomamos como fantasmagórico o imaginário coletivo associado a perspectiva da extrema-direita brasileira, de que o processo de transformação do Brasil em uma país comunista já estaria em curso, por vias de ideologias associadas aos posicionamentos da esquerda brasileira – algo que implicaria em inúmeras precarizações pra sociedade, desde questões monetárias-financeiras até da censura da liberdade de expressão.

Assim sendo, essa população refugiada venezuelana supostamente “merecia ser salva” desse destino catastrófico em que foi acometida, por culpa da concretização dessa ideologia comunista. Algo que nos parece que configura um fenômeno distinto quando pensamos em outros fluxos migratórios ao sul do Brasil que não carregam a mesma representação, como dos haitianos, senegaleses e ganeses, pois não receberam as mesmas iniciativas políticas de acolhimento que os venezuelanos ou foram integradas de maneiras distintas (Pizzinato et al., 2017). Além disso, essa formação discursiva endossava a égide “O Brasil vai virar uma Venezuela”, um dos recursos narrativos utilizados como arma política pelo atual governo de extrema-direita do Brasil (Chagas et al., 2019). Ressaltamos que não se trata de hierarquizar os desafios dos processos migratórios, mas de refletir as diferentes formas que a comunidade brasileira recebe, acolhe e entende os diferentes processos migratórios ao país (Oliveira, 2019). Evidentemente, os ganhos da empresa também se davam no âmbito financeiro, seja pela busca de mão de obra barata ou pela tentativa de combater a rotatividade de funcionários em um contexto laboral insalubre. A estratégia consistia em contratar pessoas com opções limitadas de frentes de trabalho, como os refugiados interiorizados e, a nível local, pessoas em situação de rua. Ou seja, essa medida foi utilizada pela empresa pela dificuldade em encontrar mão de obra local, algo que denuncia as inconsistências de outras narrativas hegemônicas do território, como a de que “os imigrantes vêm para roubar os nossos empregos” (Chagas et al., 2019).

Importante destacar que não se trata de pormenorizar a relevância humanitária dos processos de interiorização. Entende-se que tais processos oportunizam que os refugiados venezuelanos possam se restabelecer no Brasil e ter condições de subsistência. Contudo, cabe questionar os discursos redencionistas e a precarização das ofertas laborais para a população, que são distorcidos e narrados como um apoio social genuíno, mas, intrinsecamente, carregam interesses econômicos. Tal questão promoveu nos responsáveis pela empresa uma relação ainda

mais hierarquizante, em que os refugiados estariam em constante dívida pela oportunidade de emprego, sendo inadmissível questionamentos às decisões e condutas da gerência.

Além disso, há também desafios a serem considerados nas relações entre refugiados venezuelanos e as instâncias institucionais e interpessoais no trabalho. No âmbito institucional, as relações passeavam por ambivalências, ora de apoio, ora de controle. Tal percepção fica evidente quando a empresa, "recheada de boas intenções", decide ofertar cursos e oficinas para "capacitar" os refugiados para o trabalho e ter melhores condições de vida no novo município. Embora a proposta fosse interessante, a sua operacionalização denuncia uma lógica de controle, tendo em vista que a primeira temática sugerida pela empresa foi uma palestra sobre "controle de natalidade". A prerrogativa se refere a instituição-empresa que autorizou a ocupar uma posição de controle dos corpos de seus funcionários refugiados, sob a falácia de necessitarem de orientações para tomarem melhores decisões de vida. Vencidos pela verticalização da empresa, mas atentos a uma forma de subversão da lógica de "controle de natalidade", os consultores interviram e propuseram uma transição de perspectiva ao trabalhar com a temática pelo viés da "educação sexual", focando nos dispositivos de saúde do território para acesso a métodos contraceptivos e eventuais tratamentos, ao invés de uma lógica que se aproxima de uma esterilização de uma população marginalizada e vulnerável.

Já sobre as relações interpessoais no trabalho, os refugiados venezuelanos relataram diversos episódios em que foram alvo de atitudes e comentários hostis. Situações que envolveram desde certo preferencialismo dos gestores por trabalhadores locais, até tentativas de sabotagem de suas atividades por outros colegas de trabalho. Esse fenômeno já foi observado por outros estudos sobre migrações e trabalho em frigoríficos (Granada et al., 2021), em que a discriminação étnico-racial e a xenofobia promovem importantes assimetrias nas relações com colegas de trabalho. Apesar do local de trabalho estar fora da competência dos consultores, como intervenção, pensamos que uma mediação junto aos gestores poderia

promover fissuras nessas lógicas e práticas excludentes. Portanto, organizou-se um momento de conversa com os gestores, na tentativa de conscientizá-los de sua corresponsabilidade na promoção de um ambiente de trabalho ético e respeitoso, denunciando qualquer forma de preconceito e discriminação. Evidentemente que a problemática não foi eliminada, contudo, após a denúncia junto à gerência da empresa, os relatos dos refugiados esses acontecimentos diminuíram.

Considerações finais

O objetivo deste relato de experiência foi de ilustrar o processo de interiorização de um coletivo de 137 refugiados venezuelanos em um município do interior do sul do Brasil, com foco nas práticas de profissionais de interiorização para acesso e atendimentos nos dispositivos de saúde do município, bem como o apoio social e integração comunitária da população no território. Em linhas gerais, neste relato compartilhamos as inconsistências no acesso aos serviços de saúde, em virtude de uma burocratização documental, e descrevemos certas assimetrias nas relações entre profissionais de saúde e refugiados que dificultaram a assistência à saúde da população. Alguns desafios apresentaram-se desde a integração comunitária nos territórios de residência, quanto nas ambivalências da empresa contratante, envolvendo aspectos do racismo e da xenofobia das comunidades.

Por outro lado, constatamos algumas potencialidades para enfrentamento dos desafios: 1) a experiência dos consultores na interiorização facilita os processos subsequentes, já que os caminhos burocráticos e os dificuldades das redes de saúde, assistencial e educacional são conhecidos; 2) o apoio psicossocial dos consultores, consiste, sobremaneira, em um trabalho de mediação com as diversas instâncias envolvidas, sempre apontando para a autonomia e conscientização de direitos da população refugiada; e 3) certa disponibilidade afetiva de

profissionais de saúde, líderes comunitários e gestão empresarial pode abrir um espaço de escuta e de compreensão, facilitando a assistência à saúde e integração comunitária do grupo. De toda maneira, é imprescindível um olhar integral sobre esses coletivos de refugiados venezuelanos que vem sido interiorizados por todo o Brasil. Nesse sentido, a referida população precisa de políticas públicas sólidas que, de fato, atendam suas insurgências em níveis políticos, sociais e psicológicos.

Referências

Arruda-Barbosa, L., Sales, A. F. G., & Souza, I. L. L. (2020). Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saúde e Sociedade, 29*(2), e:190730. https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730

Barreto, T. M. A. C., Barreto, F., Ferko, G. P. S., & Rodrigues, F. S. (2018). Vigilância epidemiológica e os processos migratórios: observações do caso dos venezuelanos em Roraima. In: R. Baeninger, & J. C. J. Silva (Cords.). *Migrações Venezuelanas* (pp. 372-380). Nepo/Unicamp.

Bastos, J. P. B. & Obregón, M. F. Q. (2018) Venezuela em Crise: O que mudou com Maduro? *Derecho y Cambio Social, 52,* 1-16. https://www.derechoycambiosocial.com/revista052/VENEZUELA_EM_CRISE.pdf

Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

Brasil (2021). Sobre a Operação Acolhida. Casa Civil – Acolhida. https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/sobre-a-operacao-acolhida-2.

Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004) A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva, 9*(1), 139-146. https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014

Chagas, V., Modesto, M., & Magalhães, D. (2019). O Brasil vai virar Venezuela: medo, memes e enquadramentos emocionais no WhatsApp pró-Bolsonaro. *Esferas*, *14*, 1-17. https://pdfs.semanticscholar.org/170e/5e00ce517b8d9f8454c2ce7299eeb971b35b.pdf

Delamuta, K. G., Mendonça, F. F., Domingos, C. M., & Carvalho, M. N. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(8), 1-12. https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019.

García, J. & Aburto, J. M. (2019). The impact of violence on Venezuelan life expectancy and lifespan inequality. *International Journal of Epidemiology, 48*(5), 1593-1601. https://doi.org/10.1093/ije/dyz072

Gil, P. H. C. (2021). *Experiências de profissionais de saúde com a diversidade de cuidadores, saberes e práticas de cuidado nos atendimentos a bebês de 0 a 2 anos na atenção básica de Caxias do Sul.* [Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório digital LUME. https://lume.ufrgs.br/handle/10183/233800

Granada, D., Grisotti, M., Detoni, P. P., Cazarotto, R., & Oliveira, M. C. (2021). Saúde e migrações: a pandemia de Covid-19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do Sul do Brasil. *Horizontes Antropológicos, 27*(59), 207-226. https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100011

Manfio, V. & Pierozan, V. L. (2019). 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, 23*(1), 144-162. https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2019.146130

Mussi, R. F. de F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional, 17*(48), 60-77. https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010

Oliveira, L. M. (2019). *Imigrantes, xenofobia e racismo: uma análise de conflitos em escolas municipais de São Paulo.* [Tese de doutorado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUCSP. https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22442

Pizzinato, A., Almeida-Segundo, D. S., & Rocha, K. B. (2021). Perceived Community Support Questionnaire: evidence of factorial validity and internal consistency for the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública, 37*(2), e00016120. https://doi.org/10.1590/0102-311X00016120

Pizzinato, A., Hamann, C., Tedesco, P. C., Jalmusny, Y. M. (2017). Aspectos étnico-raciais e de gênero na inserção universitária de jovens africanas no Brasil. *Revista Brasileira de Educação, 22*(70), 732-751. https://doi.org/10.1590/S1413-24782017227037

Prado, M. A. M., & Araújo, S. A. (2019). Políticas de atendimento a migrantes e refugiados no Brasil e aproximações da psicologia. *Psicologia Política, 19*(46), 570-583. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000300014

Silva, J. C. D. (2018). *Aproximar-se para dialogar: imigrantes venezuelanos e saúde mental.* [Dissertação de mestrado na Universidade Federal do Amazonas] Repositório da Universidade Federal do Amazonas. https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7370

UNHCR. The United Nations Refugee Agency (2021). Estratégia de interiorização. United Nations High Commissioner for Refugees. http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/

CAPÍTULO III: ARTIGO 2

THE IMPACT OF SOCIODEMOGRAPHIC, COMMUNITY SUPPORT, AND PREJUDICE ON QUALITY OF LIFE AMONG FIRST-GENERATION VENEZUELAN MIGRANTS IN SOUTHERN BRAZIL

O CAPÍTULO III: ARTIGO 2 foi omitido, por um prazo de 5 anos, a contar de 24/10/2025, uma vez que o material se encontra em avaliação por pares cegos em uma revista científica.

CAPÍTULO IV: ARTIGO 3

RISCOS E PROTEÇÕES À SAÚDE DE MIGRANTES VENEZUELANOS: PERCEPÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

O CAPÍTULO IV: ARTIGO 3 foi omitido, por um prazo de 5 anos, a contar de 24/10/2025, uma vez que o material se encontra em avaliação por pares cegos em uma revista científica.

CAPÍTULO V: ARTIGO 4

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE ASPECTOS DO PROCESSO MIGRATÓRIO VENEZUELANO AO BRASIL[2]

Pedro Henrique Conte Gil

Alice Einloft Brunnet

Adolfo Pizzinato

Resumo

O objetivo deste estudo é analisar as representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica do sul do Brasil sobre aspectos do processo migratório venezuelano ao país, bem como seus impactos nas relações e interações sociais entre profissionais e migrantes. Participaram deste estudo 22 profissionais de saúde da Atenção Básica, vinculados a duas UBS de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados através da Análise Temática Reflexiva. Os resultados foram organizados em quatro temas, envolvendo as representações sociais sobre: 1) a comunidade e o território das UBS; 2) a Venezuela e características do processo migratório venezuelano; 3) o sujeito migrante venezuelano; e 4) os impactos na discriminação de migrantes venezuelanos. Constatou-se representações sociais que associam a Venezuela e o processo migratório venezuelano a uma série de precariedades, bem como noções e práticas discriminatórias com a população migrante. Destaca-se a necessidade de políticas públicas que

[2] Artigo publicado no dossiê sobre migração e saúde da revista Acta Scientiarum em 2025, conforme referência: Gil, P. H. C., Brunnet, E. A., & Pizzinato, A. (2025). Representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre aspectos do processo migratório venezuelano ao Brasil. *Acta Scientiarum: Human and Social Sciences, 47*, e75559. https://doi.org.10.4025/actascihumansoc.v47i2.75559

produzam fissuras nessas representações sociais, objetivando promover saúde e mitigar práticas discriminatórias com a população.

Palavras-chave: Migração Humana; Venezuela; SUS; Atenção Básica; Estudo qualitativo.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS ABOUT ASPECTS OF THE VENEZUELAN MIGRATION PROCESS TO BRAZIL

Abstract

The objective of this study is to analyze the social representations of health professionals from Primary Health Care (PHC) in Southern Brazil about aspects of the Venezuelan migration process to the country, as well as its impacts on social relationships and interactions between professionals and migrants. The study involved 22 PHC professionals from two health units in a city in Southern Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Reflexive Thematic Analysis. The results were organized into four themes, focusing on the social representations regarding: 1) the community and the territory of the health units; 2) Venezuela and characteristics of the Venezuelan migration process; 3) the Venezuelan migrant subject; and 4) the impacts on the discrimination of Venezuelan migrants. Social representations were that associate Venezuela and the Venezuelan migration process with a series of hardships were found, as well as discriminatory notions and practices towards the migrant population. The need for public policies that create fissures in these social representations is highlighted, aiming to promote health and mitigate discriminatory practices towards the population.

Keywords: Human Migration; Venezuela; Unified Health System; Primary Health Care; Qualitative study.

Introdução

A Venezuela enfrenta uma crise humanitária e de violação de direitos humanos que implicou no maior êxodo da história contemporânea da América Latina, levando mais de 7 milhões de venezuelanos a deixarem o país (International Organization for Migration [IOM], 2024). No entanto, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), agência oficial da Organização das Nações Unidas (ONU), considerou que as condições da migração massificada da Venezuela não se enquadram na definição de refugiados do Estatuto dos Refugiados, uma vez que as maiores motivações para o deslocamento venezuelano se pautam na grave crise econômica e na instabilidade política, e não por perseguições fundamentadas em motivos como raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um grupo social específico ou opiniões políticas (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2024). Portanto, este artigo utilizará o termo 'migrante' para se referir a todas as condições do deslocamento venezuelano, associado ao fato que se trata de um termo abrangente por abarcar tanto a noção de refugiados, quanto pessoas em outras categorias migratórias.

O Brasil tornou-se um importante destino para o fluxo migratório venezuelano. Dados da Polícia Federal sinalizam que mais de 640 mil venezuelanos já entraram em território brasileiro desde 2018 (International Organization for Migration [IOM], 2024). Por se tratar de um país fronteiriço, facilitando o deslocamento geográfico da população, o governo brasileiro se viu na responsabilidade de desenvolver uma política pública para proteger suas fronteiras, a qual foi denominada 'Operação Acolhida'. Essa força-tarefa atua no ordenamento das fronteiras, no acolhimento nos abrigos e na interiorização de migrantes venezuelanos para diferentes cidades do país (Lei n.º 13.684, 2018). Embora organizada por um viés militarista, contrariando a lógica anti-criminalista da Lei da Migração (Lei nº 13.445, 2017), a Operação tem se mostrado uma política pública que facilita o acesso dos venezuelanos aos documentos

brasileiros, possibilitando o trabalho formal e o acesso aos serviços de saúde do país (Lei n.º 13.684, 2018).

Nas questões de saúde, sabe-se que o sistema de saúde venezuelano colapsou a nível irreversível organicamente, isto é, não possui insumos e recursos humanos para oferecer assistência básica à população do país (Doocy et al., 2022; Romero et al., 2024). Assim sendo, a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) se torna um outro fator intensificador da escolha do Brasil como país destino (Arruda-Barbosa et al., 2020). Por ser a porta de acesso ao SUS, os migrantes venezuelanos passam a acessar a Atenção Básica de maneira significativa. Importante salientar que o paradigma de cuidado do SUS e, por conseguinte, da Atenção Básica, está alinhado a atenção integral à saúde, que considera outras dimensões além das biológicas da saúde, como as questões psicossociais, culturais, ambientais e contextuais dos usuários (Brasil, 2006). Considerando isso, no atendimento às populações migrantes, os profissionais precisam orientar suas práticas em saúde em uma perspectiva equitativa, no sentido de adaptar suas práticas para que sejam culturalmente sensíveis à população atendida, abarcando seus marcadores históricos, sociopolíticos e identitários, ao passo que enfrenta a discriminação pelos mesmos marcadores (Amarante & Costa, 2012).

Em termos empíricos, a literatura sobre a relação entre SUS, Atenção Básica e o processo migratório venezuelano ainda é limitada. As evidências disponíveis apontam para inconsistências na proposta de atenção integral à saúde, através de concepções e práticas discriminatórias de profissionais de saúde para com migrantes venezuelanos. Nesse aspecto, estudos quantitativos identificaram uma associação entre preconceito percebido e menor atendimento para doenças crônicas (Delgado-Flores et al., 2021) e menores índices de qualidade de vida (Farias et al., 2024). No entanto, a maior parte das evidências disponíveis é predominantemente de estudos qualitativos, que salientam desafios dos profissionais de saúde nos atendimentos com a população migrante venezuelana. Dentre suas particularidades,

destacam-se as disparidades linguísticas, práticas discriminatórias explícitas e implícitas e os entraves na efetivação dos princípios de universalidade e equidade do SUS, sobretudo por um desconhecimento ou tensionamento a respeito do direito de acesso à saúde da população no Brasil (Arruda-Barbosa et al., 2020; Neto et al., 2023; Vargas et al., 2023; Barbosa et al., 2024). Nesse sentido, sabe-se que as construções que os profissionais de saúde (re)produzem a respeito do processo migratório venezuelano possuem diversos desdobramentos na saúde dessa população (Delgado-Flores et al., 2021; Barbosa et al., 2024), seja em termos de práticas discriminatórias ou em assimetrias na relação profissional-usuário, os quais impactam a adesão aos tratamentos e o cuidado integral (Caprara & Rodrigues, 2004).

No campo teórico, a Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2012) é uma perspectiva oportuna para investigação das construções sociais e seus respectivos impactos na relação entre profissional de saúde e usuário migrante venezuelano. De acordo com Moscovici (2012), as representações sociais são sistemas de crenças, valores, ideias e práticas coletivas que são partilhadas entre sujeitos e coletividades, as quais são utilizadas para entender, interpretar e se orientara no campo social. Consistem, também, de formas de leitura e produção de sentidos, sendo criadas e transmitidas por meio das relações e interações sociais, o que as tornam essenciais para a comunicação e convivência coletiva. Também não são compreendidas meramente como um produto estático, de ordem social ou psicológica, mas são dinâmicas e entrelaçadas, contornando as experiências e os modos de existência das coletividades. Importante salientar que as representações sociais impactam e são impactadas pelos processos de identidades sociais, uma vez que engendram as leituras que os sujeitos fazem de si e dos outros e, assim, constituindo também um espaço de disputa por diferentes compreensões de mundo e existência (Moscovici, 2012).

Diante dessa conjuntura, entender melhor como se comportam as representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o processo migratório venezuelano se torna

importante para consolidar as diretrizes de atenção integração em saúde da população, ao passo que pode oferecer subsídios para fundamentar o desenvolvimento de políticas públicas consistentes para a população (Forlin & Carvalho, 2022). Além disso, esse estudo se propõe a investigar esse fenômeno no sul do Brasil, especificamente no interior do Rio Grande do Sul (RS), um território conhecido por suas características homogêneas e resistente a processos migratórios de não-europeus (Gil et al., 2024; 2025; Manfio & Pierozan, 2019; Weber et al., 2024). Portanto, o objetivo deste estudo é analisar as representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica do sul do Brasil sobre aspectos do processo migratório venezuelano ao país, bem como seus impactos nas relações e interações sociais entre profissionais e migrantes.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 22 profissionais de saúde da Atenção Básica, vinculados a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). A maioria dos profissionais se identificava como mulher cisgênero (n=20), de raça-etnia branca (n=18), com ensino superior completo (n=18) e com tempo de atuação na respectiva UBS entre um e 168 meses (média de 41 meses). As formações variaram entre agentes comunitários de Saúde (n=7), médicos (n=5), técnicos de enfermagem (n=3), enfermeiros (n=2), dentistas (n=2), assistentes sociais (n=2) e auxiliar de saúde bucal (n=1).

Os participantes compõem o banco de dados do projeto “Indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos: um estudo longitudinal”, vinculado ao Núcleo de Estudos e Intervenção Psicossocial à Diversidade (NEPsiD) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse projeto guarda-chuva objetivou investigar longitudinalmente as relações entre

indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde dos territórios com a presença da população venezuelana.

Para o presente artigo, foram incluídos os 22 profissionais de saúde entrevistados de duas UBS de um município do interior do RS. As respectivas UBSs foram acessadas através das indicações dos próprios venezuelanos participantes do projeto, os quais indicaram que dispositivos de saúde da Atenção Básica que estavam vinculados nos territórios. Assim sendo, as UBSs acessadas no estudo foram as mais quantitativamente referidas pelos migrantes venezuelanos na fase inicial do estudo, além de serem as maiores da cidade em relação ao número de usuários adscritos e de cobertura de território.

Enquanto critérios de inclusão dos participantes, foram considerados apenas profissionais que atuassem nas UBSs selecionadas há pelo menos um mês, além de terem experiências com relação aos atendimentos em saúde de migrantes venezuelanos. Intencionalmente, não houve critérios de exclusão para possibilitar uma abrangência de todos os perfis, categorias e formações profissionais de saúde das UBSs, objetivando acessar diferentes representações sociais do processo migratório da população migrante venezuelana.

Para delimitação da quantidade de participantes, utilizou-se dos pressupostos da saturação teórica de dados (Fontanella et al., 2011) em cada UBS investigada. Essa perspectiva considera que a inclusão de novos participantes causaria uma redundância das informações e, assim, não contribuiria para as discussões ou reflexões propostas. Portanto, a amostragem do estudo é considerada por conveniência (Gil, 2022), considerando que a inclusão de novas UBS e/ou outros profissionais de saúde foi interrompida quando se percebeu repetição dos conteúdos nas formações discursivas dos participantes já entrevistados.

Instrumentos

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

Roteiro de entrevista. Elaborado e conduzido a partir dos pressupostos teórico-metodológicos da entrevista semiestruturada (Gil, 2022). Embora esse modelo de entrevista conte com questões preestabelecidas, também é flexível para que o entrevistado possa relatar livremente sobre o fenômeno apresentado. Os eixos principais da entrevista foram: 1) formação e experiência profissional, que acessava sobre as trajetórias na saúde pública e capacitações para atender a diversidade étnica-cultural; 2) saúde e apoio social, que investigou a percepção sobre a saúde e a integração comunitária dos migrantes venezuelanos; e 3) assistência à saúde dos migrantes venezuelanos na Atenção Básica, que abarcou aspectos das experiências dos profissionais nos atendimentos em saúde da população.

Procedimentos de coleta de dados

O projeto guarda-chuva foi submetido ao órgão regulador do município do estudo, para condução de pesquisas nos serviços de saúde municipal. Após deferimento, as duas UBS foram contatadas para participação do estudo. Com a apresentação da investigação na reunião de equipe, os profissionais de saúde interessados em participar do estudo preencheram uma ficha de contato. Em seguida, contatou-se os participantes em potencial, sendo agendadas e conduzidas as entrevistas individualmente, no local e horário de trabalho. A duração média das entrevistas foi de 40 minutos, sendo estas gravadas e transcritas para análise. Os dados foram coletados nos meses de novembro e dezembro de 2022.

O projeto de pesquisa guarda-chuva foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE nº 459079522.3.0000.5534) e pela Secretaria Municipal de

Saúde do município da pesquisa (protocolo nº 599/2022). Atendeu-se todos os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir a confidencialidade dos participantes, os seus nomes foram substituídos pela letra 'E', seguidos de uma numeração.

Análise de dados

A Análise Temática Reflexiva (ATR) (Braun & Clarke, 2022) foi utilizada para análise dos dados, em uma perspectiva indutiva. A ATR consiste em um método de identificação, análise e relato de padrões (temas), através de um envolvimento reflexivo e recursivo com o banco de dados. Além disso, preconiza pela produção de uma análise descritiva e também interpretativa dos dados, através de seis estágios: (1) familiarização com o banco de dados: leitura e releitura das entrevistas, com o intuito de imergir e se tornar intimamente familiarizado com o conteúdo; (2) codificação: geração de rótulos sucintos (códigos) que capturem e evoquem características importantes dos dados e que sejam relevantes para responder ao objetivo de pesquisa; (3) geração de temas iniciais: análise dos códigos e dados coletados para o desenvolvimento de padrões de sentidos mais abrangentes (temas potenciais); (4) desenvolvimento e revisão de temas: conferência dos temas em potencial com os dados codificados e banco de dados como o todo, a fim de identificar se todos contam uma história coerente ao objetivo da pesquisa; (5) refinamento, definição e nomeação dos temas: desenvolvimento de uma análise detalhada de cada tema, descrevendo o escopo e foco de cada história contada nos temas; e (6) escrita do manuscrito: compilação da narrativa analítica da extração dos dados, contextualizando a análise em consonância com a literatura existente.

Especificamente com relação às entrevistas com os profissionais de saúde deste estudo, destaca-se que as análises e os respectivos temas gerados não se ocuparam de meramente

descrever uma universalização das representações sociais dos participantes, mas, de outra forma, nos ocupamos de descrever e interpretar as incongruências, contradições e ambivalências que compuseram os discursos sobre a própria comunidade e território local, a Venezuela, o processo migratório e o sujeito migrante venezuelano, bem como seus respectivos impactos na discriminação dos respectivos migrantes.

Resultados

Os resultados das entrevistas foram organizados em quatro temas, os quais tecem análises sobre as representações sociais subjacentes nos discursos dos profissionais de saúde, envolvendo: 1) a comunidade e o território das UBS; 2) a Venezuela e características do processo migratório venezuelano; 3) o sujeito migrante venezuelano; e 4) os impactos dessas respectivas representações sociais na discriminação dos migrantes venezuelanos.

Representação dos profissionais sobre a comunidade e território das UBS

Inicialmente, destacamos algumas ideias dos profissionais de saúde acerca da comunidade e de seu território, sobretudo as quais envolvem marcadores sociais da diferença. Em linhas gerais, os profissionais descrevem a população local como preconceituosa com relação aos modos de existência dissonantes ao hegemônico, os quais, por sua vez, são centrados na cultura de colonização e de descendência italiana: "Q*ualquer pessoa que venha de fora sofre discriminação. A cidade tem povo muito bairrista, xenófobo, homofóbico..." (E9).* Especificamente sobre os processos migratórios para a cidade, uma profissional destaca a dimensão étnico-cultural-racial como intensificadora da discriminação, especialmente envolvendo características fenotípicas da população negra: *"Eu acredito que muito mais discriminação com haitianos e senegaleses pela cor" (E14).* No entanto, há outros recortes que

destacam que o preconceito se dá pela condição de imigrante, independentemente de qualquer outro marcador social: *"A questão de serem preconceituosas por serem imigrantes, não por serem venezuelanos, mas sim por serem imigrantes" (E18).*

Uma profissional sintetiza uma representação social que parece permear o território e, consequentemente, estar imbricada nos próprios profissionais de saúde. Trata-se de uma noção que associa linearmente o sujeito migrante enquanto uma espécie de "invasor" e, portanto, um "inimigo" que está prestes a se apropriar de algo que pertence a comunidade local, mesmo que esta não tenha genuíno interesse nesses dispositivos, como, no exemplo dado pela participante, oportunidades de trabalho que possuem conotações de insalubridade e periculosidade: "*Sempre parece um inimigo que veio tirar algo que tu nem quer, mas está ali, é meu, está na minha cidade, eu não quero que ninguém mexa" (E18).* Trata-se de uma leitura que parece se ancorar em uma representação social incoerente com a realidade, em que os migrantes supostamente não pagariam impostos para poder usufruir dos serviços do território: *"Tem o pessoal contra a migração, que dizem que eles não têm direito ao SUS porque nunca pagaram o imposto" (E9).*

Algumas dessas compreensões preconceituosas incidem também sob os próprios profissionais de saúde, já que dois médicos das UBS investigadas, por advirem do Nordeste do Brasil, referiram sofrer discriminação no território, inclusive por seus próprios colegas de trabalho: "*Ainda mais a gente (E19 e E20) que vem de regiões diferentes, a aceitação da gente como profissionais é diferente. Então imagina para a população que vem de um país diferente" (E20).* Por outro lado, em menor frequência, alguns profissionais descrevem a população local como "acolhedora". Vale ressaltar que os exemplos de tal perspectiva recaem exclusivamente por vias de donativos de utilitários, e não necessariamente no campo das relações e interações sociais: "*O pessoal é muito acolhedor, pelo menos na região onde eu estou trabalhando. Chega um e doa um sofá, outro doa uma cama, outro doa um colchão, outro doa uma pia" (E4).* Acredita-se que tais recortes auxiliem na formação de pano de fundo para as análises sobre

como a comunidade e os discursos oriundos construam as representações sociais sobre processos migratórios para a região, especialmente o venezuelano, que é o foco deste material.

Representações sociais sobre a Venezuela e processo migratório venezuelano

Os profissionais de saúde referiram que a sua principal fonte de informação sobre as condições da Venezuela advinha da mídia hegemônica: "*Mais através mídia que a gente ficava sabendo sobre lá" (E9).* Nesse interim, é interessante salientar que a maioria dos participantes pareceu não refletir criticamente sobre a veracidade ou intencionalidade das informações difundidas sobre as condições sociopolíticas da Venezuela, mas que, ainda assim, responsabilizavam a política do país pela migração involuntária da população, especialmente em virtude do estabelecimento do suposto "regime comunista" do país: *"Era o que eu pensava antes, que a política deles é o problema. Lá acabou sendo um regime comunista, né? E justamente esse é o problema de lá" (E21).*

Por outro lado, alguns profissionais confessam se sentirem alienados com relação às dimensões históricas e políticas da Venezuela e América Latina como um todo, denotando uma certa incongruência nas acentuadas presunções e afirmações sobre o processo migratório venezuelano: *"Eu sempre fui meio alienada de política. Eu nunca estava a par disso, aí depois que eu comecei a atender os venezuelanos que eu fui ver qual era a situação na Venezuela, porque estavam saindo de lá" (E10).* Nesse tópico, desvela-se um temor coletivo dos profissionais sobre o futuro do Brasil, que também está presente nos discursos e sustenta essas representações sociais: "*O que aconteceu com a Venezuela foi num período bem curto de tempo. Decadência social. Eu fico muito com muito medo que isso aconteça com a gente" (E19).*

As construções midiáticas, endossadas pelas experiências de atendimentos nas UBS de migrantes venezuelanos em situação de vulnerabilidade, fundamentam representações sociais

sobre a Venezuela que envolvem exclusivamente noções de escassez e precariedade do país e da população: "*Eu só pensava pelas questões da miséria, da pobreza extrema, de toda crise lá" (E16).* Por conseguinte, essas representações sociais se ramificam e se apresentam em diferentes materialidades, seja por vias de racionamento de comida: *"Eles passavam fome, de restrição de alimentos. Que era tudo muito destinado tantos quilos de frango, ou aquelas coisas que a gente vê na mídia" (E18)*; ou do desmantelamento do sistema e serviços de saúde ofertados para a população: *"Estão vivendo essa questão da precariedade dos serviços de saúde. Eles não têm tratamento" (E2)*. Parece surgir um descontentamento dos profissionais por precisarem se haver com as iniquidades em saúde dos migrantes venezuelanos, uma vez que deixam implícito que os tratamentos não deveriam ser da responsabilidade do Brasil e dos serviços de saúde locais: *"É como se viesse uma bagunça na saúde que a gente tem que organizar" (E15).*

Em relação ao processo migratório venezuelano ao Brasil, salienta-se que alguns profissionais evitavam falar sobre questões que julgavam sensíveis durante os atendimentos de saúde, especialmente as que envolvem condições que nomeavam enquanto "(i)legalidade" migratória: *"Quanto a relação de imigração assim, questões legais ou não, a gente não chega a comentar, né?" (E1).* Tal presunção pode estar associada a uma representação social que a entrada da população venezuelana no Brasil se dá por vias da clandestinidade, em uma conotação de criminalização, mesmo que essa constatação esteja distante do lastro da realidade factual da população e das condicionalidades migratórias do país.

Representações sociais sobre o sujeito migrante venezuelano

Os profissionais de saúde descrevem características específicas do perfil biosocioeconômico do migrante venezuelano. De início, destacam a etnia-raça da população, a qual seria majoritariamente branca e parda. Já em relação a idade, há uma diversidade que

contempla todas as etapas do desenvolvimento humano, no entanto, com uma predominância de jovens-adultos. Em termos dos marcadores de gênero, não houve observações específicas dos participantes. Por outro lado, chama a atenção dos profissionais de saúde a escolaridade dos migrantes venezuelanos. Antes do contato com a população, presumiam poucos anos de estudos, como os equivalentes ao ensino fundamental e médio incompletos. Contudo, a partir da experiência do trabalho, constataram que também há uma amplitude de formações acadêmicas: *"Muitos dos primeiros que vieram têm curso superior. Eram engenheiros, economistas, advogados… Essa segunda leva que veio, a escolaridade já é mais inferior" (E9).*

Na dimensão econômica, percebeu-se uma convergência nos relatos dos profissionais ao referirem que a maioria dos venezuelanos se encontrariam em situação de extrema vulnerabilidade social: *"Eu acho que 95% é abaixo da linha da pobreza. Eles vêm para cá praticamente com a roupa do corpo" (E4).* Isso englobaria condições precárias e superlotação nas moradias: *"A maioria é porão" (E15)*; *"São dois quartos, sala, cozinha, banheiro, mas tem uns dez morando lá. Assim, é uma montoeira de gente" (E4).* Portanto, os profissionais conjecturam que a sobrevivência dos migrantes venezuelanos, especialmente dos que recentemente chegaram ao território, se daria através de donativos da comunidade e de instituições filantrópicas. Ao mesmo tempo reconhecem que com a consolidação do processo migratório, quando associada a inserção dos migrantes no mercado de trabalho, suas condições econômicas melhorariam: *"Quando você vai cadastrar uma família que recém chegou na cidade é bem triste. Eles estão com o mínimo do mínimo" (E12).*

Em termos do comportamento dos migrantes venezuelanos nos atendimentos, parece não haver uma única representação social predominante nos discursos, uma vez que comumente são descritos de forma ambivalente e polarizada. De um lado, são considerados exigentes e insensíveis às dificuldades do SUS e da Atenção Básica em absorver as altas demandas em saúde: *"São mais exigentes... Eles dizem: 'Eu quero porque eu sei que eu tenho*

direito'. Por causa disso, às vezes o sangue esquenta. Vou te dizer que, eu acho que haitiano não reclamaria assim. Eles são muito humildes" (E11). Nesse polo de conotação negativa, também são descritos como agressivos, sendo resistentes ao "não" para suas demandas: *"Eles são mais agressivos nos atendimentos" (E7); "Comparado aos as outras pessoas em geral assim eles ficam um pouco mais resistentes ao 'não'" (E17).* Importante destacar que comportamentos semelhantes também são descritos pelos profissionais em atendimentos com a população nativa-brasileira. No entanto, essa agressividade e resistência ao não dos brasileiros parece ser mais tolerada pelos profissionais, mesmo que seja apresentada em maior intensidade: "*A população como um todo, os brasileiros mais [agressivos]. A gente vê essa revolta crescente, a imposição" (E14).* Contrariando tais perspectivas, em menor proporção, alguns profissionais não percebem tal agressividade dos migrantes, inferindo que se trata de uma população educada e agradecida pelos atendimentos: *"Todos eles sempre são bem educados, sabe?" (E15)*.

Em termos de cuidado em saúde, há uma ideia de que os migrantes venezuelanos procuram aos serviços com uma "queixa assistencialista", pejorativamente nomeada pelos profissionais como um vitimismo: "*Eles vêm muito com a queixa assistencialista. Um pouco vitimizados, como quem saiu do país" (E7).* Interessante denotar que a leitura que os profissionais fazem dos comportamentos dos migrantes é a exigência de um preferencialismo nos atendimentos, e não uma noção que se associaria ao princípio de equidade do SUS, de prestar atenção específica para necessidades desiguais: "*Às vezes eles se colocam numa condição de exclusão, eles se colocam numa condição assistencialista e imediatista" (E7).*

Impactos das representações sociais na discriminação de migrantes venezuelanos

As representações sociais previamente apresentadas sobre o processo migratório e o sujeito migrante venezuelano se sustentam mutuamente e se ramificam em outras

representações, que impactam as relações e interações sociais com os migrantes. Se, por um lado, os profissionais referem que a comunidade como um todo é sensibilizada pelas condições de crise humanitárias do país e sua consequente migração ao Brasil: "*Eu vejo que muitas pessoas lá tem dó deles. Tem pena deles" (E4); "Tudo que está acontecendo lá, chega a me dar assim vontade de ajudar" (E20)",* por outro, em sua maioria, há uma série de recortes que denunciam o viés preconceituoso, discriminatório e xenofóbico da comunidade com a população migrante venezuelana.

Observou-se que os profissionais de saúde não possuem uma única compreensão com relação a possibilidade de os migrantes venezuelanos sofrerem discriminação na comunidade e nos dispositivos de saúde. Participantes relataram nunca terem percebido práticas discriminatórias em qualquer contexto, destacando inclusive que o brasileiro seria um povo acolhedor: *"Na equipe que eu trabalho hoje não existe esse preconceito de raça, de ser de fora, sabe?" (E8).* Outros profissionais já enfatizam que os venezuelanos sofrem diferentes formas de preconceito na comunidade e, por conseguinte, nos dispositivos de saúde: *"Eu acho que sempre existe [preconceito] por parte da população em si, por parte do brasileiro" (E5).*

Nessa ideia de que os migrantes venezuelanos, de fato, sofrem práticas discriminatórias, percebeu-se desdobramentos desses fenômenos em dimensões explícitas e implícitas. Na dimensão explícita, as representações sociais eram ligadas às construções difundidas no senso comum, de que os migrantes venezuelanos viriam ao país para *"tirar o lugar dos brasileiros" (E12)* ou *"invadindo" (E22)* diferentes espaços, sejam estes laborais, assistenciais, educacionais ou de saúde. Além disso, com o aumento significativo de venezuelanos, representações sociais sobre os migrantes "trazerem doenças" ou "aumento da criminalidade" são endossadas pela comunidade: *"Já ouvi comentários nesses aplicativos de transporte e rádios falando que essa população vai trazer doença, vão virar marginais, vão pedir comida na frente dos sinais" (E12).*

Especificamente com relação ao SUS, há relatos que violam o princípio universalidade do SUS, ao acusar pejorativamente os venezuelanos de utilizarem os serviços de saúde ilegitimamente: "*É um pouco daquilo que a gente disse assim de tipo: 'ah, vocês não são daqui tão usando o nosso sistema' (E19).* Nesse aspecto, já relatos sobre profissionais terceiros que não gostam de atender migrantes venezuelanos: "*A partir do momento que tu escuta às vezes: 'Ah não gosto de atender essas pessoas', sabe? Então quando a pessoa já fala desse jeito..." (E11)*. Inclusive, uma ACS relatou que evitava visitar famílias venezuelanas para cadastrá-las na UBS, mesmo que tal prática fosse "justificada" por ela através da dificuldade na comunicação: *"Eu não fui até agora lá cadastrar porque eu não tive coragem de cadastrar eles. Porque eu não entendi nada (E6)".* Diversos relatos dos profissionais destacaram a situação de uma profissional médica-ginecologista de uma UBS que era explicitamente preconceituosa e xenofóbica com gestantes venezuelanas nos atendimentos. Tais comportamentos levaram ao abandono do acompanhamento puerperal por parte da migrante venezuelana: *"Uma gestante [venezuelana] foi atendida pela nossa ginecologista, que falou: 'Vem pra cá pra ter filho. Por que que não tem filho lá? Veio usar o SUS do nosso país" (E18); "Ela procurou uma consulta particular pra não ter contato com essa médica de novo" (E14).*

Em termos da dimensão implícita da discriminação, os participantes descrevem representações sociais em que é possível fazer uma leitura de preconceito e xenofobia implícitas e veladas, tanto por parte dos próprios profissionais de saúde quanto da comunidade: "*Às vezes é muito velado. As pessoas se cuidam. Então, é aquela coisa nas entrelinhas" (E16).* De início, interessante destacar que o sentimento predominante na comunidade é de uma "desconfiança" com relação a população venezuelana, mas que pode ser lida como uma tentativa de suavizar um preconceito subjacente: "*Eu acho que é mais, assim, a desconfiança" (E4).* Trata-se de algo que aparece nos profissionais de saúde também, mas por vias de um certo "estranhamento": "*Como eu já vi, colegas estranham os venezuelanos" (E11)* ou através

de um "olhar diferente": "*Mesmo dando toda a atenção que eu dou, às vezes dependendo, mesmo sem querer dá uma olhada diferente pra eles. Não aqui, eu digo até na rua, sabe?" (E21).*

Alguns profissionais referem que é mais desafiador atender migrantes venezuelanos em comparação com os brasileiros e outras raças-etnias, mesmo que os seus comportamentos, quando comparados linearmente, sejam muito semelhantes. No entanto, a questão parece ganhar outras conotações de preconceito implícito quando os profissionais descrevem situações em que, na medida em que o venezuelano possui um jeito mais parecido com o "jeito brasileiro", se tornaria mais fácil atendê-lo: *"Alguns venezuelanos, eu acho eles muito brasileiros" (E3)* e "*Eles são iguais como se fossem brasileiros" (E6).* Uma profissional, ao tentar exemplificar o cuidado desprendido aos venezuelanos, refere que o tratamento aos migrantes é melhor do que aos "próprios usuários" do SUS: "*Às vezes, a gente trata muito melhor eles, do que os nossos próprios usuários" (E3).* Embora a declaração tenha uma intencionalidade positiva, também apresenta uma dicotomização "nós" *versus* "eles", dando a entender que os venezuelanos não seriam usuários dos serviços de saúde do SUS, algo que é inconstitucional e institucionalmente incompatível. Por fim, reflexivamente, uma profissional refere que o preconceito e discriminação estariam no "DNA" da comunidade e, por conseguinte, impactando também aos profissionais de saúde: "*Acho que tá no DNA, né? Tu vai pro centro, fica meio espiado com venezuelanos. Não sei se dá pra dizer que isso é uma discriminação, mas tu te cuida mais" (E11).*

Discussão

O objetivo do estudo foi de analisar as representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre aspectos do processo migratório venezuelano ao Brasil, bem como

seus impactos nas relações e interações sociais entre profissionais e migrantes. Inicialmente, o território das UBS da pesquisa, uma cidade do interior do RS colonizada pela migração italiana, é reconhecida pelos participantes enquanto um local preconceituoso, especialmente com migrantes e outras populações com marcadores sociais vulneráveis. Esse mesmo território interiorano se mantém cultivando representações sociais de seus colonizadores europeus, os quais envolvem noções específicas sobre trabalho, religião, família e papéis de gênero (Manfio & Pierozan, 2019). Portanto, pode-se pensar que, pela identificação da comunidade com modos e práticas de existência de sua tradição, são formatadas resistências e representações sociais discriminatórias em relação aos marcadores da diferença e, consequentemente, à diversidade de sujeitos e culturas dissonantes ao preconizado pelo modelo hegemônico, como é o caso dos migrantes venezuelanos (Gil et al., 2024, 2025).

A respeito das representações sociais sobre a Venezuela, nos pareceu que, embora os profissionais descrevessem uma certa consciência de sua alienação em relação às questões históricas, políticas e socioeconômicas do país, as noções predominantes são as difundida pela mídia massificada, que envolvem a escassez de recursos, a crise socioeconômica e a acolhida humanitária (Souza & Correia, 2023). No entanto, essa representação social também responsabiliza o suposto ‘regime comunista’ venezuelano pela crise humanitária no país, desconsiderando um conjunto de fatores geopolíticos que impactaram sobremaneira a sua economia, como a queda do valor e baixa exportação do petróleo, devido às sanções e embargos articulados pelos EUA e por países do oriente (Schurster & Araujo, 2015).

Por outra perspectiva, sabe-se que as questões midiáticas, sobretudo a influência das redes sociais e do fenômeno das fake news, têm lapidado e/ou sustentado representações sociais de grupos populacionais (Höijer, 2011). Tratando-se do processo migratório venezuelano, um estudo analisou as produções discursivas compartilhadas em grupos de WhatsApp da extrema-direita do Brasil no período prévio às eleições de 2018 (Chagas et al., 2019). Os resultados

mostram que a representação social ‘o Brasil vai virar uma Venezuela’, no sentido de enfrentar uma crise humanitária de tal magnitude, caso o partido de esquerda vencesse as eleições, foi utilizado como manobra política para produção de pânico e comoções sociais. Observou-se que essa representação social também está presente nos discursos dos profissionais, ao referirem, de diferentes formas, temer que o Brasil pudesse tornar-se ‘comunista’, o que denota a potência das influências ideológica e representacionais que esses mecanismos midiáticos podem produzir nas coletividades (Chagas et al., 2019).

Os profissionais descrevem diversas concepções que estão intimamente associadas a uma série de precariedades da Venezuela, que envolvem desde os serviços de saúde até a escassa disponibilidade de alimentos. Mesmo com as restrições de produção e divulgação de dados epidemiológicos do país (Méndez, 2019), investigações independentes indicam que o sistema de saúde da Venezuela colapsou ao ponto de ser organicamente irreversível, o que impacta direta e negativamente sobre todos os índices de saúde da população (Doocy et al., 2022). Outro estudo de base populacional buscou analisar os fatores demográficos e socioeconômicos associados à autoavaliação da saúde não positiva entre venezuelanos adultos e, ao mesmo tempo que identificou que mais 90% dos venezuelanos se encontram em algum nível de pobreza monetária ou de insegurança alimentar, paradoxalmente, apenas 17,8% dos participantes autoavaliaram sua condição de saúde como regular/ruim (Romero et al., 2024). Tais achados, além de colocarem em questão os paradigmas teóricos da autoavaliação de saúde, também sinalizam que a dimensão cultural e suas consequentes representações sociais sobre saúde podem possuir um impacto subestimado na produção de conhecimento científico.

Observou-se também que os profissionais se demonstravam irritadiços e resistentes com a obrigatoriedade do SUS em absorver as demandas de saúde dos migrantes venezuelanos, uma vez que implicitamente relataram que esta seria responsabilidade do seu país de origem. Nesse sentido, um estudo que investigou qualitativamente os atendimentos de bengaleses na

Atenção Básica identificou também encontrou resultados semelhantes (Delamuta et al., 2020). Para além de outras práticas discriminatórias, os profissionais de saúde relataram que desconheciam a obrigatoriedade do SUS em ofertar atendimentos em saúde para migrantes. De maneira semelhante, esse fenômeno também foi constatado em outro estudo com os migrantes venezuelanos, no qual os técnicos de enfermagem entrevistados referiram que não seria uma problemática a atenção à saúde dos venezuelanos, desde que os brasileiros tivessem prioridade nos atendimentos em detrimento de migrantes (Barbosa et al., 2024). Importante salientar que tais presunções promovem uma grave violação de direitos, uma vez que desrespeita o princípio doutrinário de universidade do SUS, que preconiza pelo acesso de qualquer pessoa em território nacional aos serviços de saúde, independentemente se migrante ou não (Lei nº 8.080, 1990). As implicações dessas representações sociais de que migrantes venezuelanos devem ter acesso limitado ao SUS podem ter desdobramentos críticos, sendo através da construção de barreiras de acesso aos serviços de saúde ou na deslegitimação da gravidade de práticas discriminatórias com as populações migrantes nesses espaços (Barbosa et al., 2024; Delamuta et al., 2020)

Outra representação que pode ser uma ramificação da não obrigatoriedade do SUS em atender os migrantes, é a noção que lineariza os migrantes venezuelanos à uma clandestinidade, como se estivessem ‘ilegalmente’ no território brasileiro, portanto, ‘sem direitos’ legais. No entanto, a partir da Operação Acolhida, significativa parte dos migrantes venezuelanos que adentram no Brasil já possuem acesso aos documentos migratórios, bem como o cadastro com cartão SUS (Lei n.º 13.684, 2018). Além disso, cabe refletir que, ao mesmo tempo em que a Operação Acolhida prestou um serviço importante no atravessamento de fronteiras, sabe-se que a logística dessa política pública é organizada pelas forças armadas, sobretudo o exército. Nesse aspecto, constitui-se uma contradição dessa lógica com as diretrizes da Lei de Migração do Brasil, a qual, dentre muitas características, buscou retirar a leitura criminalista do migrante que adentra no país (Lei nº 13.445, 2017). Portanto, cabe a discussão de em que medida uma

organização militarizada contribui ou, até mesmo, apenas materializa uma representação social de periculosidade do migrante, no caso, dos venezuelanos.

Percebeu-se, também, que as experiências de trabalho dos profissionais de saúde com migrantes venezuelanos lapidam suas representas sociais. Isso parece constituir um mecanismo generalizador, que serve de ancoragem para a construção da leitura do 'sujeito migrante venezuelano' (Gil et al., 2025). Em outras palavras, todos os venezuelanos passam a ter as características que estão associadas à essa construção coletiva e também particular, sem ponderação da diversidade de possibilidades de existir e se colocar no mundo que os venezuelanos podem apresentar. Nesse sentido, identificamos que, em sua maioria, as representações sociais em torno do sujeito migrante venezuelano perpassam noções negativas, como de serem exigentes, agressivos e assistencialistas. Interessante perceber que a busca dos venezuelanos por seus direitos à saúde é paradoxalmente compreendida como algo da ordem da agressividade pelos profissionais de saúde, e não como um exercício de cidadania. Em uma comparação paralela, os profissionais descrevem que os brasileiros geralmente apresentam comportamento semelhantes, embora não lhes seja imputado tais conotações pejorativas. Portanto, cabe refletir em que medida essas noções se aproximam de uma lógica de não-direitos dos venezuelanos, como se estivessem recebendo benefícios indevidos e, portanto, não poderiam exigir nada além dos supostos donativos. Corroborando com essas observações, em outra oportunidade, conduzimos grupos focais com gestoras dos serviços do SUS do mesmo território, e identificamos que essa noção de exigência de direitos também é compreendida pela gestão enquanto um preferencialismo para com a população migrante venezuelana (Gil et al., 2025). Ainda, discute-se em que medida essa representação social fere o princípio de equidade do SUS, ao sobrepujar a oferta de saúde para situações desiguais e críticas e comprometendo a integralidade do cuidado nos dispositivos de saúde pública (Barros & Souza, 2016).

Conforme anteriormente apresentado, os profissionais de saúde se colocam de maneira ambivalente em relação ao migrante venezuelano. Ao mesmo tempo em que parecem entender a importância do seu acolhimento e se sensibilizarem por suas dificuldades, especialmente as iniquidades em saúde geradas pela precarização dos serviços de saúde do país de origem, também se mostram resistentes em atender a população. Nessa dicotomia entre acolher e resistir, conjecturamos que a sensibilização do território e as supostas benevolências com os venezuelanos podem estar enlaçadas e justificadas pelas dimensões políticas da Venezuela, como se o povo brasileiro precisasse 'salvar' as vítimas do comunismo (Gil et al., 2024). Essa noção se sustenta na não constatação de políticas e comportamentos hospitaleiros semelhantes com outros sujeitos em processo migratório para a região que não sejam do Norte-Global, como no caso dos haitianos, os quais têm sua experiência de deslocamento e estabelecimento para o território atravessada pelo racismo estrutural e episódios de discriminação e xenofobia, sem políticas assistenciais específicas (Gil & Pizzinato, 2023; Weber et al., 2024). Trata-se, portanto, de uma distinção na forma de como o povo brasileiro concebe representações sociais e acolhe o migrante venezuelano, em detrimento de outros migrantes e seus respectivos fluxos migratórios. Já no outro polo dessas observações ambivalentes, em que os profissionais resistem ao acolhimento da população venezuelana, pode-se pensar nessa representação social a partir do 'mito da cordialidade do brasileiro' (Holanda, 2020). Fundamentalmente, o mito se refere a uma característica atribuída ao povo brasileiro de ser hospitaleiro com migrantes, mas que, na verdade, essa cordialidade seria ficcional, apenas aparente para mascarar violências e desigualdades sociais. No caso dos migrantes venezuelanos, esse mito de cordialidade foi reiteradamente contrariado pelos diversos episódios de xenofobia e violência que alvejaram a população em Roraima, estado fronteiriço com a Venezuela (Mina & Lima, 2018).

Ainda enlaçada nessa resistência dos profissionais, identificamos que há uma representação social de que supostamente os venezuelanos ocupariam vagas em serviços de

saúde dos brasileiros, algo que, na verdade, não possui lastro no real e é inconsistente com a literatura disponível. Um estudo que analisou o incremento dos custos hospitalares por internação de migrantes venezuelanos na cidade de Boa Vista (2008-2018) identificou que as despesas geradas por essa população consistiam em apenas 3,6% do total investido, não representando aumentos significativos nos custos gerais (Barreto et al., 2022). Embora os gastos com os migrantes venezuelanos tenham sido inesperados, os recursos arrecados pelo governo também tiveram um crescimento exponencial, tanto de arrecadações tributárias quanto de investimentos diretos do governo no SUS, provavelmente em virtude do aumento da receita pelos impostos pagos pelos próprios migrantes (Barreto et al., 2022). Tais observações reforçam que a representação social de uma ocupação das vagas de saúde por venezuelanos está mais calcada em um viés discriminatório do que associada aos dados da realidade.

Identificou-se que as representações sociais em torno do processo migratório venezuelano impactam as relações e interações sociais da população nos dispositivos de saúde pública e na comunidade. Observou-se diversas configurações de preconceito, discriminação e xenofobia que se direcionam ao migrante venezuelano, sendo estas em conotações explícitas e implícitas. Em especial, há uma representação social que paira entre profissionais, território e comunidade, a qual associa o aumento de migrantes no território com um acréscimo exponencial de doenças infectocontagiosas. No entanto, uma Comissão internacional sobre migrações e saúde salienta que não existem evidências robustas de que a migração interfira negativamente nos índices de saúde da população do país origem (Abubakar et al., 2018). Pelo contrário, os dados apontam que os fluxos migratórios mais contribuem para as riquezas das sociedades que os acolhem do que seu inverso, sobretudo nas dimensões de saúde. Essa constatação é crucial de ser disseminada, como uma forma de enfrentamento às representações sociais que produzem segregação de populações migrantes, como no caso dos venezuelanos.

Além disso, sabe-se que essas representações sociais discriminatórias afetam as práticas de saúde dos profissionais, prejudicando os índices de saúde das populações migrantes. Um estudo com venezuelanos investigou a associação entre preconceito percebido e o recebimento de tratamento adequado para doenças crônicas e identificou que, dos 865 migrantes avaliados, 54,8% perceberam discriminação, ao passo de que 89,2% não receberam tratamento adequado para sua doença crônica (Delgado-Flores et al., 2021). Portanto, o estudo aponta para uma associação significativa entre preconceito percebido e menor prevalência de atendimento para doenças crônicas, salientando o impacto da discriminação nos índices de saúde dos migrantes. Além disso, há diversas evidências qualitativas com a população que apontam na mesma direção, salientando algumas práticas discriminatórias de profissionais de saúde para com venezuelanos, as quais implicam na intensificação das vulnerabilidades e iniquidades em saúde, tanto no Brasil quanto em outros países que dividem fronteiras com a Venezuela (Neto et al., 2023; Vargas et al., 2023; Barbosa et al., 2024).

Uma questão que merece especial atenção é uma representação social que parece atravessar alguns profissionais sobre o preconceito ser algo intrínseco do território, atribuindo uma certa imutabilidade ao fenômeno. A problemática é que essas noções podem estar a serviço de uma relativização da necessidade de refletir a respeito da temática, bem como na adaptação e capacitação dos serviços para a população migrante. Nesse sentido, salientamos a necessidade de políticas públicas que possam, em primeiro momento, produzir fissuras nessas representações sociais totalizantes e discriminatórias com relação aos migrantes e, em segundo, implicar em programas e estratégias específicas para mitigar os processos discriminatórios com a população, ao passo que atende as suas demandas em saúde (Forlin & Carvalho, 2022).

Considerações finais

Este artigo analisou as representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o processo migratório venezuelano ao Brasil e seus impactos nas relações estabelecidas com a população migrante. Os resultados evidenciam que tais representações são atravessadas por desinformação e preconceitos, tanto implícitos quanto explícitos, que influenciam negativamente as práticas de cuidado e reforçam desigualdades nos serviços públicos de saúde. Ancoradas em discursos comunitários mais amplos, essas percepções contribuem para a reprodução de discriminação institucional no SUS. Embora haja avanços na literatura sobre migração e saúde, ainda são limitados os estudos que exploram os impactos dessas representações na prática profissional, sobretudo em contextos interioranos e culturalmente hegemônicos. Investigações futuras devem aprofundar a análise interseccional desses discursos e avaliar intervenções formativas que promovam práticas antidiscriminatórias, com vistas ao fortalecimento de políticas públicas comprometidas com o cuidado equitativo e com os direitos da população migrante.

Referências

Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Foaud, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., …, Zimmerman, C. (2018). Venezuela's health crisis: The impact of migration. *The Lancet, 392*(10142), 2359-2360. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7

Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). Diversidade cultural e saúde. In: *A questão da diversidade do SUS* (pp. 21-26). Cebes.

Arruda-Barbosa, L., Sales, A. F. G., & Souza, I. L. L. (2020). Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saúde e Sociedade, 29*(2), e:190730. https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730

Barbosa, L. A., Sales, A. F. G., Neto, A. S. C., & Oliveira, M. A. C. (2024). Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 34,* e34036. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt

Barreto, T. M. A. C., Ferko, G. P. S., & Rodrigues, F. S. (2022). Custos hospitalares de doenças atribuíveis a fatores ambientais entre os residentes de Boa Vista e os incrementos do atendimento aos migrantes venezuelanos. *Cadernos de Saúde Coletiva, 30*(2), 235-243. https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020216

Barros, F. P. C., & Sousa, M. F. (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde & Sociedade, 25*(1), 9-18. https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide.* Sage.

Brasil. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)* (4th Ed.). Ministério da Saúde.

Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004) A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva, 9*(1), 139-146. https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014

Chagas, V., Modesto, M., & Magalhães, D. (2019). O Brasil vai virar Venezuela: Medo, memes e enquadramentos emocionais no WhatsApp pró-Bolsonaro. *Esferas*, 14, 1-17. https://pdfs.semanticscholar.org/170e/5e00ce517b8d9f8454c2ce7299eeb971b35b.pdf

Delamuta, K. G., Mendonça, F. F., Domingos, C. M., & Carvalho, M. N. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção

primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(8), 1-12. https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019

Delgado-Flores, C., Cutire, O. S., Cvetkovic-Veja, A., & Nieto-Gutierrez, W. (2021). Perceived discrimination as a barrier for the adequate treatment of chronic disease in Venezuelan migrants from Peru. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 24,* e210029. https://doi.org/10.1590/1980-549720210029

Doocy, S., Page, K. R., Liu, C., Hoaglund, H., & Rodríguez, D. C. (2022). Venezuela: Out of the headlines but still in crisis. *Bulletin of the World Health Organization, 100*(8), 466-466A. https://doi.org/10.2471/BLT.22.271477

Farias, I. F., Trajman, A., Nadanovsky, P., Ribeiro, M., & Faerstein, E. Quality of life of Venezuelan migrants in Brazil during the COVID-19 pandemic. *Cadernos de Saúde Pública, 40*(6), e00147423. https://doi.org/10.1590/0102-311XEN147423

Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(2), 389-394. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020

Forlin, M., & Carvalho, M. (2022). Importância das políticas sociais de apoio ao imigrante no Brasil: revisão integrativa. *Varia Scientia: Ciências da Saúde, 8*(2), 201-2013. https://doi.org/10.48075/vscs.v8i2.29357

Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.

Gil, P. H. C., Esswein, G. C., Weber, J. L. A., & Pizzinato, A. (2025). The "Venezuelan migrant" in Brazil: conceptions of coordinators of the Brazilian National Health System. *Saúde e Sociedade, 31*(1), e240523en. https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240523en

Gil, P. H. C., Honesko, F. S. de A., Costa, P. K. A., & Pizzinato, A. (2024). Interiorização do coletivo venezuelano no sul do Brasil: relato de experiência. *Revista da SPAGESP, 24*(1), 82-95. https://nesme.emnuvens.com.br/SPAGESP/article/view/83

Gil, P. H. C., & Pizzinato, A. (2023). Psychosocial analysis of the migratory process of Haitian men and women to Brazil: An intersectional perspective of race-ethnicity, gender, and age. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 31*(68), 165-183. https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006811

Höijer, B. Social Representations Theory: a new theory for media research. *Nardicom Review, 32*(2), 3-16. https://doi.org/10.15.15/nor-2017-0109

Holanda, S. B. (2020). *Raízes do Brasil.* (58. ed.). Companhia das Letras.

International Organization for Migration (IOM). (2024). *World Migration Report 2024.* IOM, https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. (2017). Institui a Lei de Migração Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm

Lei n.º 13.684, de 21 de junho de 2018. (2018). Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária; e dá outras providências. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13684.htm

Manfio, V., Pierozan, V. L. (2019). 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, 23*(1), 144-162. https://revistas.usp.br/geousp/article/view/146130

Méndez, C. G. T. (2019). Venezuela: contexto, análisis y escenarios. *Revista Mexicana de Sociología, 81*(2), 443-455. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032019000200443

Mina, R. V., & Lima, J. R. T. (2018). A "cordialidade" do povo brasileiro frente à imigração de venezuelanos em Roraima: uma discussão sobre a xenofobia. *Revista del CESLA, 22,* 327-344. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243360086015

Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem, seu público*. Vozes.

Neto, A. S. C.; Oliveira, M. A. C. (2021). Saúde dos imigrantes venezuelanos: revisão de escopo. *Ciência Cuidado Saúde, 20*, e56000, 2021. https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.56000

Romero, D. E., Freitez, A., Maia, L. R., & de Souza, N. A. (2022). Autoavaliação de saúde e desigualdades sociodemográficas entre adultos venezuelanos: Um estudo com base na Pesquisa Nacional de Condições de Vida (ENCOVI 2021). *Cadernos de Saúde Pública, 38*(9), e00136422. https://doi.org/10.1590/0102-311X00136422

Souza, G. C., & Correia, I. A. (2023). Representações sociais dos discursos midiáticos sobre a migração de venezuelanos para o Brasil. *Revista Territórios & Fronteiras, 16*(2), 196-210. https://doi.org/10.22228/rtf.v16i2.1280

Schurster, K. & Araujo, R. (2015). *A Venezuela entre 1989 e 2013: crises, rupturas e continuidades.* Edupe.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2024). *Global Trends: Forced displacement in 2023.* UNHCR. https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023

Vargas, J. E. V., Shimizu, H. E., & Monteiro, P. S. (2023). As vulnerabilidades dos imigrantes venezuelanos no Brasil e na Colômbia na perspectiva da Bioética de Intervenção.

Revista da Escola de Enfermagem, 57(spe), e20230081. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0081en

Weber, J. L. A., Brunnet, A. E., Lobo, N. S., Cargnelutti, E. S., & Pizzinato, A. (2019). Imigrantes Haitiana no Rio Grande do Sul: Aspectos Psicossociais, Aculturação, Preconceito e Qualidade de Vida. *Psico-USF, 24*(1), 173-185. https://doi.org/10.1590/1413-82712019240114.

CAPÍTULO VI: ARTIGO 5

FORMATIVE INTERVENTION FOR HEALTH PROFESSIONALS OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) ON ETHNIC-RACIAL RELATIONS, MIGRATORY PROCESSES, AND SEXUAL-GENDER DIVERSITY

O CAPÍTULO VI: ARTIGO 5 foi omitido, por um prazo de 5 anos, a contar de 24/10/2025, uma vez que o material se encontra em avaliação por pares cegos em uma revista científica.

CAPÍTULO VII: ARTIGO 6

O "SUJEITO MIGRANTE VENEZUELANO" NO BRASIL: CONCEPÇÕES DE GESTORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS[3]

Pedro Henrique Conte Gil

Georgius Cardoso Esswein

João Luís Almeida Weber

Marina Basotti

Adolfo Pizzinato

Resumo

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 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 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 a nível interpessoal dos profissionais dos serviços de saúde. Conhecer

[3]Artigo publicado na Revista Saúde e Sociedade em 2025 (versões em português e inglês disponíveis), conforme referência: Gil, P. H. C., Esswein, G. C., Weber, J. L. A., Basotti, M., & Pizzinato, A. (2025). O "sujeito migrante venezuelano" no Brasil: concepções de gestoras de serviços de saúde do SUS". *Saúde e Sociedade, 31*(1), e240523pt. https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240523pt

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.

THE "VENEZUELAN MIGRANT SUBJECT" IN BRAZIL: CONCEPTIONS OF MANAGERS OF THE UNIFIED HEALTH CARE SYSTEM

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.

Palavras-chave: 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 seiscentos e quarenta mil venezuelanos já entraram em território brasileiro, sendo que este número aumenta diariamente (IOM, 2024). Em termos de saúde, devido a 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 outra 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. Dentre 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; Madalhães, 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 a 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). Neste 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

O presente 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 territorizalizada 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 do presente 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. 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.

O presente 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 destes 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.

O presente 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 da UFRGS (CAAE Nº 59079522.3.0000.5334) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (Proc. 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). Esta condição, associada a riscos e vulnerabilidades implicadas 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 em 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 mesma 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, 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, 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, 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, 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, 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, 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, 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, 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, v. 36, n. 8, p. 1-12, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019

FAUSTINO, D.; OLIVEIRA, L. Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. REMHU, 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, v. 13, p. e5383, 2024. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5383

GIL, P. H. C.; HONESKO, F. S. DE A.; COSTA, P. K. A.; PIZZINATO, A. Interiorização de coletivo venezuelano no sul do Brasil: Relato de experiência. Revista da SPAGESP, v. 24, n. 2, 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. REMHU, v. 31, n. 68, 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, 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, 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, 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. Venezuela: 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-di%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, 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, v. 20, e56000, 2021. DOI: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.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, v. 19, n. 46, p. 570-583, 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. PHYSIS, 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. Enferm. Foco, v. 11, n. 2, p. 37-43, 2020. DOI: https://doi.org/10.20336/rbs.581

CAPÍTULO VIII: ARTIGO 7

VENEZUELAN MIGRATION TO BRAZIL: A QUALITATIVE LONGITUDINAL STUDY

O CAPÍTULO VIII: ARTIGO 7 foi omitido, por um prazo de 5 anos, a contar de 24/10/2025, uma vez que o material se encontra em avaliação por pares cegos em uma revista científica.

CAPÍTULO IX: ARTIGO 8

QUALITY OF LIFE, COMMUNITY SUPPORT, AND PERCEIVED PREJUDICE OF FIRST-GENERATION VENEZUELAN MIGRANTS LIVING IN BRAZIL: A LONGITUDINAL MIXED-METHOD STUDY

O CAPÍTULO IX: ARTIGO 8 foi omitido, por um prazo de 5 anos, a contar de 24/10/2025, uma vez que o material se encontra em avaliação por pares cegos em uma revista científica.

CAPÍTULO X: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta tese foi investigar longitudinalmente as relações entre indicadores quantitativos e qualitativos de saúde, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul (RS), sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde do SUS. Para alcançar esse objetivo, a pesquisa foi estruturada como um estudo guarda-chuva, articulando diferentes delineamentos metodológicos. Foram empregados relatos de experiência, estudos qualitativos exploratórios e quantitativo transversal, pesquisa longitudinal de métodos mistos e pesquisa-intervenção em formato pré-experimental, envolvendo tanto migrantes venezuelanos quanto profissionais de saúde do SUS. Essa diversidade de delineamentos possibilitou integrar registros de práticas, análises contextuais e avaliação de intervenções, ampliando a compreensão das relações entre saúde, apoio comunitário e preconceito na população migrante venezuelana.

Inicialmente, na experiência profissional de interiorização do coletivo de migrantes venezuelanos no município do interior do RS (Artigo 1), apresentaram-se desafios significativos relacionados ao acesso à saúde e à integração comunitária. Observou-se a presença de barreiras burocráticas que restringiram o direito constitucional de acesso ao SUS, bem como assimetrias nas relações entre migrantes e profissionais de saúde, intensificadas por dificuldades de comunicação, preconceito e xenofobia. De forma semelhante, a integração comunitária e laboral foi marcada por episódios de discriminação e hostilidade, que evidenciam os atravessamentos do racismo estrutural e de discursos políticos hegemônicos que impactaram a vida dos migrantes venezuelanos no território. Por outro lado, identificaram-se potencialidades importantes para enfrentamento desses desafios. Destacam-se: o papel mediador e psicossocial dos profissionais de interiorização, que favoreceram a inserção nas redes de saúde, assistência e educação; a construção de vínculos com profissionais do SUS e

lideranças comunitárias que demonstraram certa disponibilidade afetiva; e a possibilidade de articulação de apoios locais, ainda que singelos, capazes de gerar atmosferas de acolhimento e integração.

Em termos dos resultados, os estudos (Artigos 2, 7 e 8) que analisaram a perspectiva dos migrantes venezuelanos sobre saúde física e psicológica, ao apoio comunitário e preconceito percebido evidenciam a complexidade e a multidimensionalidade do processo migratório no Brasil no decorrer do tempo. Transversalmente, no primeiro tempo de coleta (Baseline), o contingente de 207 migrantes venezuelanos de primeira geração apresentou associações significativas entre esses indicadores investigados. Tanto a saúde física quanto a psicológica mostraram correlações positivas com o apoio comunitário e negativas com o preconceito percebido. Nos modelos de regressão, o apoio comunitário emergiu como preditor significativo apenas da saúde física, enquanto o preconceito percebido se destacou como preditor negativo consistente para ambos os domínios de saúde física e psicológica. Análises *post hoc* indicaram que o efeito do apoio comunitário sobre a saúde psicológica é mediado pelo preconceito percebido, sugerindo que comunidades mais acolhedoras podem atenuar experiências discriminatórias e promover o bem-estar psicológico dos migrantes.

Já em termos de como se comportam essas variáveis longitudinalmente (2022-2024), observaram-se efeitos significativos do tempo sobre a saúde física, com declínio acentuado entre Baseline e T1, seguido de leve recuperação em T2, ainda assim abaixo do nível inicial. A saúde psicológica também variou ao longo do período, apresentando um padrão em formato de "U", isto é, queda em T1, mas posterior recuperação em T2, próxima aos valores de partida. Quanto ao apoio comunitário, verificou-se uma tendência de redução ao longo do tempo, embora sem diferenças estatisticamente robustas entre os pontos de coleta (Baseline – T2). Por outro lado, a percepção de preconceito manteve-se estável nos três tempos de medida, sem alterações significativas.

Como uma forma de dar significação aos dados, os resultados qualitativos longitudinais (2023–2024) permitiram aprofundar a compreensão das tendências observadas nas análises quantitativas. No que diz respeito à saúde física, os relatos mostraram que a busca por atendimento no Brasil foi um dos principais motivadores da migração, diante do colapso do sistema de saúde venezuelano. Contudo, as percepções de piora na saúde física ao longo do tempo foram associadas sobretudo às condições laborais em contextos de insalubridade e periculosidade, que ocasionaram dores crônicas, inflamações e, em alguns casos, necessidade de cirurgias por doenças ocupacionais. Esses achados ajudam a explicar a queda significativa nos escores de saúde física entre Baseline e T1, ainda que acompanhada de discreta melhora em T2, especialmente entre aqueles que conseguiram mudar de trabalho. Já no campo da saúde psicológica, a tendência em formato de "U" identificada quantitativamente foi descrita pelos migrantes como marcada, de um lado, por sofrimento devido a separações familiares, sobrecarga de trabalho e a discriminação; por outro, uma melhora quando familiares se reuniram no Brasil ou diante de avanços nas condições de vida pela consolidação do processo migratório ao território.

Em termos de apoio comunitário e preconceito percebido, observou-se que a rede de suporte permaneceu restrita ao núcleo familiar e a outros migrantes venezuelanos, com pouca integração às comunidades locais. Essa percepção de isolamento social se manteve ao longo do tempo, corroborando o efeito marginal observado nos escores de apoio comunitário. Ao mesmo tempo, experiências de discriminação, sendo estas explícitas em alguns contextos e mais implícitas em outros, foram amplamente relatadas, em sintonia com a estabilidade dos indicadores quantitativos de preconceito percebido. Assim, os dados longitudinais quantitativos e qualitativos convergem ao mostrar que, embora haja recuperação parcial nos indicadores psicológicos, o processo migratório segue atravessado por precariedade laboral, isolamento social e discriminação.

Já os resultados dos estudos (Artigos 3 e 4) que analisaram a perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os atendimentos e condições de saúde, o apoio comunitário, o preconceito e a discriminação contra migrantes venezuelanos no SUS e na comunidade-território evidenciam tanto dimensões práticas quanto simbólicas desse processo. Foram identificados fatores de risco relacionados à ausência de capacitação específica para os profissionais de saúde, às dificuldades de comunicação e ao descompasso entre os tratamentos de saúde e as condições de trabalho que os migrantes enfrentam, somados a situações de discriminação implícita e explícita. Como fatores protetivos, emergiram iniciativas de adaptação na comunicação, estratégias de acolhimento e a valorização de vínculos que reconhecem as necessidades singulares dessa população. No território, a rede de apoio mais sólida foi atribuída ao núcleo familiar e a outros migrantes, com papel complementar das igrejas locais, ao passo que a integração comunitária mais ampla se mostrou limitada por práticas de segregação e resistência da população local.

No plano das representações sociais, os discursos dos profissionais de saúde revelaram noções ambivalentes em torno da Venezuela, do processo migratório e da presença dos migrantes no Brasil. Se, por um lado, os venezuelanos foram descritos como vítimas de um colapso social e político comunista que justificaria a busca por acolhimento, por outro, circularam sentidos que os associam à sobrecarga dos serviços, à competição por empregos e à introdução de doenças, reforçando percepções de ameaça. Essas representações, ancoradas em informações midiáticas e preconceitos historicamente enraizados, contribuem para sustentar práticas discriminatórias, ainda que muitas vezes de forma implícita. Assim, enquanto os fatores de risco e proteção remetem a práticas concretas de cuidado, as representações sociais explicitam as camadas simbólicas que estruturam a relação entre profissionais de saúde, sociedade local e população migrante venezuelana.

Associados a isso, a percepção das gestoras dos serviços do SUS (Artigo 6) indicou que as concepções sobre o "sujeito migrante venezuelano" estão fortemente vinculadas a marcadores de vulnerabilidade socioeconômica e de saúde, frequentemente associados à pobreza, à falta de qualificação profissional e ao adoecimento. Ainda que alguns reconheçam efeitos positivos da migração na economia local, prevalece a ideia de que os venezuelanos sobrecarregam os serviços públicos e disputam recursos e vagas de trabalho com a população brasileira. No campo da saúde, são descritos como usuários que chegam fragilizados e com demandas complexas, reforçando a imagem de uma população de difícil manejo. As representações sociais revelam ambivalências: ora são vistos como semelhantes, ora como radicalmente diferentes, oscilando entre discursos assimilacionistas, que exigem adaptação ao contexto brasileiro, e integrativos, que reconhecem suas singularidades. Soma-se a isso o desconhecimento quanto aos direitos e deveres das pessoas em situação migratória, que gera dúvidas sobre o acesso universal ao SUS e contribui para práticas verticalizadas e, por vezes, discriminatórias. Portanto, observa-se uma convergência das concepções e práticas tanto das gestoras quanto dos profissionais de saúde participantes deste estudo.

Essas concepções se refletem nas políticas e práticas cotidianas de cuidado, que variam entre posturas excludentes, justificadas pela sobrecarga dos serviços, e iniciativas de acolhimento mais sensíveis, como a adaptação da comunicação, o uso de materiais bilíngues e a valorização de possíveis mediadores interculturais. Ainda assim, persiste uma lógica de responsabilização unilateral dos migrantes pelos obstáculos enfrentados, seja no idioma, no desconhecimento dos fluxos do SUS ou nas interações comunitárias, que acaba por invisibilizar a responsabilidade do Estado e das equipes na garantia do direito à saúde. Nesse sentido, embora algumas práticas sinalizem possibilidades de inclusão, o conjunto das representações sociais e estratégias revela contradições que expõem tanto os limites estruturais do SUS frente

à migração quanto os efeitos de preconceitos e discriminação que atravessam a relação entre profissionais, serviços e a população migrante venezuelana.

A da solicitação da Secretaria Municipal de Saúde do território da pesquisa, evidenciou-se a necessidade de uma intervenção formativa para profissionais do SUS, abordando relações étnico-raciais, processos migratórios e diversidade sexual e de gênero (Artigo 5). A análise quantitativa pré e pós-intervenção indicou consistência nas características sociodemográficas dos participantes, reforçando a validade das comparações. Observou-se uma redução significativa na negação de preconceito em relação à população negra, embora a afirmação das diferenças raciais não tenha apresentado alterações. Quanto à população migrante, houve diminuição dos indicadores de preconceito e aumento das atitudes positivas, enquanto o preconceito extremo permaneceu inalterado, refletindo a complexidade de abordar formas mais arraigadas de discriminação. Por fim, a percepção sobre diversidade sexual e de gênero também apresentou melhora significativa, evidenciando efeitos positivos e limites da intervenção nessas temáticas de marcadores da diferença.

A análise qualitativa por meio de grupos focais com gestores apontou que o treinamento favoreceu reflexões críticas sobre preconceitos presentes no território e no cotidiano profissional, além de estimular estratégias práticas para melhorar comunicação e acolhimento de migrantes, como a criação de materiais bilíngues e a identificação de mediadores culturais. Apesar de a primeira sessão da intervenção ter sido recebida de forma crítica por alguns profissionais, a segunda gerou maior engajamento e mudanças na percepção sobre migrantes venezuelanos, reconhecendo diferenças culturais de expressão em vez de comportamentos interpretados como arrogância. Os gestores também destacaram que a formação reforçou princípios fundamentais de equidade e vulnerabilidade na atenção à saúde e evidenciou o potencial dos grupos focais como espaços de troca de experiências e aprendizagem coletiva. Ainda que reconheçam limitações, como baixa adesão de parte das equipes e impossibilidade

de abordar todos os temas em profundidade, os participantes perceberam que intervenções formativas podem catalisar reflexões e práticas mais inclusivas no cotidiano dos serviços de saúde.

A integração entre achados longitudinais e transversais evidencia tanto convergências quanto tensões na compreensão dos indicadores de saúde, apoio comunitário e preconceito percebido de migrantes venezuelanos. Os respectivos migrantes relataram flutuações na saúde física e psicológica no decorrer do tempo, influenciadas por condições laborais precárias, isolamento social e experiências de discriminação, mas também atenuadas pelo apoio familiar e vínculos com outros migrantes. Essas vivências dialogam com a percepção transversal dos profissionais de saúde, que identificaram vulnerabilidades da população migrante, como demandas complexas, barreiras de comunicação e sobrecarga dos serviços, ainda que nem sempre reconheçam sua capacidade de adaptação. O preconceito, por sua vez, apareceu como ponto de interseção central entre ambas as perspectivas. Enquanto os profissionais mencionaram barreiras institucionais e atitudes discriminatórias, os migrantes relataram seu impacto direto sobre saúde psicológica e participação comunitária. A relação entre apoio social, preconceito percebido e saúde, destacada nos dados longitudinais, contribui para explicar as dificuldades de acolhimento e comunicação descritas pelos profissionais, mostrando que as práticas de cuidado são moldadas não apenas por limitações estruturais, mas também por padrões discriminatórios enraizados no território.

Além disso, os migrantes venezuelanos relataram estratégias de adaptação, como construção de redes de apoio, mudanças de trabalho ou fortalecimento de vínculos afetivos, que favoreceram melhorias graduais na saúde e na integração. Nesse contexto, a intervenção formativa com profissionais do SUS demonstrou potencial de transformação ao estimular o reconhecimento da diversidade cultural e de gênero, reduzir a negação do preconceito e incentivar estratégias de comunicação inclusiva, como materiais bilíngues e mediação cultural.

Ainda assim, a persistência de preconceito extremo e resistências iniciais indica a necessidade de processos formativos contínuos e de reforço no cotidiano dos serviços.

Em síntese, a articulação entre trajetórias dos migrantes e percepções dos profissionais mostra que, embora persistam vulnerabilidades estruturais e sociais, existem recursos relacionais e estratégias adaptativas que podem ser potencializados por práticas de cuidado culturalmente sensíveis. A efetividade de políticas e ações de saúde, portanto, depende não apenas de capacitações pontuais, mas do reconhecimento dos desafios e capacidades dos migrantes no contexto local, possibilitando intervenções mais direcionadas e sustentáveis.

Em termos de contribuições, esta tese representa um avanço importante na compreensão das experiências de migrantes venezuelanos de primeira geração vivendo no Sul do Brasil, ao investigar longitudinalmente indicadores de saúde, apoio comunitário e preconceito da população. Trata-se de um estudo pioneiro no país, ao acompanhar como esses indicadores se comportam ao longo do tempo, além de combinar métodos mistos, integrando dados quantitativos e qualitativos. Essa estratégia permitiu mapear não apenas os efeitos das resistências sociais, institucionais e comunitárias sobre os migrantes, mas também as respostas e estratégias que desenvolveram para enfrentá-las, revelando a complexidade das dinâmicas de vulnerabilidade nesse contexto. A diversidade de delineamentos empregados favoreceu uma análise multifacetada do processo migratório, articulando experiências dos migrantes e percepções dos profissionais de saúde do SUS. Essa integração metodológica possibilitou observar o fenômeno sob diferentes prismas, reunindo dimensões subjetivas, comunitárias e institucionais. Desse modo, foi possível compreender como barreiras estruturais, padrões culturais e relações sociais se entrelaçam nas experiências migratórias e moldam tanto a vivência dos sujeitos quanto a prática profissional nos serviços públicos.

No âmbito das políticas públicas e da prática profissional, os resultados apontam para a necessidade de abordagens mais abrangentes e estruturais. Embora a Operação Acolhida

desempenhe um papel importante na recepção de migrantes venezuelanos e no acolhimento inicial, ela não é suficiente para promover integração efetiva e mitigação dos efeitos do preconceito e da discriminação. Esses achados evidenciam que o preconceito atua como uma variável transversal, afetando tanto a saúde quanto o apoio comunitário, e reforçam a necessidade de políticas públicas consistentes e intersetoriais, que articulem saúde, assistência social, educação e trabalho, de modo a garantir condições efetivas de cuidado e inclusão para migrantes venezuelanos no Brasil. Intervenções a nível social e comunitário, capazes de produzir fissuras nas representações sociais hegemônicas, desconstruir preconceitos e promover a inclusão comunitária, tornam-se fundamentais. Isso inclui programas assistenciais contínuos, ações educativas, suporte psicossocial, estratégias de mediação cultural e formação continuada de profissionais do SUS e de outras instituições, especialmente em relação à diversidade cultural e às relações étnico-raciais.

Do ponto de vista acadêmico, esta pesquisa contribui para o avanço do conhecimento e debate sobre migração Sul-Sul, evidenciando os limites dos modelos tradicionais, concentrados majoritariamente em perspectivas Sul-Norte. A migração venezuelana para o Sul do Brasil demonstra que, além das dificuldades inerentes a qualquer processo migratório forçado, os migrantes venezuelanos enfrentam as fragilidades do próprio país de acolhida, incluindo precarizações estruturais, barreiras institucionais e competição por acesso a políticas públicas e recursos com a população local vulnerável. Esses elementos reforçam a necessidade de relativizar teorias e modelos existentes no campo das migrações, além de desenvolver abordagens que considerem o contexto socioeconômico, cultural e político dos territórios de destino, bem como a singularidade das trajetórias individuais e coletivas dos migrantes.

Apesar das contribuições desta tese, alguns limites precisam ser reconhecidos. A pesquisa foi conduzida majoritariamente em municípios do interior do Sul do Brasil, o que restringe a generalização dos achados para contextos metropolitanos e mais heterogêneos, nos

quais dinâmicas sociais, culturais e institucionais podem assumir contornos distintos. Além disso, embora tenha mobilizado uma variedade de métodos e fontes de dados, parte dos instrumentos quantitativos utilizados não foi culturalmente adaptada ao espanhol venezuelano, o que pode ter influenciado a compreensão de itens e, consequentemente, as respostas. O desenho amostral também apresenta restrições: tanto na perspectiva dos migrantes, por se tratar de um recorte regional e de conveniência, quanto na dos profissionais, pela inclusão de equipes de saúde de região e serviços específicos. Essas características exigem cautela na extrapolação dos resultados para outros territórios e populações.

No estudo longitudinal, verificou-se ainda uma queda amostral considerável entre os tempos de coleta. Essa limitação, no entanto, deve ser relativizada à luz das dificuldades inerentes a delineamentos longitudinais, sobretudo quando se trata de populações migrantes. A mobilidade, a instabilidade laboral e as mudanças frequentes de residência constituem características próprias desse grupo, o que torna o acompanhamento ao longo do tempo desafiador. Outro aspecto a considerar diz respeito às variáveis não exploradas nesta pesquisa, mas potencialmente relevantes para aprofundar a compreensão das experiências migratórias, como saúde mental prévia e histórico de traumas, condições laborais, insegurança no emprego, proficiência linguística e outras possíveis variáveis que impactem os indicadores de saúde, apoio comunitário e preconceito percebido. Embora alguns desses elementos tenham emergido qualitativamente, sua inclusão sistemática em futuros delineamentos pode ampliar o poder explicativo dos modelos e enriquecer a análise comparativa entre diferentes grupos e contextos.

Com base nesses limites, abrem-se caminhos para estudos futuros. Investigações longitudinais envolvendo profissionais de saúde se mostram promissoras para compreender como representações sociais, práticas de cuidado e barreiras institucionais se transformam ao longo do tempo, especialmente diante de processos formativos e mudanças nas políticas públicas para a população migrante. Do mesmo modo, pesquisas conduzidas em capitais e

cidades metropolitanas, marcadas por maior diversidade cultural e complexidade social, permitiriam contrastar realidades e identificar tanto especificidades locais quanto padrões comuns de vulnerabilização e de resistência. Além disso, recomenda-se o fortalecimento de abordagens qualitativas e de métodos mistos que articulem a perspectiva de diferentes sujeitos sociais (migrantes, profissionais, gestores e comunidade local) para capturar a pluralidade de experiências e produzir subsídios ainda mais consistentes para políticas e práticas inclusivas.

REFERÊNCIAS

Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2012). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 60-7. https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9

Abreu, J. M., & Junior, L. C. S. (2021). As políticas públicas como efetivação do direito dos refugiados venezuelanos no Brasil. In A. W. S. Vasconcelos, & T. N. S. Vasconcelos (Orgs.). *Direito: Justiça, políticas públicas e as relações entre estado e sociedade* (pp. 38-50). Atena. https://doi.org/10.22533/at.ed.1922108014

Aikawa, M., & Kleyman, K. (2019). Immigration, coping, and well-being: Implications for communities' roles in promoting the well-being of immigrants and refugees. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 49*(1), 81–92. https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1633066

Albarello, F., Moscatelli, S., Menegatti, M., Lucidi, F., Cavicchiolo, E., Manganelli, S., Diotaiuti, P., Chirico, A., &Alivernini, F. (2024). Prejudice towards Immigrants: A Conceptual and Theoretical Overview on Its Social Psychological Determinants. *Soc. Sci., 13*(1), 24. https://doi.org/10.3390/socsci13010024

Almeida, S. (2018). *O que é racismo estrutural?* Letramento.

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR). (2023). *Interiorização: uma estratégia de apoio à integração socioeconômica de pessoas refugiadas e migrantes da Venezuela*. https://www.acnur.org/br/media/interiorizacao-uma-estrategia-de-apoio-integracao-socioeconomica-de-pessoas-refugiadas-e

Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). Diversidade cultural e saúde. In: *A questão da diversidade do SUS* (pp. 21-26). Cebes.

Aragona, M., & Pucci, D. (2012). Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health, 9*(3), 1–8. https://doi.org/10.2427/7525

Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*(2), 455-464. https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022

Araújo, T. N., Pessalacia, J. D. R., Balderrama, P., & Ribeiro, A. A. (2021). Atenção à saúde de imigrantes haitianos em diferentes países na atualidade: Revisão integrativa de literatura. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, 15*(1), 249–267. https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2082

Arruda-Barbosa, L., Sales, A. F. G., & Souza, I. L. L. (2020). Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saúde e Sociedade, 29*(2), e:190730. https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730

Baeninger, R., Demétrio, N. B., & Domeniconi, J. de O. S. (2022). Migrações dirigidas: Estado e migrações venezuelanas no Brasil. *Revista Latinoamericana de Población*, 16(30), 65–93. https://doi.org/10.31406/relap2022.v16.e202113

Barbosa, L. A., Sales, A. F. G., Neto, A. S. C., & Oliveira, M. A. C. (2024). Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 34,* e34036. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt

Barreto, T. M. A. C., Barreto, F., Ferko, G. P. S., & Rodrigues, F. S. (2018). Vigilância epidemiológica e os processos migratórios: observações do caso dos venezuelanos em Roraima. In: R. Baeninger, & J. C. J. Silva (Cords.). *Migrações Venezuelanas* (pp. 372-380). Nepo/Unicamp.

Bastos, J. P. B. & Obregón, M. F. Q. (2018) Venezuela em Crise: O que mudou com Maduro? *Derecho y Cambio Social, 52,* 1-16. https://www.derechoycambiosocial.com/revista052/VENEZUELA_EM_CRISE.pdf

Berry, J. W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. In A. M. Padilla (Ed.), *Acculturation: Theory, models and some new findings* (pp. 9–25). Westview Press.

Bjornstrom, E. E. S., & Kuhl, D. C. (2014). A different look at the epidemiological paradox: Selfrated health, perceived social cohesion, and neighborhood immigrant context. *Social Science and Medicine, 120*, 118–125. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.015

Brasil. (1961). *Decreto nº 50.215, de 28 de janeiro de 1961*. Promulga a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados, concluída em Genebra, em 28 de julho de 1951. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 jan.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out.

Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set.

Brasil. (1997). *Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997*. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 e determina outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 jul.

Brasil. (2010). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez.

Brasil. (2017). *Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017*. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei da Migração. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio.

Brasil. (2021). *Sobre a Operação Acolhida*. Casa Civil – Acolhida. https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/sobre-a-operacao-acolhida-2

Brasil. (2025). *Painel da Migração no Brasil*. Power BI. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmQ2OTY1OGEtYTY2OS00MzU4LWEyZGItMDU4ZmMyMzZmYjQwIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9 (Acesso em 23 de junho de 2025).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)* (4ª ed.). Série Pactos pela Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Brunnet, A., Weber, J., Bolaséll, L., Cargnelutti, E., Kristensen, C., & Pizzinato, A. (2019). Acculturation, anxiety and depression among Haitian immigrants in Southern Brazil. *Psicologia, Saúde & Doenças, 20*(2), 491-502. https://doi.org/10.15309/19psd200217

Cabieses, B., Belo, K., Calderón, A. C., Rada, I., Rojas, K., Araoz, C., & Knipper, M. (2024). The impact of stigma and discrimination-based narratives in the health of migrants in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *The Lancet Regional Health – Americas, 40*, 100660. https://doi.org/10. 1016/j.lana.2023. 100660

Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Coletiva: Uma área de conhecimento e um campo de atuação*. Editora Hucitec.

Canesqui, A. M., & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência Saúde Coletiva, 17*, (5), 1103-1114. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002

Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004) A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva 9*(1), 139-146. https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014

Chagas, V., Modesto, M., & Magalhães, D. (2019). O Brasil vai virar Venezuela: medo, memes e enquadramentos emocionais no WhatsApp pró-Bolsonaro. *Esferas*, *14*, 1-17. https://pdfs.semanticscholar.org/170e/5e00ce517b8d9f8454c2ce7299eeb971b35b.pdf

Cogo, D., & Badet, M. (2013). *Guia das Migrações Transnacionais e Diversidade Cultural para Comunicadores: Migrantes no Brasil*. Unisinos.

Costa, L. R., Souza, J. E. M., & Barros, L. C. A. (2019). Um histórico da política migratória brasileira a partir de seus marcos legais (1808–2019). *Revista GeoPantanal*, *14*(27), 167–184. https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/9733

Creswell, J. W. (2021). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.* (Trad. M. Lopes). Artmed.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2022). *Designing and conducting mixed methods research* (4th ed.). SAGE Publications.

Cursino, C. A. (2020). Formação de professores numa perspectiva plurilíngue para o acolhimento linguístico de estudantes migrantes / refugiados. *Calidoscópio, 18*(2), 415–434. https://doi.org/10.4013/cld.2020.182.09

Delgado-Flores, C., Cutire, O. S., Cvetkovic-Veja, A., & Nieto-Gutierrez, W. (2021). Perceived discrimination as a barrier for the adequate treatment of chronic disease in Venezuelan migrants from Peru. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 24*, e210029. https://doi.org/10.1590/1980-549720210029

Delamuta, K. G., Mendonça, F. F., Domingos, C. M., & Carvalho, M. N. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(8), 1-12. https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019

Doocy, S., Page, K. R., Liu, C., Hoaglund, H., & Rodríguez, D. C. (2022). Venezuela: Out of the headlines but still in crisis. *Bulletin of the World Health Organization, 100*(8), 466-466A. https://doi.org/10.2471/BLT.22.271477

Duarte, M. Q., Haas, L. M., Machado, W. L., & Trentini, C. M. (2023). Evidências de validade e da Escala de Percepção das Atitudes dos Brasileiros em Relação aos Imigrantes (EPABRI). *Revista Brasileira de Psicoterapia, 25*(3), 9-24. https://doi.org/10.5935/2318-0404.20230021

Farnsworth, V., Kleanthous, I., & Wenger-Trayner, E. (2016). Communities of practice as a social theory of learning: a conversation with Etienne Wenger. *British Journal of Educational Studies, 64*, (2), 139-160. https://doi.org/10.1080/00071005.2015.1133799

Faria, N. F. (2020). *Dilemas e impasses da integração dos refugiados venezuelanos no Brasil contemporâneo* [Monografia de conclusão de curso, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório da Universidade Federal de Minas Gerais. https://pet.face.ufmg.br/economia/blog/2020/08/31/dilemas-e-impasses-da-integracao-dos-refugiados-venezuelanos-no-brasil-contemporaneo/

Farias, I. F., Trajman, A., Nadanovsky, P., Ribeiro, M., & Faerstein, E. Quality of life of Venezuelan migrants in Brazil during the COVID-19 pandemic. *Cadernos de Saúde Pública, 40*(6), e00147423. https://doi.org/10.1590/0102-311XEN147423

Faqueti, A., Grisotti, M., & Risson, A. P. (2020). Saúde de imigrantes haitianos: Revisão de estudos empíricos qualitativos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 24*, e190311. https://doi.org/10.1590/Interface.190311

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7.000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet, 365*, 1309-1314. https://doi.org./10.1016/S0140-6736(05)61027-6.

Faustino, D. M. & Oliveira, L. M. de. (2021). Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. *REMHU, 29*(63), 193-210. https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312

Ferreira, A. de. J. (2015). *Letramento Racial Crítico Através de Narrativas Autobiográficas: Com atividades Reflexivas.* Editora Estúdio Texto.

Ferreira, L., Barbosa, J. S. D. A., Esposti, C. D. D., & Cruz, M. M. D. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em debate*, *43*, 223-239. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017

García, J. & Aburto, J. M. (2019). The impact of violence on Venezuelan life expectancy and lifespan inequality. *International Journal of Epidemiology, 48*(5), 1593-1601. https://doi.org/10.1093/ije/dyz072

Gil, P. H. C., Honesko, F. S. de A., Costa, P. K. A., & Pizzinato, A. (2024). Interiorização do coletivo venezuelano no sul do Brasil: relato de experiência. *Revista da SPAGESP, 24*(1), 82-95. https://nesme.emnuvens.com.br/SPAGESP/article/view/83

Gil, P. H. C., Brunnet, A. E., & Pizzinato, A. (2025a). Representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre aspectos do processo migratório venezuelano ao Brasil. *Acta Scientiarum: Human and Social Sciences, 47*, e75559. https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v47i2.75559

Gil, P. H. C., Esswein, G. C., Weber, J. L. A., & Pizzinato, A. (2025b). The "Venezuelan migrant" in Brazil: conceptions of coordinators of the Brazilian National Health System. *Saúde e Sociedade, 31*(1), e240523en. https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240523en

Gil, P. H. C & Lopes, R. C. S. (2024a). Desafios de profissionais no atendimento à diversidade de cuidadores de bebês na Atenção Básica. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, *13*, e5383. https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5383

Gil, P. H. C & Lopes, R. C. S. (2024b). Desafios de profissionais da Atenção Básica em sua função de orientação aos cuidadores de bebês. *Psicologia Argumento, 42*(117), 398-424. https://doi.org/10.7213/psicolargum.42.117.AO02

Granada, D., Carreno, I., Ramos, N., & Ramos, M. C. P. (2017). Debating health and migrations in a context of intense human mobility. *Interface, 21*(61), 285-296. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626

Henríquez, D., Urzúa, A., & López-López, W. (2023). Social support as a mediator of the relationship between identity fusion and psychological well-being in South–South migrant populations. *Journal of International Migration and Integration, 24*(3), 1113–1135. https://doi.org/10.1007/s12134-022-00996-5

Herrero, J. & Gracia, E. (2007). Measuring perceived community support: factoral structure, longitudinal invariance, and predictive validity of the PCSQ (Perceived Community Support Questionnaire). *Journal of Community Psychology, 35*(2), 197-217. https://doi.org/10.1002/jcop.20143

Hombrados-Mendieta, I., Millán-Franco, M., Gómez-Jacinto, L., Gonzalez-Castro, F., Martos-Méndez, M. J., & García-Cid, A. (2019). Positive Influences of Social Support on Sense of Community, Life Satisfaction and the Health of Immigrants in Spain. *Frontiers in psychology*, *10*, 2555. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02555

Kanaan, C., Tássio, M., & Sidmar, T. (2018). As ações do exército brasileiro na ajuda humanitária aos imigrantes venezuelanos. In R. Baeninger, & J. C. J. Silva (Cords.). *Migrações Venezuelanas.* (pp. 68-71). Nepo/Unicamp.

Kienzler, H. (2024). Community integration, quality of life, thriving, and mental health among refugees and asylum seekers. *Frontiers Public Mental Health, 12*, 1-12. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1358250

Krauze, E. (2018). *La Destrucción de Venezuela.* Letras Libres.

Kim, Y. Y. (2001). *Becoming Intercultural: An Integrative Theory of Communication and Cross-Cultural Adaptation*. Sage Publications.

Lima, J. F. (2018). Regimes totalitários e a imigração: uma análise do caso de imigração dos venezuelanos para o Brasil à luz do direito natural. *Revista de Direito FIBRA, 3*(4), 1-11. https://fibrapara.edu.br/periodicos/index.php/fibralex/article/view/73/0

Lima Junior, L. P., Lima, K. C. O., Bertolozzi, M. R., & França, F. O. S. (2022). Vulnerabilidades de refugiados árabes na atenção primária à saúde: Uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública, 56*, 15. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003691

Lussi, C. (2015). Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. *Psicologia USP, 26*(2), 136-144. https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140014

Machado, G. S., Barros, A. F. O., & Martins-Borges, L. (2019). A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Santa Catarina. *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 27*(55), 79-96. https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005506

Martí, J., Bolíbar, M., & Lozares, C. (2017). Network cohesion and social support. *Social Networks, 48*, 192-201. https://doi.org/10.1016/j.socnet.2016.08.006.

Martins, M. L., & Szymanski, H. (2004). O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner. *Estudos em Psicologia*, *9*(2), 263–272. https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200004

Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N., Cuberos, M. A., & Vivas-García, M. (2019). *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)*. Servicio Jesuita a Refugiados. 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

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(5), 2297-2305. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005

Méndez, C. G. T. (2019). Venezuela: contexto, análisis y escenarios. *Revista Mexicana de Sociología, 81*(2), 443-455. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032019000200443

Monteiro, A. P. T. A. V. (2009). Percepção de apoio social e saúde mental em contextos migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal. *Revista Referência, 10*(2), 35-46. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=273&codigo=

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: El método en la psicología comunitaria*. Paidós.

Mougenot, B., Amaya, E., Mezones-Holguin, E., Rodriguez-Morales, A. J., & Cabieses, B. (2021). Immigration, perceived discrimination and mental health: evidence from Venezuelan population living in Peru. *Globalization and health, 17*(1), 8. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00655-3

Museu da Imigração do Estado de São Paulo. (2019). *Migrante, Imigrante, Emigrante, Refugiado, Estrangeiro: qual palavra devo usar?* Migrações em debate.

http://www.museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/migrante-imigranteemigrante-refugiado-estrangeiro-qual-palavra-devo-usar.

Mussi, R. F. de F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista Práxis Educacional, 17*(48), 60-77. https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010

Nespolo, G. F., Duarte, E. R. M., Rocha, C. M. F., Ferla, A. A., Ferreira, G. E., Oliveira, G. C. de, & Lima, B. S. de S. (2014). Pontos de cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores. *Comunicação Saúde Educação, 18*(Supl. 2), 1187-1198. https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0367

Neto, A. S. C.; Oliveira, M. A. C. (2021). Saúde dos imigrantes venezuelanos: revisão de escopo. *Ciência Cuidado Saúde, 20*, e56000, 2021. https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.56000

Neves, R. F. (2010). *Cultura política e elementos de análise da política venezuelana* [Dissertação de mestrado, Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG)]. Repositório FUNAG. http://funag.gov.br/loja/download/682-Cultura_polItica_e_elementos_de_analise_da_polItica_venezuelana.pdf

Novara, C., Martos-Méndez, M. J., Gómez-Jacinto, L., Hombrados-Mendieta, I., Varveri, L., & Polizzi, C. (2023). The influence of social support on the wellbeing of immigrants residing in Italy: Sources and functions as predictive factors for life satisfaction levels, sense of community and resilience. *International Journal of Intercultural Relations, 92,* 101743. https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.101743

Okumura, A., Espinoza, M. D. C., Boudesseul, J., & Heimark, K. (2022). Venezuelan forced migration to Peru during sociopolitical crisis: An analysis of perceived social support and emotion regulation strategies. *International Migration & Integration, 23*(5), 1277–1310. https://doi.org/10.1007/s12134-021-00854-2

Oliveira, C. R., Peixoto, J., & Góis, P. (2017). A nova crise dos refugiados na Europa: o modelo de repulsão-atração revisitado e os desafios para as políticas migratórias. *Revista Brasileira de Estudos de População*, *34*(1), 73-98. https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0016

Oliveira, L. M. (2019). *Imigrantes, xenofobia e racismo: Uma análise de conflitos em escolas municipais de São Paulo* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório PUC-SP. https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/22442/2/Leila%20Maria%20de%20Oliveira.pdf

Organização Internacional para as Migrações (OIM). (2009). *Glossário sobre migração*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf

Organização Internacional para as Migrações (OIM). (2025). *Deslocamentos assistidos de venezuelanos – abril 2025*. https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1496/files/documents/2025-06/deslocamentos-assistidos-de-venezuelanos-abril_2025.pdf

Pereira, L. B. C., Chazan, A. C. S. (2019). O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 14*(41), 1795. https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795

Pereira, W. P. (2013). A revolução bolivariana e a Venezuela de Hugo Chávez: história e interpretações (1999-2013). *Boletim do Tempo Presente, 7*, 1-25. https://seer.ufs.br/index.php/tempopresente/article/view/4168

Pizzinato, A., Almeida-Segundo, D. S., & Rocha, K. B. (2021). Perceived Community Support Questionnaire: evidence of factorial validity and internal consistency for the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública, 37*(2), e00016120. https://doi.org/10.1590/0102-311X00016120

Pizzinato, A., Pagnussat, E., Cargnelutti, E. S., Lobo, N., & Motta, R. F. (2018). Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. *Estudos de Psicologia, 23*(2), 145-156. https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180015

Prado, M. A. M., & Araújo, S. A. (2019). Políticas de atendimento a migrantes e refugiados no Brasil e aproximações da psicologia. *Psicologia Política, 19*(46), 570-583. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000300014

Plan de La Patria. (2013). *Segundo Plan de Desarrollo Económico y social de la Nación (2013-2019)*. Ediciones: Correo del Orinoco.

Raymundo, M. M. (2013). Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. *Revista Bioética [online], 21*(2), 218-225. https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000200004.

Reichert, A. P. S., Rodrigues, P. F., Cruz, T. M. A. V., Dias, T. K. C., Tacla, M. T. G. M., & Collet, N. (2017) Percepção das mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. *Rev. Enferm. UPFE on-line, 11*(2), 483-490. https://doi.org./10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201701

Rocha, M. L. & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão,* 23, (4), 64-73. https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010

Romero, D. E., Freitez, A., Maia, L. R., & de Souza, N. A. (2022). Autoavaliação de saúde e desigualdades sociodemográficas entre adultos venezuelanos: Um estudo com base na Pesquisa Nacional de Condições de Vida (ENCOVI 2021). *Cadernos de Saúde Pública, 38*(9), e00136422. https://doi.org/10.1590/0102-311X00136422

Rosa, M. P. C., Manfrini, G. C., Souza, J. M. de, Hoffmann, A. C. O. S., Nitschke, R. G., Heidemann, I. T. S. B., & Caravaca-Morera, J. A. (2023). Social support networks and life cycle stage of Venezuelan immigrant families. *Revista Brasileira de Enfermagem, 76*(Suppl 2), e20220790. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0790 scielo.br+1scielo.br+1

Ruffier, L. C. (2019). *Frente a um novo mundo: Impactos das relações escolares na integração de crianças imigrantes involuntárias* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório UFSC. https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/74645

Sá, F. H. de L. (2022). A experiência da migração forçada e seus impactos sobre a saúde mental: um estudo qualitativo com refugiados venezuelanos acolhidos na cidade de Porto Alegre – RS. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório UFRGS. https://lume.ufrgs.br/handle/10183/250534

Safdar, S., Soltan, H., Martínez-González, M. B., & Sañudo, J. E. P. (2023). Adaptation of Venezuelan refugees in Colombia: the mediating roles of acculturation orientations in influencing acculturation adaptations. *International Journal of Psychology, 58*(3), 196-206. https://doi.org/10.1002/ijop.12901

Salas-Wright, C. P., Pérez-Gómez, A., Maldonado-Molina, M. M., Mejia-Trujillo, J., García, M. F., Bates, M. M., Vaughn, M. G., Calderón, I., De Los Santos, V. G., Brown, E. C., Sanchez, M., Andrade, P., & Schwartz, S. J. (2024). Cultural stress and mental health among Venezuelan migrants: Cross-national evidence from 2017 to 2024. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00127-024-02796-x

Santos, F. L. B. (2017). Raízes históricas do processo bolivariano na Venezuela. *Revista de Escrita da História, 4*(8), 161-189. https://www.escritadahistoria.com/index.php/reh/article/view/86

Santinho, C. (2016). *Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal: contornos políticos no campo da saúde.* Lisboa: Alto-Comissariado para as Migrações (ACM).

Sayad, A. (1998). *A imigração ou os paradoxos da alteridade*. EDUSP.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: a theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*(1), 99-127. https://doi.org/10.1177/0265407591081005

Schurster, K. & Araujo, R. (2015). *A Venezuela entre 1989 e 2013: crises, rupturas e continuidades.* Edupe.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro), 17*(1), 29-41. https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003

Silva, E. S. S., & Rodrigues, F. S. (2020). Migrações internacionais contemporâneas e crise de refugiados no arco noroeste do Brasil: o caso do acolhimento de venezuelanos pelo estado de Roraima (2018-2019). *Revista Brasileira de Sociologia, 9*(19), 98-125. https://doi.org/10.20336/rbs.581

Silva, J. C. D. (2018). *Aproximar-se para dialogar: imigrantes venezuelanos e saúde mental* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Amazonas]. Repositório da Universidade Federal do Amazonas. https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7370

Silva, P. S., & Arruda-Barbosa, L. (2020). Imigração de venezuelanos e desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco, 11*(2), 37-43. https://doi.org/10.20336/rbs.581

Soares, Z. P. & Monteiro, S. S. (2019). Formação de professores/as em gênero e sexualidade: possibilidades e desafios. *Educar em Revista, 35*(73), 287-305. https://doi.org/10.1590/0104-4060.61432

Souza, A. (2015). *Instabilidade Política e Democracia na Venezuela – de Carlos Andrés Pérez a Hugo Chávez.* Edupe.

Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Advances in medical sociology, 19*, 173–204. https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009

Tanaka, O. Y. (2011). Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, *20*(4), 927-934. https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010

Tempany, M. (2009). What research tells us about the mental health and psychosocial wellbeing of Sudanese refugees: A literature review. *Transcultural Psychiatry, 46*(2), 300–315. https://doi.org/10.1177/1363461509105820

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2021a). *Estratégia de interiorização*. http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2021b). *Perfil dos abrigos em Roraima*. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTRhOWVlOTgtYTk2MS00YmY3LWEyY2YtMGM1Y2MzODFjMmVjIiwidCI6ImU1YzM3OTgxLTY2NjQtNDEzNC04YTBjLTY1NDNkMmFmODBiZSIsImMiOjh9&pageName=ReportSection2f742043b456c18852a1

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2024). *Global Trends: Forced displacement in 2023*. UNHCR. https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2025). *Venezuela situation overview: Global report 2024*. UNHCR. https://www.unhcr.org/media/venezuela-situation-overview-global-report-2024

Uribe, M. C., Motta, R. F., & Pizzinato, A. (2018). Red de Apoyo Social: Perspectivas de Familias Desplazadas en Porto Alegre. *Psicologia Teoría e Pesquisa, 34*, e34421, 1-12. https://doi.org/ 10.1590/0102.3772e34421.

Valsiner, J. (2014). *An invitation to cultural psychology*. Sage. https://doi.org/10.4135/9781473921387

Van de Vijver, F. J. R., & Leung, K. (1997). *Methods and Data Analysis for Cross-Cultural Research*. Sage Publications.

Vargas, J. E. V., Shimizu, H. E., & Monteiro, P. S. (2023). As vulnerabilidades dos imigrantes venezuelanos no Brasil e na Colômbia na perspectiva da Bioética de Intervenção. *Revista da Escola de Enfermagem, 57*(spe), e20230081. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0081en

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Weber, J. L. A., Brunnet, A. E., Lobo, N. S., Cargnelutti, E. S., & Pizzinato, A. (2019). Imigrantes Haitiana no Rio Grande do Sul: Aspectos Psicossociais, Aculturação, Preconceito e Qualidade de Vida. *Psico-USF, 24*(1), 173-185. https://doi.org/10.1590/1413-82712019240114.

Werneck, J. (2016). Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade, 25*(3), 535-549. https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610.

Zhang, L., Bo, A., & Lu, W. (2021). To unfold the Immigrant Paradox: Maltreatment risk and mental health of racial-ethnic minority children. *Front. Public Health, 9,* 619164. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.619164

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (venezuelanos) - TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa científica "Indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos: um estudo longitudinal", que será conduzida sob responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Adolfo Pizzinato e do pesquisador em psicologia Pedro Henrique Conte Gil. O objetivo geral do presente estudo é investigar longitudinalmente as relações entre indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde da Atenção Básica de territórios com a presença da população venezuelana.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e, nesse momento, ocorrerá mediante ao preenchimento de um conjunto de questionários. Os questionários, que são disponibilizados de forma física ou online, deverão ser respondidos individualmente, contudo, caso hajam dúvidas, o pesquisador responsável poderá auxiliar no processo. O tempo médio para preenchimento de todos os questionários é de 15 minutos. Porém, você pode levar o tempo que quiser para conclusão. O questionário abordará tópicos que incluirão dados sociodemográficos (relacionados a questões de caracterização), além disso apresentará itens sobre indicadores de saúde (geral, física, psicológica, social e ambiental) e apoio social (integração comunitária e preconceito étnico-racial). Cabe ressaltar que não há respostas certas ou erradas, que você terá liberdade para responder ou não às perguntas e que suas respostas não serão identificadas individualmente.

Além disso, haverá uma segunda e terceira coleta de dados da pesquisa, as quais consistirão na aplicação dos mesmos questionários, além da condução de entrevistas, com duração de cerca de 1h e 15 minutos, apenas com alguns participantes selecionados na primeira coleta de dados e que se disponham a mais essa contribuição. Na eventual necessidade, as coletas de dados da segunda e terceira coleta poderão acontecer na modalidade à distância, por telefone ou videoconferência, dependendo do seu interesse e disponibilidade de horários. Assim, se desejar, você poderá indicar a disponibilidade em participar da continuidade desse estudo.

Os riscos decorrentes da sua participação nessa pesquisa são pequenos, podendo estar relacionados especialmente a aspectos emocionais, tendo em vista que a participação pode gerar recordações de sua história de vida. Em caso de desconforto emocional, você poderá receber indicação de algum tipo de atendimento psicológico em virtude de sofrimento psíquico relacionado ao tema dessa pesquisa. Neste caso, considerando suas condições geográficas, o pesquisador indicará algum serviço da rede de saúde que o possa fazê-lo, se você assim desejar. Importante assinalar que, os dados da pesquisa serão salvos em um HD externo devidamente armanezado na sala 204 do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em que somente os pesquisadores vinculados ao projeto terão acesso. Caso você deseje desistir da sua participação e retirar seus dados da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer momento, independente do motivo e sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Se você aceitar participar desse estudo, contribuirá para ampliar o entendimento da implicão do tempo em questões referentes aos indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos. Espera-se também que essa pesquisa contribua para fundamentar boas ações de profissionais de saúde para com a população migrante, especialmente, venezuelana.

O seu consentimento de participação na pesquisa não retira seus direitos de indenização previstos nos termos da Lei (artigos 927 a 954 da Lei 10.406/2002 e Resolução CNS nº 510 de 2016 e Resolução 466/2012). Também, não suspende os efeitos da Lei Geral de Proteção de Dados (lei 13.709/2018), e deste modo, você terá a garantia da manutenção dos dados da pesquisa fisicamente e/ou em arquivo digital, em equipamento privativo sem conexão com a

internet, sob guarda e responsabilidade dos pesquisadores supracitados, por um período de 5 (cinco) anos após o término do estudo e, após, totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Você não terá custos para participar desse estudo e poderá ser ressarcido no caso de ter gastos exclusivamente em decorrência dessa pesquisa. Ressalta-se, porém, que você não receberá nenhuma remuneração por sua participação. Ademais, caso deseje, você poderá receber também o resultado da análise dos dados obtidos a partir desse estudo. Todas as informações e condições descritas neste TCLE estão em concordância com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se, também, a importância de que você guarde consigo uma via deste documento.

Para obter quaisquer informações sobre esse estudo, você poderá entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis, Pedro Henrique Conte Gil, pelo telefone (54) 99162-1602 e/ou pelo e-mail pedro_gil12@hotmail.com. Caso queira tirar alguma dúvida acerca das questões éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado à Rua Ramiro Barcelos, 2.600, pelo telefone (51) 3308-5698 e/ou pelo e-mail cep-psico@ufrgs.br. A presente pesquisa foi aprovada por este Comitê de Ética, que estará à disposição para prestar informações.

Após ler este termo e receber informações sobre a participação nessa pesquisa, declaro ter ciência de que não receberei remuneração e que posso desistir da minha participação em qualquer momento durante a execução desse estudo. Portanto, ao responder aos questionários disponibilizados, firmo meu consentimento em participar da primeira etapa da presente pesquisa.

( ) Se necessário, aceito ser chamado para a segunda e terceira coleta de dados da pesquisa.
( ) Desejo receber os resultados da presente pesquisa.

Se desejar receber resultados da pesquisa e/ou aceitar ser convidado para a segunda e terceira coleta de dados do estudo, favor indicar alguma forma de contato. Outrossim, assegura-se que a comunicação do pesquisador se dará de modo a garantir que seus dados de contato não sejam compartilhados com terceiros.

Contato (e-mail/telefone): _____

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador responsável_____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de saúde) - TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa científica “Indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos: um estudo longitudinal”, que será conduzida sob responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Adolfo Pizzinato e do pesquisador em psicologia Pedro Henrique Conte Gil. O objetivo geral do presente estudo é investigar longitudinalmente as relações entre indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde da Atenção Básica de territórios com a presença da população venezuelana.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e, nesse momento, ocorrerá mediante a participação de entrevista individual e presencial. O tempo médio para participação da entrevista é de 1 hora e 15 minutos. Todavia, você pode levar o tempo que quiser para conclusão. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. A entrevista abordará tópicos que incluirão dados sociodemográficos (relacionados a questões de caracterização), além disso apresentará questões sobre os atendimentos em saúde de migrantes venezuelanos na Atenção Básica do SUS em Caxias do Sul, RS. Cabe ressaltar que não há respostas certas ou erradas, que você terá liberdade para responder ou não às perguntas e que suas respostas não serão identificadas individualmente.

Além disso, haverá uma segunda etapa da pesquisa, que consistirá em grupos de conversação, denominados grupos focais, com os profissionais de saúde participantes do estudo e que se disponham a mais essa contribuição. Os grupos focais serão presenciais e possuirão até três encontros, em horários previamente acordados e agendados, com todos os profissionais de saúde respondentes das entrevistas e que desejarem continuar no estudo. O tempo médio para participação dos grupos focais é de 1 hora e 15 minutos, podendo ser extendido, caso haja necessidade. Os grupos focais serão gravados e, posteriormente, transcritos para análise. Os grupos focais abordarão tópicos sobre as experiências dos profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS com os atendimentos em saúde para migrantes venezuelanos, na cidade de Caxias do Sul, RS. Assim, se desejar, você poderá indicar a disponibilidade em participar da continuidade desse estudo.

Os riscos decorrentes da sua participação nessa pesquisa são pequenos, podendo estar relacionados especialmente a aspectos emocionais, tendo em vista que a participação pode gerar recordações de sua história de vida. Em caso de desconforto emocional, você poderá receber indicação de algum tipo de atendimento psicológico em virtude de sofrimento psíquico relacionado ao tema dessa pesquisa. Neste caso, considerando suas condições geográficas, o pesquisador indicará algum serviço da rede de saúde que o possa fazê-lo, se você assim desejar. Importante assinalar que, os dados da pesquisa serão salvos em um HD externo devidamente armanezado na sala 204 do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em que somente os pesquisadores vinculados ao projeto terão acesso. Caso você deseje desistir da sua participação e retirar seus dados da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer momento, independente do motivo e sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Se você aceitar participar desse estudo, contribuirá para ampliar o entendimento sobre os atendimentos em saúde de migrantes venezuelanos na Atenção Básica do SUS, RS, podendo, inclusive, auxiliar outros profissionais de saúde que se encontram em situação similar a observarem essa condição de outras formas. Espera-se também que essa pesquisa contribua para fundamentar boas ações em políticas públicas, sobretudo da Atenção Básica para com a população migrante, especialmente, venezuelana.

O seu consentimento de participação na pesquisa não retira seus direitos de indenização previstos nos termos da Lei (artigos 927 a 954 da Lei 10.406/2002 e Resolução CNS nº 510 de

2016 e Resolução 466/2012). Também, não suspende os efeitos da Lei Geral de Proteção de Dados (lei 13.709/2018), e deste modo, você terá a garantia da manutenção dos dados da pesquisa fisicamente e/ou em arquivo digital, em equipamento privativo sem conexão com a internet, sob guarda e responsabilidade dos pesquisadores supracitados, por um período de 5 (cinco) anos após o término do estudo e, após, totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Você não terá custos para participar desse estudo e poderá ser ressarcido no caso de ter gastos exclusivamente em decorrência dessa pesquisa. Ressalta-se, porém, que você não receberá nenhuma remuneração por sua participação. Ademais, caso deseje, você poderá receber também o resultado da análise dos dados obtidos a partir desse estudo. Todas as informações e condições descritas neste TCLE estão em concordância com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se, também, a importância de que você guarde consigo uma via deste documento.

Para obter quaisquer informações sobre esse estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (54) 99162-1602 e/ou pelo e-mail pedro_gil12@hotmail.com. Caso queira tirar alguma dúvida acerca das questões éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado à Rua Ramiro Barcelos, 2.600, pelo telefone (51) 3308-5698 e/ou pelo e-mail cep-psico@ufrgs.br. A presente pesquisa foi aprovada por este Comitê de Ética, que estará à disposição para prestar informações.

Após ler este termo e receber informações sobre a participação nessa pesquisa, declaro ter ciência de que não receberei remuneração e que posso desistir da minha participação em qualquer momento durante a execução desse estudo. Portanto, ao responder aos questionários disponibilizados, firmo meu consentimento em participar da primeira etapa da presente pesquisa.

( ) Se necessário, aceito ser chamado para a segunda etapa pesquisa, que será por meio de grupos focais.

( ) Desejo receber os resultados da presente pesquisa.

Se desejar receber resultados da pesquisa e/ou aceitar ser convidado para a segunda etapa do estudo, favor indicar alguma forma de contato. Outrossim, assegura-se que a comunicação do pesquisador se dará de modo a garantir que seus dados de contato não sejam compartilhados com terceiros.

Contato (e-mail/telefone): _____

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador responsável_____

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (intervenção) - TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa científica "Projeto "Diversidades na Saúde": uma pesquisa-intervenção com profissionais de saúde do sus de Caxias do Sul (RS) sobre diversidade sexual e de gênero, relações étnico-raciais e processos migratórios", que será conduzida sob responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Adolfo Pizzinato e do pesquisador em psicologia Pedro Henrique Conte Gil. O objetivo deste estudo é desenvolver e aplicar uma pesquisa-intervenção com os profissionais de saúde do SUS de Caxias do Sul (RS) sobre as intersecções e implicações da diversidade sexual e de gênero, relações étnico-raciais e processos migratórios nos cuidados em saúde dessas populações minorizadas nos dispositivos públicos de saúde. Além disso, propõe-se investigar a eficácia da intervenção por meio da avaliação pré-teste e pós-teste dos indicadores de preconceito, racismo e xenofobia dos participantes.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e poderá ocorrer mediante a participação na pesquisa-intervenção, preenchimento de instrumentos de medida e participação em grupos focais. Em linhas gerais, a intervenção consiste de uma formação sobre as intersecções e implicações psicossociais da diversidade sexual e de gênero, das relações étnico-raciais e de processos migratórios nos cuidados em saúde dessas respectivas populações nos dispositivos públicos de saúde. Além disso, propõe-se investigar a eficácia da intervenção por meio da avaliação pré-teste e pós-teste dos indicadores de preconceito, racismo e xenofobia dos participantes. A intervenção consistirá de dois encontros de até quatro horas, com 5 módulos de palestras expositivo-dialogadas sobre as temáticas. Além disso, um terceiro encontro será proposto apenas para os coordenadores dos serviços de saúde.

Com o intuito de avaliar a eficácia da intervenção, todos participantes estão convidados a responder um questionário sociodemográfico e três instrumentos de medida antes (pré-teste) e depois (pós-teste) da intervenção. Especificamente para os coordenadores dos serviços de saúde, será proposto a condução de grupos focais no terceiro encontro, os quais serão gravados e transcritos para análise. Já a aplicação dos instrumentos e condução dos grupos focais tem o intuito de avaliar a formação fornecida. O tempo médio de aplicação dos instrumentos quantitativos será de por volta de 15 minutos, enquanto o grupo focal poderá durar até 1 hora e 30 minutos. Cabe ressaltar que não há respostas certas ou erradas, que você terá liberdade para responder ou não às perguntas e que suas respostas não serão identificadas individualmente.

Os riscos decorrentes da sua participação nessa pesquisa são pequenos, podendo estar relacionados especialmente a aspectos emocionais, tendo em vista que a participação pode gerar recordações de sua história de vida. Em caso de desconforto emocional, você poderá receber indicação de algum tipo de atendimento psicológico em virtude de sofrimento psíquico relacionado ao tema dessa pesquisa. Neste caso, considerando suas condições geográficas, o pesquisador indicará algum serviço da rede de saúde que o possa fazê-lo, se você assim desejar. Importante assinalar que, os dados da pesquisa serão salvos em um HD externo devidamente armanezado na sala 204 do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em que somente os pesquisadores vinculados ao projeto terão acesso. Caso você deseje desistir da sua participação e retirar seus dados da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer momento, independente do motivo e sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Se você aceitar participar desse estudo, contribuirá para ampliar o entendimento sobre as possibilidades de enfrentamento das iniquidades em saúde de populações minorizadas através de formações continuadas, podendo, inclusive, futuramente auxiliar outros profissionais de saúde que se encontram em situação similar a observarem essa condição de outras formas.

Espera-se também que essa pesquisa contribua para fundamentar boas ações em políticas públicas do SUS, sobretudo em termos do cuidado e saúde de populações vulnerabilizadas.

O seu consentimento de participação na pesquisa não retira seus direitos de indenização previstos nos termos da Lei (artigos 927 a 954 da Lei 10.406/2002 e Resolução CNS nº 510 de 2016 e Resolução 466/2012). Também, não suspende os efeitos da Lei Geral de Proteção de Dados (lei 13.709/2018), e deste modo, você terá a garantia da manutenção dos dados da pesquisa fisicamente e/ou em arquivo digital, em equipamento privativo sem conexão com a internet, sob guarda e responsabilidade dos pesquisadores supracitados, por um período de 5 (cinco) anos após o término do estudo e, após, totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Você não terá custos para participar desse estudo e poderá ser ressarcido no caso de ter gastos exclusivamente em decorrência dessa pesquisa. Ressalta-se, porém, que você não receberá nenhuma remuneração por sua participação. Ademais, caso deseje, você poderá receber também o resultado da análise dos dados obtidos a partir desse estudo. Todas as informações e condições descritas neste TCLE estão em concordância com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se, também, a importância de que você guarde consigo uma via deste documento.

Para obter quaisquer informações sobre esse estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (54) 99162-1602 e/ou pelo e-mail pedro_gil12@hotmail.com. Caso queira tirar alguma dúvida acerca das questões éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado à Rua Ramiro Barcelos, 2.600, pelo telefone (51) 3308-5698 e/ou pelo e-mail cep-psico@ufrgs.br. A presente pesquisa foi aprovada por este Comitê de Ética, que estará à disposição para prestar informações.

Após ler este termo e receber informações sobre a participação nessa pesquisa, declaro ter ciência de que não receberei remuneração e que posso desistir da minha participação em qualquer momento durante a execução desse estudo. Portanto, ao responder aos questionários disponibilizados, firmo meu consentimento em participar da presente pesquisa.

( ) Desejo receber os resultados da presente pesquisa.
Se desejar receber resultados da pesquisa e/ou aceitar ser convidado para a segunda etapa do estudo, favor indicar alguma forma de contato. Outrossim, assegura-se que a comunicação do pesquisador se dará de modo a garantir que seus dados de contato não sejam compartilhados com terceiros.
Contato (e-mail/telefone): _____

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador responsável_____

APÊNDICE D

Questionário sociodemográfico (Venezuelanos)

Nome:_____ Data:___/___/___ Código:_____

Telefone: _____ Idade: _____

Identidade de Gênero:

( ) Mulher cis ( ) Homem cis ( ) Mulher trans ( ) Homem trans

( ) Não-binário ( ) Outro _____ ( ) Prefiro não responder

Situação conjugal:

( ) Solteiro(a) – sem relacionamento ( ) Solteiro(a) – com relacionamento fixo/namoro

( ) Casado(a) ou em União estável ( ) Separado(a) ou Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

( ) Outro _____

Nível de escolaridade: "*Quantos anos você estudou?"* **_____**

( ) Sem Escolaridade ( ) Sabe ler/escrever, mas não foi à escola

( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

( ) Pós-graduação Incompleto ( ) Pós-graduação Completo

Condição trabalhista: ( ) Formalizada ( ) Informal ( ) Sem trabalho

Há quanto tempo encontra-se nesta condição trabalhista? _____

Incluindo você, quantas pessoas moram na mesma casa: _____

Qual é sua renda domiciliar (soma de todos que vivem na sua casa, incluindo você):

( ) Até 1 salário mínimo (igual ou menor a R$ 1.302,00)

( ) Entre 1 e 2 salários mínimos (de R$ 1.302,01 a R$ 2.604,00)

( ) Entre 2 e 3 salários mínimos (de R$ 2.604,01 a R$ 3.906,00)

( ) Entre 3 e 4 salários mínimos (de R$ 3.906,01 a R$ 5.208,00)

( ) Entre 4 e 5 salários mínimos (de R$ 5.208,01 a R$ 6.510,00)

( ) Mais de 5 salários mínimos (mais de R$ 6.510,01)

Data de chegada no Brasil: _____ Há quanto tempo reside no Brasil? _____

Sit. migratória: ( ) Imigrante ( ) Refugiado ( ) Requerente de refúgio ( ) Residente

( ) Outra _____

Migração: ( ) Individual ( ) Familiar. Quantas pessoas **ao total**?_____

Motivação da migração: ( ) Econômica ( ) Estudos ( ) Reunificação familiar

( ) Acompanhamento familiar ( ) Outro _____

Caráter da migração – *Você queria ter vindo ao Brasil?*: ( ) Sim ( ) Não

Cidades que morou no Brasil *(ordem cronológica e tempo em cada cidade)***:**

_____

Cidade atual: _____UF: Rio Grande do Sul

Data de chegada na atual cidade: ____ Há quanto tempo reside na atual cidade? _____

Chegou a atual cidade por meio de: ( ) Interiorização ( ) Reunificação familiar

( ) Deslocamento expontâneo ( ) Outro _____

Recebeu apoio de ONGs/instituições no Brasil? ( ) Sim ( ) Não ( ) Prefiro não responder

Se sim, qual apoio? _____

Quais serviços de saúde pública já acessou no Brasil (em outras cidades)?

( ) Atenção Básica (ex. Posto de Saúde/ ESF/UBS e/ou Visitas domiciliares).

Especifique: _____

( ) Atenção Secundária (ex. Emergência/UPA e/ou Especialidades).

Especifique: _____

( ) Atenção Terciária (ex. Hospitais). Especifique: _____

( ) Não acessei os serviços de saúde no Brasil

Quais serviços de saúde pública já acessou na atual cidade?

( ) Atenção Básica (ex. Posto de Saúde/ ESF/UBS e/ou Visitas domiciliares).

Especifique: _____

( ) Atenção Secundária (ex. Emergência/UPA e/ou Especialidades).

Especifique: _____

( ) Atenção Terciária (ex. Hospitais). Especifique: _____

( ) Não acessei os serviços de saúde na atual cidade

APÊNDICE E

Questionário sociodemográfico (profissionais de saúde)

Nome:_____ Data:___/___/___ Idade:_____

Contato (e-mail/telefone/WhatsApp, etc.): _____

Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) _____ **Naturalidade:** _____

Cidade: _____UF: Rio Grande do Sul

Raça/Etnia:

( ) Branca ( ) Parda (negra) ( ) Preta (negra) ( ) Amarela ( ) Indígena

Identidade de Gênero:

( ) Mulher cis ( ) Homem cis ( ) Mulher trans ( ) Homem trans

( ) Não-binário ( ) Outro _____

Situação conjugal:

( ) Solteiro(a) – sem relacionamento fixo ( ) Solteiro(a) – com relacionamento fixo

( ) Casado(a) ou em União estável ( ) Separado(a) ou Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

Nível de escolaridade:

( ) Sem Escolaridade ( ) Sabe ler/escrever, mas não foi à escola

( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

( ) Pós-graduação Incompleto ( ) Pós-graduação Completo

Profissão: _____ Função no SUS: _____

Há quanto tempo atua no SUS? _____

Em qual nível de atenção atua hoje? ( ) Básica ( ) Secundária ( ) Terciária

Há quanto tempo atua nesse nível de atenção? _____

Qual o local/serviço de saúde que atua hoje? _____

Qual o bairro/território do local/serviço de saúde que atua hoje? _____

Há quanto tempo atua nesse local/serviço de saúde? _____

APÊNDICE F

Questionário sociodemográfico (intervenção)

Data:___/___/___ Código *(a ser preenchido pelos pesquisadores)***:_____**

Nacionalidade: ( ) Brasileira ( ) Outra _____ **Idade: _____**

Cidade: _____ UF: Rio Grande do Sul

Raça/Etnia:

( ) Branca ( ) Parda (negra) ( ) Preta (negra) ( ) Amarela ( ) Indígena

Identidade de Gênero:

( ) Mulher cis ( ) Homem cis ( ) Mulher trans ( ) Homem trans

( ) Não-binário ( ) Outro _____

Situação conjugal:

( ) Solteiro(a) – sem relacionamento fixo ( ) Solteiro(a) – com relacionamento fixo

( ) Casado(a) ou em União estável ( ) Separado(a) ou Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

Nível de escolaridade:

( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo

( ) Pós-graduação Incompleto ( ) Pós-graduação Completo

Profissão: _____

Função no trabalho atual: _____

Caso trabalhe no SUS, em qual nível de atenção atua hoje?

( ) Básica ( ) Secundária ( ) Terciária ( ) Outro serviço: _____

Há quanto tempo atua nesse nível de atenção/serviço? _____

APÊNDICE G

Entrevista inicial sobre as percepções de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos

¿En qué idioma prefieres responder la entrevista?

1. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO MIGRATORIO

¿Me podrías contar como fue tu mudanza a Brasil?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Cuáles fueron los motivos que te llevaron a dejar Venezuela?
b) ¿Cuáles fueron los motivos que te hicieron escoger Brasil como destino?
c) ¿Por qué decidiste venir específicamente al sur de Brasil, al interior de RS?
d) ¿Viniste con tu familia? y ¿En dónde están ellos?
e) ¿Qué dificultades has tenido para llegar hasta acá?, por ejemplo: atravesando las fronteras,en el desplazamiento hasta la ciudad actual.

¿Recibiste algún tipo de apoyo en su mudanza a Brasil?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Recibiste apoyo de entidades del estado o públicas?
b) ¿Recibiste apoyo de instituciones no gubernamentales, por ejemplo, ONGs?
c) ¿Recibiste apoyo de amigos o familiares?

2. HISTORIAL DE SALUD Y RELACIONES CON LA ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cómo está tu salud?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Podrías contarme sobre tu salud física? Por ejemplo, se tienes algún dolor, enfermedadtemporal o permanente…
b) ¿Cómo se encuentra tu salud mental?
c) ¿Qué condiciones previas de salud tienes? Por ejemplo, diagnósticos, dolencias, etc.
d) ¿Me podrías contar cómo era el acceso a los servicios de salud y las condiciones de dichosservicios de salud en Venezuela?

¿Ya tuviste acceso a las unidades de salud de atención básica/UBS en Brasil? ¿Cómo fue eseproceso?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Cuáles fueron los motivos para buscar los servicios de salud?
b) ¿Qué tan frecuentemente has ido a estos servicios?
c) ¿Qué dificultades has tenido en el acceso a los servicios? Por ejemplo, disponibilidad, burocracia, etc.
d) ¿Cuáles fueron/son los servicios utilizados?
e) ¿Cuál es su opinión sobre los servicios?
f) ¿El servicio ha resuelto tu demanda de salud?
g) ¿La unidad de salud te envío a alguna consulta con especialistas, remisiones a hospital y otrostratamientos?
h) ¿Qué sugerencias darías para mejorar los servicios?
i) ¿Cuáles son las principales diferencias entre los dos servicios de salud (Venezuela comparadoa Brasil)?

¿Cómo es su relación con el equipo de salud de la UBS/ unidad de atención básica?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Tienes algún vínculo con los profesionales y servicios?
b) ¿Has tenido algún conflicto con los profesionales de salud?
c) ¿Tienes alguna preferencia por ser atendido por un profesional en específico?
d) ¿Has tenido algún contacto con los agentes comunitarios de salud?
e) ¿Has sentido algún tipo de prejuicio en los servicios o con los profesionales de salud?

3. APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO EN LA CIUDAD ACTUAL

¿Me podrías contar sobre tu red de apoyo?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Tú tienes algún familiar con el que puedas contar que esté o no en Brasil?
b) ¿Tienes algún amigo con el que puedas contar que esté o no en Brasil?
c) ¿Has recibido apoyo de los servicios públicos locales?
d) ¿Has recibido apoyo de otras instituciones locales?
e) ¿Has recibido apoyo de otros inmigrantes venezolanos? ¿Ellos se encuentran en Brasil?
f) ¿Has recibido apoyo de tus colegas de trabajo o de tu empresa?

g) ¿Has recibido apoyo de los brasileros?
h) ¿Qué tipo de apoyo has recibido? Por ejemplo, financiero, emocional, orientaciones…

¿Me podrías contar cómo es vivir en la ciudad?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Hace cuánto tiempo vives en la ciudad?
b) ¿Qué piensas respecto de la ciudad?
c) ¿Percibes alguna diferencia de vivir aquí con otras de Brasil?
d) ¿Cómo ha sido el proceso de encontrar un lugar donde vivir en la ciudad?
e) ¿Cómo ha sido encontrar trabajo?
f) ¿Cómo ha sido encontrar colegio para los niños?
g) ¿A ti te gusta vivir acá en la ciudad?
h) ¿Has sentido algún tipo de prejuicio por parte de los brasileros? En esta ciudad o en otra...

¿Me podrías contar cómo es vivir en tu barrio o comunidad?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Hace cuánto tiempo resides en el barrio o comunidad?
b) ¿Puedes describir 6omu es el barrio o 6omunidade?
c) ¿Cómo es el acceso a servicios y comercio en el barrio o comunidad?
d) ¿Tienes acceso a saneamiento/servicios básicos? Por ejemplo, agua, electricidad, aguasresiduales…
e) ¿Cómo es el acceso al transporte en el barrio o comunidad?
f) ¿Tienes acceso a actividades recreativas en el barrio o comunidad?
g) ¿Tú percibes situaciones de vulnerabilidad en tu barrio o comunidad? Por ejemplo, drogadicción, violencia, pobreza, etc.
h) ¿A ti te gusta vivir acá en el barrio o comunidad?
i) ¿Cómo es tu relación con los vecinos o personas de la comunidad?
j) ¿Si llegaras a necesitar ayuda de tus vecinos o personas de la comunidad podrías pedírsela?
k) ¿Has tenido alguna experiencia de discriminación o prejuicio en el barrio o comunidad?

La última pregunta: ¿Como fue para ti participar de la entrevista?

APÊNDICE H

Entrevista 2 sobre las percepciones de salud y apoyo social de inmigrantes venezolanos

¿En qué idioma prefieres responder la entrevista?

1. **SEGUIMIENTO DE SALUD Y RELACIONES CON LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Como está a sua saúde?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Podrías contarme sobre tu salud física? Por ejemplo, se tienes algún dolor, enfermedad temporal o permanente…
b) ¿Cómo se encuentra tu salud mental?
c) ¿Qué condiciones de salud tuvieras en el último año? Por ejemplo, diagnósticos, dolencias, etc.

¿Tuviste acceso a las unidades de salud de atención básica/UBS en Brasil en el último año? ¿Cómo fue ese proceso?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Cuáles fueron los motivos para buscar los servicios de salud?
b) ¿Qué tan frecuentemente has ido a estos servicios?
c) ¿Qué dificultades has tenido en el acceso a los servicios? Por ejemplo, disponibilidad, burocracia, etc.
d) ¿Cuáles fueron/son los servicios utilizados?
e) ¿Cuál es su opinión sobre los servicios?
f) ¿El servicio ha resuelto tu demanda de salud?
g) ¿La unidad de salud te envío a alguna consulta con especialistas, remisiones a hospital y otros tratamientos?
h) ¿Qué sugerencias darías para mejorar los servicios?

¿Cómo es su relación con el equipo de salud de la UBS/ unidad de atención básica?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Tienes algún vínculo con los profesionales y servicios?
b) ¿Has tenido algún conflicto con los profesionales de salud?
c) ¿Tienes alguna preferencia por ser atendido por un profesional en específico?
d) ¿Has tenido algún contacto con los agentes comunitarios de salud?
e) ¿Has sentido algún tipo de prejuicio en los servicios o con los profesionales de salud?

2. APOYO SOCIAL Y COMUNITARIO EN LA CIUDAD ACTUAL

¿Me podrías contar sobre tu red de apoyo?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Tú tienes algún familiar con el que puedas contar que esté o no en Brasil?
b) ¿Tienes algún amigo con el que puedas contar que esté o no en Brasil?
c) ¿Has recibido apoyo de los servicios públicos locales?
d) ¿Has recibido apoyo de otras instituciones locales?
e) ¿Has recibido apoyo de otros inmigrantes venezolanos? ¿Ellos se encuentran en Brasil?
f) ¿Has recibido apoyo de tus colegas de trabajo o de tu empresa?
g) ¿Has recibido apoyo de los brasileros?
h) ¿Qué tipo de apoyo has recibido? Por ejemplo, financiero, emocional, orientaciones…

¿Me podrías contar cómo fue vivir en la ciudad en el último año?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Hace cuánto tiempo vives en la ciudad?
b) ¿Qué piensas respecto de la ciudad?
c) ¿Percibes alguna diferencia de vivir aquí con otras de Brasil?
d) ¿Cómo ha sido el proceso de encontrar un lugar donde vivir en la ciudad?
e) ¿Cómo ha sido encontrar trabajo?
f) ¿Cómo ha sido encontrar colegio para los niños?
g) ¿A ti te gusta vivir acá en la ciudad?
h) ¿Has sentido algún tipo de prejuicio por parte de los brasileros? En esta ciudad o en otra...
i) ¿Tiene alguna idea de regresar a Venezuela?

¿Me podrías contar cómo fue vivir en tu barrio o comunidad en el último año?

Caso não mencione, questionar sobre:

a) ¿Hace cuánto tiempo resides en el barrio o comunidad?
b) ¿Puedes describir como es el barrio o comunidad?
c) ¿Cómo es el acceso a servicios y comercio en el barrio o comunidad?
d) ¿Tienes acceso a saneamiento/servicios básicos? Por ejemplo, agua, electricidad, aguas residuales…
e) ¿Cómo es el acceso al transporte en el barrio o comunidad?
f) ¿Tienes acceso a actividades recreativas en el barrio o comunidad?
g) ¿Tú percibes situaciones de vulnerabilidad en tu barrio o comunidad? Por ejemplo, drogadicción, violencia, pobreza, etc.
h) ¿A ti te gusta vivir acá en el barrio o comunidad?
i) ¿Cómo es tu relación con los vecinos o personas de la comunidad?
j) ¿Si llegaras a necesitar ayuda de tus vecinos o personas de la comunidad podrías pedírsela?
k) ¿Has tenido alguna experiencia de discriminación o prejuicio en el barrio o comunidad?

La última pregunta: ¿Como fue para ti participar de la entrevista?

APÊNDICE I

Entrevista sobre as experiências e desafios dos profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS com migrantes venezuelanos

1) FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

a) Qual é a sua trajetória acadêmica e/ou formação profissional na saúde?
b) Quais são as suas experiências profissionais no campo da saúde? *(Caso não mencione, perguntar especificamente sobre a saúde pública)*.
c) Você teve alguma formação ou capacitação para trabalhar com a diversidade étnica-cultural no contexto da saúde pública? *(Durante graduação ou enquanto profissional).*
d) Você acha que deveria haver uma formação para trabalhar com essa diversidade cultural?

2) ATENDIMENTOS EM SAÚDE DE VENEZUELANOS NA UBS

a) Qual é a sua função na UBS? Como é o seu trabalho?
b) Você atende populações de outras nacionalidades? *(Caso não mencione, perguntar especificamente dos venezuelanos).* Como é o seu trabalho com essas populações?
c) Há diferenças nos atendimentos dessas populações de diferentes nacionalidades?
d) Com que frequência você atende venezuelanos na UBS?
e) Como você descreveria o perfil desses venezuelanos vinculados à UBS?
f) Como você percebe as condições de saúde desses venezuelanos atendidos? Quais são as suas principais demandas em saúde?
g) Antes de trabalhar com esse grupo, o que você sabia ou pensava sobre as demandas deles?
h) Você poderia falar de suas experiências com atendimentos de venezuelanos na UBS?
i) Quais são os desafios em atender essa população?
j) Como você percebe a adesão dos venezuelanos aos tratamentos e orientações de saúde fornecidas pelos profissionais da UBS?
k) Há ações ou estratégias em saúde específicas para a população migrante, sobretudo venezuelana?
l) Quais outros profissionais da UBS prestam atendimentos aos venezuelanos?
m) Como é a relação da equipe de saúde com os venezuelanos?
n) Como é para você lidar com as diferenças entre culturas? E como você acha que é para os demais profissionais de saúde?

o) Você acha que os venezuelanos podem sofrer algum tipo de discriminação nos serviços de saúde? Você teria alguma experiência relacionada a isso?

3) APOIO SOCIAL E INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA DE VENEZUELANOS

a) Quais são as especificidades do território da UBS? *(Características do bairro e da população atendida).*

b) Você percebe algum conflito entre os modos de vida dos venezuelanos e da comunidade local?

c) Como você percebe a rede de apoio desses venezuelanos? *(Caso necessário, citar exemplos: instituições, comunidade, família, amigos, colegas de trabalho...).*

d) Como você percebe a integração comunitária desses venezuelanos? *(Caso necessário, citar exemplos: acesso aos serviços de saúde e assistência, engajamento nas intervenções em saúde, participação em atividades comunitárias...).*

e) Você acha que essa população sofre discriminação na comunidade?

Você gostaria de acrescentar mais alguma informação?

APÊNDICE J

Roteiro para Grupos Focais – Intervenção com profissionais de saúde

1) FORMAÇÃO ACADÊMICA E CONTINUADA

a) A formação acadêmica de vocês foi suficiente para atender a diversidade sexual, de gênero e étnico-cultural que se apresenta no SUS?
b) Atualmente, como vocês percebem a formação acadêmica dos profissionais de saúde sobre essas temáticas?
c) E sobre as formações continuadas? Vocês tiveram alguma outra capacitação sobre essas temáticas?
d) Vocês acham que seria importante uma formação específica para trabalhar com essas diferentes identidades, orientações, culturas e etnias?

2) ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE POPULAÇÕES MINORIZADAS NO SUS (LGBTQIAPN+, negra e migrante)

a) Como são as experiências da equipe de atender a saúde dessas populações minorizadas nos serviços?
b) Quais são os principais desafios de atender essas populações?
c) O que passa na cabeça de vocês sobre como essas populações percebem os atendimentos de saúde que recebem no SUS?
d) Como é o vínculo da equipe de saúde com essas populações?
e) Vocês percebem que alguma categoria profissional tem mais facilidade ou dificuldade para trabalhar com essas populações?
f) Vocês notam que há alguma característica pessoal do profissional de saúde que facilita ou dificulta os atendimentos com essas populações?

3) POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES

a) Há estratégias específicas para atender essas populações no serviço de vocês?
b) Quais ações você acha que seriam necessárias para melhor atender essas populações?

4) PESQUISA-INTERVENÇÃO

a) Para quem participou da formação, comente um pouco como foi a sua experiência.

b) O que vocês acham mais válido na formação?” (e. g. palestras, experiência dos palestrantes, relato de colegas, etc.).
c) A sua equipe de saúde relatou como foi a experiência de participar da formação? Se sim, como foram os relatos a respeito?
d) Você percebeu mudanças na equipe de saúde após a participação na formação?
e) Qual temática que você pensa que seria importante ser incluída ou mais explorada?

5) RELATOS DE EXPERIÊNCIA

a) Convite para relatos sobre atendimentos em saúde para essas populações (tópico poderá ser evocado transversalmente, dentro das outras temáticas).

ANEXO A

Aprovação Comitê de Ética da UFRGS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INDICADORES DE SAÚDE E APOIO SOCIAL DE MIGRANTES VENEZUELANOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL

Pesquisador: Adolfo Pizzinato

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59079522.3.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.988.525

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda referente à pesquisa "Indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos: um estudo longitudinal", que tem por objetivo geral investigar longitudinalmente as relações entre indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva dos migrantes e de profissionais de saúde de territórios com a presença da população venezuelana. O Projeto está organizado em três diferentes estudos, os quais objetivam, respectivamente: I) acompanhar, longitudinalmente, como se apresentam indicadores de saúde e apoio social em migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul, e como estes indicadores evoluem com a consolidação do processo migratório. De maneira específica, o estudo investigará os impactos dos indicadores de apoio social sob os indicadores de saúde dessa população migrante, no decorrer do período um ano e meio; II) acompanhar as percepções sobre saúde e apoio social desses migrantes venezuelanos no período de um ano. Além disso, será investigado as percepções da população migrante com relação à assistência à saúde fornecida pelos serviços e profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS; e III) investigar as experiências e desafios dos profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS nos atendimentos em saúde para migrantes venezuelanos, especificamente na cidade de Caxias do Sul, RS. Pesquisadores informam a necessidade de criar um novo estudo para o Projeto, o Estudo IV, o qual objetiva desenvolver e aplicar uma pesquisa-intervenção com os profissionais de saúde do SUS da região serrana do Rio Grande do Sul (RS) sobre as intersecções

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

e implicações psicossociais da diversidade sexual e de gênero, das relações étnico-raciais e de processos migratórios nos cuidados em saúde dessas respectivas populações nos dispositivos públicos de saúde. A justificativa para tal ancora-se em uma solicitação feita pela 5ª Coordenadoria Regional da Saúde (CRS), por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul para a criação de uma formação-capacitação para os profissionais da saúde da região, sobre diversidade sexual e de gênero, relações étnico -raciais e processos migratórios. Estudo IV atenderá aos mesmos preceitos e considerações éticas descritas no Projeto de Tese, o qual já se encontra aprovado pelo CEP-Psico UFRGS. Assim sendo, conforme consta no Projeto, a pesquisa adotará os princípios éticos que concernem à proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes, como preconizados pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes serão informados a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa e decidirão, livremente, sobre sua disponibilidade e interesse para participar do estudo. Os participantes da pesquisa-intervenção assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido INT - TCLE. Nesses termos, haverá ampliação na quantidade de participantes do projeto. Tendo em vista os 220 (200 venezuelanos e 20 profissionais de saúde) já referidos anteriormente e, em uma projeção de mais 300 profissionais de saúde para o Estudo IV, o número de participantes total passará a ser de 520, sendo 200 venezuelanos e 320 profissionais de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da presente emenda é apresentar novo estudo para o projeto de pesquisa, bem como ampliar o número de participantes. Os objetivos para o Estudo IV são:

Objetivo Primário: Desenvolver e aplicar uma pesquisa-intervenção com os profissionais de saúde do SUS da região serrana do Rio Grande do Sul (RS) sobre as intersecções e implicações psicossociais da diversidade sexual e de gênero, relações étnico-raciais e processos migratórios nos cuidados em saúde dessas respectivas populações nos dispositivos públicos de saúde. Além disso, propõe-se investigar a eficácia da intervenção por meio da avaliação pré-teste e pós-teste dos indicadores de preconceito, racismo e xenofobia dos participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são considerados mínimos, referentes a possíveis desconfortos emocionais, uma vez que os participantes não serão submetidos a riscos maiores do que os vivenciados em seu cotidiano. No entanto, caso o participante não se sinta confortável por qualquer questão, sendo na aplicação dos instrumentos, nas entrevistas ou nos grupos focais, este poderá optar por deixar de participar dos estudos a qualquer momento e sem quaisquer prejuízos. Se porventura perceba-se

a necessidade de atendimento ou avaliação psicológica, e com o consentimento do participante, será realizado o seu encaminhamento para serviços de saúde da rede pública.

Benefícios: Quanto aos benefícios, destaca-se a escuta e reflexão propiciada aos participantes por responderem os instrumentos, entrevistas e participarem dos grupos focais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta-se estruturada e contempla os requisitos para o estudo a ser desenvolvido. A estratégia teórico-metodológica utilizada apresenta implicação ético-política com os princípios científicos que a justificam.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE para o Estudo IV foi apresentado e está de acordo com as diretrizes éticas em pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e finais da pesquisa, por meio de Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório", para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme norma operacional CNS 001/13.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2107370_E1.pdf	20/03/2023 21:38:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_Estudo_IV.docx	20/03/2023 14:51:01	PEDRO HENRIQUE CONTE GIL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese_versao_alteracoes_vermelho.docx	20/03/2023 14:48:31	PEDRO HENRIQUE CONTE GIL	Aceito
Outros	Adendo_Projeto_de_Tese.docx	20/03/2023	PEDRO HENRIQUE	Aceito

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -

Continuação do Parecer: 5.988.525

Outros	Adendo_Projeto_de_Tese.docx	14:47:19	CONTE GIL	Aceito
Outros	carta_com_revisoes.pdf	30/06/2022 18:35:02	PEDRO HENRIQUE CONTE GIL	Aceito
Outros	ata_qualificacao_projeto_tese.pdf	05/05/2022 12:15:16	PEDRO HENRIQUE CONTE GIL	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	05/05/2022 12:13:40	PEDRO HENRIQUE CONTE GIL	Aceito
Outros	Parecer_comissao_pesquisa_em_psicologia.pdf	25/04/2022 21:28:10	PEDRO HENRIQUE CONTE GIL	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 06 de Abril de 2023

Assinado por:
ANGELA HELENA MARIN
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

ANEXO B

Carta de Anuência da Prefeitura de Caxias do Sul

PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – NEPS

NEPS

CARTA DE ANUÊNCIA

Título da Pesquisa:	INDICADORES DE SAÚDE E APOIO DE IMIGRANTES VENEZUELANOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL
Pesquisador(es):	PEDRO HENRIQUE CONTE GIL
Orientador:	PROF. ADOLFO PIZZINATO
Curso e Instituição:	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - INSTITUTO DE PSICOLOGIA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Nº de Protocolo:	599/2022

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa supracitada, esta Secretaria, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados, manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
4) O pesquisador deve conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709/2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que serão utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa. Além disso, é da responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa.
5) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Além disso, é de **responsabilidade do Pesquisador(a):**

☒ 1) Entregar, **obrigatoriamente**, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com a aprovação do Projeto antes da coleta de dados;

☒ 2) Fornecer uma cópia da conclusão do trabalho à Secretaria Municipal da Saúde;

☒ 3) Incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias de Sul/SMS em possíveis publicações científicas.

Caxias do Sul, 28 de outubro de 2022.

Eveline Campagnolo Schmith
Gerente do NEPS

Andressa Moreira Gallo
Diretora de Gestão, Trabalho e Educação

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
Rua Marechal Floriano, 421, 5º andar – Centro – CEP: 95020-370 – Caxias do Sul/RS
Fone: (54) 3290.4400 / 3290.4494 – E-mail: neps@caxias.rs.gov.br

ANEXO C

WHOQOL-Bref (español)

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en quémedida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida	1	2	3	4	5

	sexual?					
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

_____

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

_____

ANEXO D

CUESTIONARIO DE APOYO COMUNITARIO PERCIBIDO

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considere adecuada. Tenga en cuenta que:

1. Significa que usted está ***muy en desacuerdo***
2. Significa que usted está ***en desacuerdo***
3. Significa que usted está ***en parte de acuerdo y en parte en desacuerdo***
4. Significa que usted está ***de acuerdo***
5. Significa que usted está ***muy de acuerdo***

Recuerde que toda la información es anónima y en nada le compromete

ESCALA 1

1	Me siento identificado con mi comunidad/barrio	1	2	3	4	5
2	Mis opiniones son bien recibidas en mi barrio o mi comunidad	1	2	3	4	5
3	Muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy yo	1	2	3	4	5
4	Siento el barrio como algo mío	1	2	3	4	5

ESCALA 2

5	Colaboro en las organizaciones y asociaciones de mi comunidad	1	2	3	4	5
6	Participo en actividades sociales de mi barrio o comunidad	1	2	3	4	5
7	Participo en algún grupo social o cívico	1	2	3	4	5
8	Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad	1	2	3	4	5
9	No participo en las actividades socio-recreativas de mi comunidad	1	2	3	4	5

ESCALA 3

Como Ud. sabe, asociaciones deportivas o culturales, grupos sociales o cívicos (asociaciones de vecinos, amas de casa, de consumidores, comisión de fiestas, etc.), la parroquia, agrupaciones políticas o sindicales, ONGs, etc. son organizaciones en las que se desarrolla una parte importante de la vida social de las personas. En estas organizaciones:

10	Podría encontrar personas que me ayudaran a resolver mis problemas	1	2	3	4	5
11	Encontraría alguien que me escuche cuando estoy decaído	1	2	3	4	5
12	Encontraría una fuente de satisfacción para mí	1	2	3	4	5
13	Lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5
14	Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos	1	2	3	4	5

ANEXO E

Escala de Percepção das Atitudes dos Brasileiros em Relação à Imigração (EPABRI)

Inmigrantes son todas aquellas personas que por algún motivo salen de sus países de origen y van a vivir a otros países. Este cuestionario trata sobre como los inmigrantes son recibidos por los brasileños. Considerando que sea inmigrante, nos gustaría que respondiera algunas afirmaciones. Las siguientes veinte afirmativas tratan sobre inmigración. No existen respuestas correctas o equivocadas, por eso sea lo más sincero posible, ya que queremos saber cómo percibe el tratamiento recibido por los inmigrantes en Brasil. Marque de **1 (no estoy de acuerdo)** hasta **7 (estoy de acuerdo):**

	Item	1	2	3	4	5	6	7
01	Los inmigrantes de raza/etnia diferente a las de los brasileños son bien recibidos	○	○	○	○	○	○	○
02	Los brasileños creen que toda persona tiene el derecho de inmigrar	○	○	○	○	○	○	○
03	Creo que los inmigrantes europeos (Ej. Francia, Alemania, etc.) son bien recibidos por los brasileños	○	○	○	○	○	○	○
04	Los brasileños creen que los inmigrantes ocupan los puestos de empleo que serían de los brasileños	○	○	○	○	○	○	○
05	Los brasileños creen que, con la entrada de inmigrantes, aumenta la criminalidad	○	○	○	○	○	○	○
06	Los brasileños creen que los inmigrantes deben vivir siguiendo las costumbres de los brasileños	○	○	○	○	○	○	○
07	Los brasileños creen que los inmigrantes enriquecen su cultura	○	○	○	○	○	○	○
08	Creo que los inmigrantes latinoamericanos (Ej. Bolivia Venezuela, etc.) son bien recibidos por los brasileños	○	○	○	○	○	○	○
09	Los brasileños creen que la entrada de inmigrantes aumenta la pobreza	○	○	○	○	○	○	○
10	Los brasileños reciben mal a las personas que no hablan portugués	○	○	○	○	○	○	○
11	Los brasileños creen que los inmigrantes deberían ser expulsos de Brasil	○	○	○	○	○	○	○
12	Los brasileños creen que los inmigrantes deben tener los mismos derechos que ellos	○	○	○	○	○	○	○
13	Los inmigrantes de raza/etnia diferente a las de los brasileños son mal recibidos	○	○	○	○	○	○	○
14	Creo que los inmigrantes africanos (Congo, Senegal, etc.) son bien recibidos por los brasileños	○	○	○	○	○	○	○
15	Los brasileños reciben bien a los inmigrantes que viven en sus ciudades	○	○	○	○	○	○	○
16	Los brasileños creen que los inmigrantes amenazan las costumbres de Brasil	○	○	○	○	○	○	○
17	Los brasileños creen que los inmigrantes pueden vivir de acuerdo a las costumbres de su país de origen	○	○	○	○	○	○	○
18	Los brasileños creen que solamente personas de raza/etnias iguales a las de ellos deben ser aceptadas en Brasil	○	○	○	○	○	○	○
19	Los brasileños creen que los inmigrantes deben ser aceptados independientemente de su país de origen	○	○	○	○	○	○	○
20	Los brasileños creen que los inmigrantes europeos son mejores que los inmigrantes africanos	○	○	○	○	○	○	○

ANEXO F

Escala de Preconceito Contra Diversidade Sexual e de Gênero – Revisada (PCDSG-R)

Marque como você responderia às seguintes afirmativas utilizando a escala de cinco opções descrita abaixo. Por favor, responda CUIDADOSAMENTE e HONESTAMENTE a cada pergunta. É importante indicar como você se sente AGORA e não como você pode ter-se sentido no PASSADO. Algumas das situações podem ser estranhas para você, mas tente pensar sobre situações semelhantes que você possa ter vivenciado. Responda a cada item e não se preocupe com suas respostas anteriores. Não há respostas certas ou erradas.

1 – Discorda totalmente / 2 – Discorda um pouco / 3 – Não concorda, nem discorda
4 – Concorda um pouco / 5 – Concorda totalmente

	1	2	3	4	5
1) Sexo entre dois homens é totalmente errado.					
2) Eu acho que os homens gays são nojentos.					
3) A homossexualidade masculina é uma perversão.					
4) Eu preferiria que meus filhos fossem heterossexuais					
5) Eu acho que as mulheres lésbicas são nojentas.					
6) Eu não me sentiria a vontade em consultar com um médico homossexual					
7) Os homens que se comportam como mulheres deveriam se envergonhar.					
8) O casamento entre mulheres lésbicas deveria ser proibido.					
9) As crianças deveriam brincar com brinquedos apropriados para seu próprio sexo.					
10) As mulheres que se veem como homens são anormais.					
11) Eu não confio em lésbicas					
12) As meninas masculinas deveriam receber tratamento.					
13) Os homens afeminados não me deixam à vontade.					
14) Eu iria a um bar frequentado por travestis.					
15) As mulheres masculinas não me deixam à vontade.					
16) Travestis me dão nojo.					
17) Eu não consigo entender por que uma mulher se comportaria feito um homem.					
18) Homens e mulheres deveriam ser proibidos de mudar de sexo.					

ANEXO G

Escala de Racismo Moderno

Por favor, leia atentamente cada um dos itens abaixo **sobre as pessoas negras** e em seguida, indique seu grau de concordância com cada um deles. Por gentileza responda todos, utilizando a escala abaixo, coloque ao lado de cada item o número que melhor representa sua resposta.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

	1	2	3	4	5	6	7
1) As pessoas negras têm conseguido mais do que merecem							
2) As pessoas negras recebem muito respeito e consideração							
3) As pessoas negras são muito exigentes em relação aos seus direitos							
4) A discriminação não é um problema do Brasil							
5) As pessoas negras têm muita influência política							
6) As pessoas negras não necessitam de ajuda, apenas devem se esforçar							
7) As pessoas negras devem superar o preconceito sem apoio como aconteceu com outros grupos							
8) As pessoas negras são mais habilidosas em trabalhos manuais							
9) As pessoas negras possuem maior habilidade culinária							
10) Estão em moda as danças das pessoas negras pela sensualidade que expressam							
11) Tem-se dada demasiada importância aos seus movimentos de protesto							
12) Parece pouco prudente dar importância as queixas da população negra							
13) As pessoas negras apresentam melhor desempenho em modalidades esportivas							
14) As pessoas negras possuem uma beleza diferente							

ANEXO H

Escala de Atitudes em Relação à Imigração (EARI)

Imigrantes são todas aquelas pessoas que por algum motivo saem de seus países de origem e vão viver em outros países. Abaixo seguem vinte afirmativas que tratam sobre a imigração. Não existem respostas certas ou erradas, por isso seja o mais sincero possível, pois queremos saber como as pessoas pensam sobre o tema. Marque **1 (discordo totalmente)** até **7 (concordo totalmente)**:

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

Item		1	2	3	4	5	6	7
01	Pessoas de raça/etnia diferente da minha devem ser aceitas no Brasil	○	○	○	○	○	○	○
02	Todo ser humano deveria ter o direito de imigrar	○	○	○	○	○	○	○
03	Imigrantes que vem da Europa (Ex. França, Alemanha, etc.) podem vir morar no Brasil e ter os mesmos direitos que os brasileiros	○	○	○	○	○	○	○
04	Os imigrantes ocupam vagas de emprego que seriam dos brasileiros	○	○	○	○	○	○	○
05	A criminalidade aumenta com a entrada de imigrantes	○	○	○	○	○	○	○
06	Os imigrantes devem viver conforme os nossos costumes	○	○	○	○	○	○	○
07	Os imigrantes enriquecem a nossa cultura com os seus costumes	○	○	○	○	○	○	○
08	Imigrantes que vem da América Latina (Ex. Bolívia, Venezuela, etc.) podem vir morar no Brasil e ter os mesmos direitos que os brasileiros	○	○	○	○	○	○	○
09	A pobreza aumenta com a entrada de imigrantes	○	○	○	○	○	○	○
10	Pessoas que não falam português devem ser aceitas no país	○	○	○	○	○	○	○
11	Os imigrantes deveriam ser expulsos do nosso país	○	○	○	○	○	○	○
12	Os imigrantes devem ter os mesmos direitos que os brasileiros	○	○	○	○	○	○	○
13	As pessoas devem ser aceitas independentemente de sua raça/etnia	○	○	○	○	○	○	○
14	Imigrantes que vem da África (Congo, Senegal, etc) podem vir morar no Brasil e ter os mesmos direitos que os brasileiros	○	○	○	○	○	○	○
15	Gostaria de ter imigrantes morando na minha cidade	○	○	○	○	○	○	○
16	Os imigrantes são uma ameaça aos nossos costumes	○	○	○	○	○	○	○
17	Os imigrantes devem poder viver de acordo com os costumes de seu país de origem	○	○	○	○	○	○	○
18	Somente pessoas de raça/etnia igual a minha devem ser aceitas no país	○	○	○	○	○	○	○
19	As pessoas devem ser aceitas independentemente de seu país de origem	○	○	○	○	○	○	○
20	Imigrantes que vem da Europa são melhores do que aqueles que vêm da África	○	○	○	○	○	○	○