



Representações sociais de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre aspectos do processo migratório venezuelano ao Brasil

Pedro Henrique Conte Gil^{1*}, Alice Einloft Brunnet² e Adolfo Pizzinato¹

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600, 900350-03, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ²Université Paris Nanterre, Nanterre, França. *Autor para correspondência. E-mail: pedrohcontegil@gmail.com

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 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 have been identified which associate Venezuela and the Venezuelan migration process with a series of hardships, 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.

Received on February 4, 2025.

Accepted on May 26, 2025.

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 n.º 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 orientar 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: “Qualquer 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, conseqüentemente, 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 à comunidade local, mesmo que essa 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 à 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 à 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 às outras pessoas em geral assim eles ficam um pouco mais resistentes ao ‘não’” (E17, grifo nosso). 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 à 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 ilegalmente: “É um pouco daquilo que a gente disse assim de tipo: ‘ah, vocês não são daqui tão usando o nosso sistema’” (E19). Nesse aspecto, há 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 à 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 e considerações finais

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, conseqüentemente, 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 difundidas 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 universalidade 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 representações 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 sensibilizam 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 hospitalares 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 arrecadados 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., Foad, 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
- Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). Diversidade cultural e saúde. In P. Amarante, & A. M. Costa, *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), e190730. <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(1), 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)*. 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), 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(1), 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. (2024). 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. (2011). 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*. 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/18080.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/113445.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. *Geosp – Espaço e Tempo*, 23(1), 144-162.
- Méndez, C. G. T. (2019). Venezuela: contexto, análisis y escenarios. *Revista Mexicana de Sociología*, 81(2), 443-455.
- 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(1), 327-344.
- 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(1), e56000. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.56000>
- Romero, D. E., Freitez, A., Maia, L. R., & 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. (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>