



Mulheres imigrantes na Atenção Básica em Saúde: trajetórias venezuelanas no norte do Rio Grande do Sul

Stéfanni Vargas Silveira*, Fabiana Schneider e Priscila Pavan Detoni

Universidade Federal da Fronteira Sul, Rua Capitão Araújo, 20, Centro, 99010-200, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: psi.stefanni@gmail.com

RESUMO. O processo migratório da Venezuela para o Brasil traz desafios no âmbito social, econômico e no cuidado em saúde. O gênero feminino, ao participar deste percurso, vivencia maiores exposições a riscos de violências e vulnerabilidades associadas, bem como barreiras a serviços de saúde que garantem os direitos sexuais e reprodutivos. A Saúde da Mulher foi uma das primeiras áreas prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS), com investimentos significativos na Atenção Básica, visando ao cuidado integral e à promoção da saúde das mulheres em todas as fases da vida. Este artigo visa compreender a experiência de migração de mulheres venezuelanas atendidas no território de Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma cidade do norte do Rio Grande do Sul. O estudo, conduzido entre março de 2024 e fevereiro de 2025, utilizou uma abordagem de pesquisa-intervenção. Foram aplicados questionários sociodemográficos e realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 mulheres imigrantes venezuelanas. A partir da análise de conteúdo, foram elencadas três categorias de análise: ‘O caminhar: a experiência de migração e remigração das mulheres venezuelanas’; As percepções sobre Saúde da Mulher da Venezuela e no Sul do Brasil, e por fim, Menos barreiras, mais conexões: Desafios para melhor acolher. Ademais, abordam-se os meios de intervenção adotados, como a Educação Permanente para trabalhadores da saúde e a Educação Popular em Saúde para as imigrantes. Esse trabalho poderá contribuir no acolhimento de mulheres em condições de refúgio, bem como ampliar discussões para a qualificação do cuidado via educação permanente das equipes e educação popular das mulheres imigrantes.

Palavras-chave: migração; saúde da mulher; relações de gênero; xenofobia.

Immigrant women in primary health care: Venezuelan trajectories in the north of Rio Grande do Sul

ABSTRACT. The migration process from Venezuela to Brazil presents challenges in the social, economic, and healthcare domains. Women, by participating in this journey, face greater exposure to violence and vulnerabilities, as well as barriers to healthcare services that ensure sexual and reproductive rights. Women's health was one of the first priority areas in the Brazilian Unified Health System (SUS), with significant investments in Primary Care, aiming at comprehensive care and the promotion of women's health at all stages of life. This article aims to understand the migration experience of Venezuelan women attended in the Estratégia Saúde da Família (ESF) territory in a city in the northern region of Rio Grande do Sul. The study took place between March 2024 and February 2025, using a methodological approach of intervention research, including a sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews with 10 Venezuelan immigrant women. Content analysis was employed, with three categories of analysis identified: ‘The journey: the migration and remigration experience of Venezuelan women’; Perceptions of women's health in Venezuela and southern Brazil; and finally, ‘Fewer barriers, more connections: Challenges to better welcome’. This work could contribute to the reception of women in refugee conditions, as well as broaden discussions on improving care through ongoing education for healthcare teams and popular education for immigrant women.

Keywords: Migration; women's health; gender relations; xenophobia.

Received on February 26, 2025.

Accepted on June 26, 2025.

Introdução

Nos caminhos incertos da mobilidade humana, a esperança se torna palavra guia nos passos dos que buscam refúgio. São vozes silenciadas pela dor, mas também pela promessa de um amanhã quando a terra será mais generosa e acolhedora. Carrega-se na bagagem o peso das memórias e da angústia de reconstruir,

enquanto o horizonte se desenha impreciso e distante. Durante a trajetória de migração, as demandas de saúde acompanham os sujeitos em todas as etapas, nos cuidados emergenciais ou na busca por melhores condições de vida. A mobilidade humana passou a ser uma realidade discutida nas políticas sanitárias e tornou relevante a adoção de políticas públicas para o cuidado integral à saúde dos imigrantes (Granada & Detoni, 2017; Aragão et al., 2023). No Brasil, a assistência em saúde pública, fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é reforçada pela nova Lei da Migração, por intermédio dos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, nos diferentes níveis de complexidade assistencial (Lei nº 13.445, 2017).¹

O SUS é um dos sistemas públicos de saúde mais complexos do mundo, garantindo acesso universal e gratuito com atenção integral (Brasil, 2023). Foca na qualidade de vida, prevenção e promoção da saúde, incluindo a população migrante. A Atenção Básica (AB), porta de entrada do sistema, deve estar próxima da realidade das pessoas. Seus princípios envolvem continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, participação social, vínculo e equidade (Lei nº 13.445, 2017).

A equidade na ABS visa oferecer cuidados de saúde conforme as necessidades e as capacidades de cada indivíduo, buscando minimizar desigualdades. Portanto, estar perto de quem se cuida é uma das propostas das Estratégias de Saúde da Família (ESF): promover a reorientação do processo de trabalho e ampliar a resolutividade da saúde de pessoas e coletividades (Brasil, 2023). A migração internacional, embora reconhecida em lei, ainda gera discriminação e preconceitos xenofóbicos, raciais, de gênero e classe. Esses desafios refletem nos serviços de saúde, nos quais dificuldades de adaptação sociocultural, barreiras linguísticas, diferentes percepções sobre saúde e falta de informação tornam-se obstáculos para imigrantes (Rodrigues et al., 2021).

A exemplo da Venezuela, a crise econômica e política segue como principal motor de migração, em que mulheres, crianças e adolescentes compõem um grupo expressivo e vulnerável entre os refugiados. O Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes, a partir da Organização Internacional para as Migrações (2024), em informe atualizado sobre migração venezuelana, apontou que, entre janeiro de 2017 e setembro de 2024, houve um balanço de movimentações de 626.885 mil imigrantes pelo Brasil, sendo 41% mulheres.

Na Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela, o Brasil está como o terceiro país da América Latina e Caribe a receber refugiados e migrantes (Organização Internacional para as Migrações, 2024; Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela, 2024). Em crises humanitárias, mulheres e meninas são mais prejudicadas, pois algumas das suas necessidades específicas, muitas vezes, tornam-se inviabilizadas pela falta de escuta e compreensão. Segundo a Organização das Nações Unidas Mulheres (2022), o processo de feminização das migrações, seja pelas necessidades pessoais ou coletivas, ou pelas necessidades de familiares, torna-se um risco à população imigrante feminina e pode gerar maior exposição às violências.

Diante da saturação populacional na região Norte do Brasil, a região Sul passou a receber um número expressivo de migrantes, muitos deles motivados por oportunidades na agroindústria. Esse movimento resultou em um aumento considerável de famílias atendidas pelo SUS. Conforme a Secretaria Estadual da Saúde (2023) no Rio Grande do Sul, a macrorregião Norte ocupa a segunda posição em concentração de migrantes internacionais registrados no sistema de saúde, ficando atrás apenas da macrorregião Metropolitana (39,2%), que abrange a capital do Estado.

Esse contexto expressa dinâmicas estruturais ligadas a crises migratórias e desigualdades socioeconômicas, que impactam diretamente a organização e a capacidade de resposta dos serviços locais de saúde, exigindo políticas públicas inclusivas, culturalmente sensíveis e territorialmente adequadas. No cotidiano das equipes, essas transformações se manifestam em demandas crescentes e diversificadas de cuidado.

A principal porta de entrada ao SUS é a Atenção Básica (ABS), especialmente por meio da ESF, que oferece atendimento multiprofissional (Aragão et al., 2023). Cabe à ESF orientar as famílias e garantir cuidado contínuo, considerando aspectos culturais e sociais. A saúde das mulheres é prioridade nesse nível, com ações preventivas e integrais ao longo do ciclo de vida. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a ABS facilita o acesso ao pré-natal, planejamento familiar e prevenção de cânceres (Brasil, 2011).

Para a pesquisa que será discutida neste artigo, estudou-se uma ESF de um município de médio porte² que apresenta, entre os cadastros ativos, aproximadamente 4,45% de pessoas com nacionalidade venezuelana,

¹ A Lei da Migração, Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, em congruência com a Constituição Federal Brasileira de 1988, garante a todos os imigrantes o acesso à saúde, conforme Capítulo 3, itens I e XI: “[...] universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; [...] acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social” (Lei nº 13.445, 2017).

² De acordo com o IBGE (2010), um município de médio porte possui entre 20.000 e 100.000 habitantes.

sendo 49,03% do sexo feminino. O território vinculado a essa ESF possui a maior população venezuelana adscrita deste município. Em vivências em rede foram percebidos desafios no manejo de casos envolvendo a população venezuelana, evidenciadas lacunas significativas no entendimento de aspectos culturais dessa população e fragilidades nas práticas de saúde voltadas para as mulheres. Essa inter-relação entre os âmbitos estruturais e operacionais destaca a necessidade de articular ações de saúde que integrem as demandas de cada contexto, mesmo que não existam políticas públicas de saúde específicas para os migrantes venezuelanos, mas é possível desenvolver ações em nível interpessoal dos profissionais dos serviços de saúde (Gil et al., 2025).

Conhecer aspectos culturais para qualificar a prática é um processo dinâmico entre saúde e migração, aliado à expansão das políticas públicas e ao treinamento adequado de profissionais e imigrantes (Ferreira & Detoni, 2021). Refletir sobre o cuidado no SUS, especialmente nas ESF, revela desafios e potencialidades no atendimento às mulheres migrantes. Desse modo, esta pesquisa-intervenção busca compreender o processo de migração e as percepções de mulheres imigrantes venezuelanas, adscritas em um território de ESF de uma cidade de médio porte localizada no Norte do estado do RS, sobre a Saúde da Mulher.

Por conseguinte, este artigo apresenta, inicialmente, a escolha da pesquisa-intervenção e os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados. Em seguida, são discutidas as categorias emergentes: O caminhar - a experiência de migração e remigração das mulheres venezuelanas; As percepções sobre Saúde da Mulher na Venezuela e no Sul do Brasil; e Menos barreiras, mais conexões - desafios para um acolhimento mais efetivo. Ademais, abordam-se os meios de intervenção adotados, como a educação permanente para trabalhadores da saúde e a educação popular para as imigrantes. Por fim, as considerações finais sintetizam as reflexões e contribuições do estudo relacionando os principais achados ao contexto investigado.

Ponto de partida: a pesquisa-intervenção

O caminhar da pesquisa-intervenção é uma jornada que entrelaça ação e conhecimento, e busca transformar realidades através de intervenções planejadas e adaptativas. Cada passo nesse processo é uma oportunidade de aprendizado contínuo, cuja teoria e prática se encontram na construção coletiva. A pesquisa-intervenção na Residência Multiprofissional em Saúde da Família desafia, ao longo de dois anos, a envolver-se eticamente com os territórios de saúde e a considerar experiências práticas e demandas comunitárias para pesquisa e intervenção no campo (Silva et al., 2024).

Assim, a pesquisa-intervenção, aliada à promoção em saúde, possibilita construções coletivas de reflexão e transformação. A partir de Mendes et al. (2016), busca-se promover a autonomia e valorizar a participação ativa. Essa proposta exige, metodologicamente, não apenas investigar, mas também agir de forma colaborativa e transformadora no território. Ao focar em mudanças, a pesquisa prioriza a construção de sentidos e o reconhecimento das experiências individuais e coletivas, adotando uma perspectiva crítica que valoriza a subjetividade e a ressignificação das vivências. Nesta pesquisa, busca-se compreender o processo migratório e as percepções de mulheres imigrantes venezuelanas sobre a Política de Saúde da Mulher no Brasil, por meio da escuta ativa, da sensibilidade às suas histórias e da reflexão sobre abordagens de cuidado mais adequadas às suas realidades.

O estudo foi realizado entre março de 2024 e fevereiro de 2025, com 10 mulheres imigrantes venezuelanas, com idades entre 18 e 65 anos e que foram acompanhadas na ESF por um período mínimo de seis meses. A pesquisa-intervenção foi trilhada e construída em coletivo, com a participação de membros da equipe da ESF e das mulheres imigrantes escutadas. O sigilo e a voluntariedade foram assegurados em todas as etapas do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado em português e espanhol, após aprovação do Comitê de Ética da UFFS, Parecer: n. 6.776.642.

A coleta de dados foi realizada nas seguintes etapas: 1) Busca ativa de dados das usuárias no sistema de prontuários integrados das ESF do município, utilizando login e senha da pesquisadora referência na ESF. A busca, realizada em maio de 2024, gerou um relatório com uma listagem de cerca de 42 usuárias, que permitiu identificar necessidades socioeconômicas e de saúde dessa população, bem como aproximar novas ações na ABS (Brasil, 2023); 2) Discussão do relatório em reunião com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do território, a fim de identificar mulheres venezuelanas moradoras de microáreas e as primeiras impressões das profissionais sobre a pesquisa; e, 3) Agendamento e realização de visitas domiciliares. Caso as mulheres concordassem em participar do estudo. 4) Amostragem conhecida como 'bola de neve'.³ Para alcançar o total de 10 entrevistadas, as primeiras 5

³ A estratégia de indicação, conhecida como amostragem por bola de neve e não probabilística, é utilizada para fins exploratórios, com três objetivos principais: testar a viabilidade

mulheres foram convidadas a indicarem mais uma mulher venezuelana que atendesse aos critérios de inclusão; 5) As entrevistas foram agendadas para a aplicação do questionário sociodemográfico e das entrevistas semiestruturadas. O questionário, baseado nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁴, abordou idade, sexualidade, raça/cor autodeclarada, estado civil, renda familiar, espiritualidade/religião, escolaridade, moradia, contexto familiar, ocupação, atividade física e uso de álcool e drogas. A aplicação ocorreu em salas multiprofissionais da ESF. As entrevistas semiestruturadas possibilitaram uma análise aprofundada dos processos migratórios e das percepções sobre a Saúde da Mulher (Creswell & Poth, 2018; Flick, 2020). Foram conduzidas em espanhol, português ou ambos, conforme a preferência das participantes. Todo o material foi gravado, transscrito e traduzido do espanhol. 6) Durante todas as etapas da pesquisa, foram realizadas anotações em diário de campo, meio que consiste em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões fundamentais para traçar os rumos da pesquisa-intervenção. A escrita dessas experiências pode gerar reflexões que desencadeiam novos afetos, os quais, por sua vez, provocam novas análises (Kroef et al., 2020); e, 7) Devolutiva na forma de intervenção e atividade da Educação Permanente (EP) com as ACS, e na forma de Educação Popular em Saúde para as mulheres imigrantes participantes.

Desbravar o desconhecido: a análise de dados a partir da aproximação com mulheres imigrantes venezuelanas

A análise dos dados seguiu a abordagem hermenêutica-dialética de Minayo (2002), com três etapas: a ordenação dos dados, que envolveu o mapeamento das informações coletadas que envolveram de 1 a 5 etapas da metodologia, a classificação e a organização dos conteúdos em categorias de análise; e, a articulação dos dados com os objetivos da pesquisa. Ao longo da análise, os nomes das participantes aparecem identificados com flores nativas da Venezuela (Briceño & Morillo, 2006) para destacar o simbolismo do feminino e as raízes culturais das participantes. Essa abordagem busca enaltecer a identidade das mulheres envolvidas, reforça a conexão com a natureza e seu país de origem e, ao mesmo tempo, preserva sua privacidade.

Esta pesquisa constituiu-se como o primeiro estudo acadêmico relacionado às mulheres imigrantes venezuelanas no território investigado, com o objetivo de compreender suas vivências no acesso aos serviços de saúde no Sul do Brasil, com ênfase na Saúde da Mulher na ABS. Para tanto, as entrevistas semiestruturadas tiveram duração estimada de 40 minutos por participante. As questões da entrevista abordaram os fatores determinantes da migração, e a comparação com os serviços de saúde do país de origem das entrevistadas e as suas vivências no acompanhamento em saúde e demais áreas no Brasil. Ademais, investigou-se os seus conhecimentos sobre Saúde da Mulher e utilização de serviços, como exames, vacinas, medicamentos e atendimentos. Também foram explorados aspectos da saúde reprodutiva, incluindo o uso de métodos contraceptivos e breve histórico clínico. Por fim, a entrevista buscou identificar, a partir da perspectiva das participantes, possíveis aprimoramentos na assistência à Saúde da Mulher na ABS.

A Tabela 1 a seguir apresenta as características sociodemográficas das participantes, oferecendo uma visão detalhada sobre idade, filhos, renda, escolaridade, raça/cor e religião. Esses dados são importantes para compreender as condições de vida das mulheres imigrantes venezuelanas e os desafios que enfrentam.

Tabela 1. Participantes da pesquisa.

| Participante | Idade | Filhos | Renda* familiar | Escolaridade** | Método Contraceptivo | Raça/Cor | Religião |
|-----------------------|-------|--------|-----------------|---------------------|--------------------------|----------|------------------|
| 1 Flor de Mayo | 36 | 0 | até 1 | TS em Administração | pílula | parda | acredita em Deus |
| 2 Flor de Bora | 30 | 1 | 1 a 2 | ES | DIU | parda | cristã |
| 3 Flor de Araguaney | 46 | 3 | 2 a 3 | ES + Pós | ligadura | parda | cristã |
| 4 Flor de Bucare | 41 | 3 | 4 a 5 | EM | | parda | cristã |
| 5 Cayena | 45 | 3 | 2 a 3 | ES | injeção | branca | cristã |
| 6 Flor de Onoto | 20 | 2 | 2 a 3 | EM I | gestante, usava Implanon | parda | cristã |
| 7 Flor de Cardón | 49 | 4 | 1 a 2 | EM I | menopausa | negra | católica |
| 8 Flor de Heliconia | 20 | 0 | 4 a 5 | EM | não | indígena | católica |
| 9 Lupino Andino | 33 | 2 | até 1 | ES | injeção | branca | católica |
| 10 Flor de Passiflora | 25 | 2 | 1 a 2 | EM | injeção | parda | evangélica |
| Média | 34,5 | 2 | 2 a 3 | | | parda | cristã |

* Renda familiar em salários mínimos. ** TS: Técnico Superior; ES: Ensino Superior; EM: Ensino Médio; Pós: Pós-Graduação; I: Incompleto.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

A partir do mapeamento das informações obtidas nos questionários sociodemográficos e apresentadas na tabela acima, pode-se afirmar que a média de idade das dez mulheres imigrantes venezuelanas entrevistas pela pesquisa foi de 34,5 anos, e que a maioria se autodeclara parda e de religiões cristãs. Todas as

de um estudo mais amplo, desenvolver métodos para etapas subsequentes ou aprofundar a compreensão de um tema (Vinuto, 2014).

participantes se declararam cisgênero e heterossexuais. A respeito do estado civil, a maioria se apresentou como solteira; contudo, seis delas residiam com companheiros e filhos, o que revelou uma dinâmica familiar distinta da categoria legalmente registrada.

A respeito da moradia, as entrevistadas se encontravam em casas alugadas, tendo uma média de 3,87 pessoas por habitação. A renda familiar da maioria era de 2 e 3 salários mínimos. Sobre a escolaridade, apresentaram ensino superior completo (4), seguido por ensino médio completo (3). O número de participantes com ensino médio incompleto foi inferior (2), assim como aqueles com técnico superior (1). Do trabalho tem-se: formal (4), informal com faxinas (3), e desemprego (2). As do trabalho formal encontraram-se como: supervisora (1), auxiliar de produção em frigorífico (1), e, atendente de lancheria (1). Na Venezuela, Equador e Peru essas venezuelanas foram professoras, pedagogas, técnicas de enfermagem; ou seja, tiveram ocupações com menor precarização do trabalho e de acordo com suas formações não validadas no Brasil. Em relação à prática de atividades físicas, todas as participantes afirmaram estarem sedentárias, devido à jornada de trabalho exaustiva junto às funções domésticas.

Para organizar a análise dos dados, as próximas seções foram estruturadas em categorias temáticas, permitindo uma compreensão dos diferentes aspectos abordados na pesquisa. Cada categoria reflete um eixo central de discussão, possibilitando a identificação de padrões e particularidades na experiência das mulheres imigrantes venezuelanas.

O caminhar: a experiência de migração e remigração das mulheres venezuelanas

A mobilidade venezuelana, que se intensificou a partir de 2015 devido ao agravamento da crise econômica e social, levou muitos venezuelanos a buscaram refúgio nos países vizinhos. No Brasil, a Operação Acolhida, organizada pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (2023) desde 2018, realoca voluntária e gratuitamente imigrantes venezuelanos para estados do Brasil com melhores oportunidades socioeconômicas, beneficiando mais de 100 mil pessoas. A Operação Acolhida estrutura-se em três frentes: (a) ordenamento de fronteira, com triagem e regularização documental em Pacaraima e Boa Vista, Roraima/Brasil; (b) abrigamento; e, (c) interiorização, promovendo deslocamento para outros estados, priorizando emprego e reunificação. O Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, em 2023, analisou que, das localizações que mais recebem imigrantes, 72% foram registradas em Unidades da Federação (UF) localizadas na região Norte do Brasil. Entre os estados brasileiros, Roraima apresentou o maior percentual de solicitações apreciadas (51,5%).

Dentre os percalços do processo migratório, duas participantes desta pesquisa fizeram os seguintes relatos sobre o trajeto que fizeram na divisa de Santa Helena de Guairé, na Venezuela, com Pacaraima, estado de Roraima no Brasil: “[...]eu passei num refúgio quatro meses e já estou aqui há seis meses. [...] primeiro estive em Pacaraima e depois em Boa Vista” (Lupino Andino);

Passamos nove meses em refúgio e na rua, porque o abrigo nos acolheu por uma ou duas semanas. Não é uma coisa que você chega lá e eles já te abrigam. Quando você é novo, eles te abrigam por três dias e te dão café da manhã, almoço e jantar. E três dias depois, depois de ajeitar a papelada, [...] aí preferimos dormir na rua(Flor de Bucare).

Baeninger e Silva (2018) destacam que abrigos e centros de apoio estão concentrados nas periferias das cidades, o que dificulta o acesso a serviços e empregos. Essa realidade pode ser associada às ideias de Fassin (2007) que discute as migrações na obra *A saúde dos imigrantes e as patologias de importação e exportação*. Para o autor, os países receptores lidam com os impactos sociais e econômicos das crises de países de origem, criando situações de marginalização e exclusão.

Silva et al. (2024) analisaram a mobilidade dos migrantes venezuelanos em Boa Vista e destacaram como as restrições à circulação afetam a sua integração e pertencimento à sociedade local. Essas restrições dificultam a permanência de imigrantes no país, promovem a exclusão social, aumentam a vulnerabilidade e os tornam mais suscetíveis ao controle. A necessidade de seguir regulamentos coloca os migrantes em dependência de programas e instituições que, sob a aparência de assistência, podem reforçar práticas xenofóbicas (Fassin, 2008) e afetar especialmente mulheres e crianças, mais vulneráveis.

Assim, destaca-se a presença feminina nos fluxos migratórios que é motivada pela busca de sustento para os filhos, acesso à educação, fuga de relações violentas ou apoio de redes migratórias e familiares (Bertoldo, 2018). Nos relatos a seguir, as participantes compartilharam as dificuldades enfrentadas na migração com seus filhos:

Foi ruim, os meus filhos ficaram doentes, foi muito difícil [choro]. Não tem privacidade, eles não tinham sopa para a bebê. Teve uma vez que ela não mamou por 3 dias e eu não tinha o que dar para ela (Flor de Passiflora).

Foi uma coisa muito forte, especialmente pela criança que ficou doente no caminho. Eu estava desesperada porque ele estava com vômitos na estrada e no avião... isso foi horrível. Pra mim foi como um trauma porque meu filho estava doente(Cayena).

As situações descritas refletem a grave realidade enfrentada pelas populações femininas refugiadas e marcada pela falta de privacidade e infraestrutura nos abrigos. A dificuldade de acessar alimentos adequados e a escassez de cuidados básicos, como o caso de uma mãe sem recursos para se alimentar, configuram desafios significativos e impactam a qualidade de vida e a saúde de ambos. As limitações enfrentadas por quem vive essa realidade são inúmeras e marcam suas vidas com desafios emocionais e físicos que comprometem a segurança alimentar e os direitos humanos.

O destino dos venezuelanos é definido pelas autoridades brasileiras considerando o seu acolhimento e sua integração, embora os imigrantes possam indicar preferências (Brasil, 2020), como a interiorização que representa uma chance de recomeço. A maioria das mulheres entrevistadas escolheu o Norte do RS pelas oportunidades na agroindústria. A angústia pela saída e a busca por uma vida melhor intensificam a adesão à interiorização, a qual consiste no deslocamento de imigrantes venezuelanas para estados brasileiros com vistas ao emprego e à reunificação familiar e social:

Tínhamos muitos conhecidos que estavam no Brasil, em outras cidades, mas que não davam certo e vieram para o Sul. Eles comentaram que aqui tinha muito emprego, a qualidade de vida é muito melhor que no Norte. [...] Gostamos muito daqui (Flor de Bora).

Comum entre os imigrantes, esse processo é conhecido como migração em cadeia, ocorre quando um membro da família se estabelece no novo local e cria condições para a chegada dos demais (Boyd & Nowak, 2012). No caso dos venezuelanos no Brasil, esse fluxo reflete tanto a busca inicial por estabilidade econômica quanto a necessidade de reunir e proteger a família após a adaptação do primeiro migrante, e demonstra dinâmicas migratórias e de papéis de gênero: “Primeiro veio o meu marido, depois eu vim e trouxemos a minha filha, minha mãe, meu pai e meu irmão. Agora todos estão aqui”(Flor de Araguaney).

Desde 2019, a exigência de visto em diversos países tem dificultado o deslocamento de migrantes venezuelanos e limitado a sua mobilidade. Esse foi outro fator importante das entrevistas; duas mulheres relataram situações de emigração anteriores do Peru ao Brasil, como cita Flor de Mayo:

Fui de Lima para Porto Maldonado, até Assis [...] é a fronteira do Peru com o Brasil. Ali, solicitei o protocolo de residência com meus documentos. Esse protocolo é minha célula aqui; eles entregam um documento que permite transitar em toda a viagem e possibilita a busca de trabalho e tudo o que você deseja. [...] Me sinto muito feliz de estar aqui. Aqui parece a Venezuela; no Peru, é triste. A grama é artificial, é seca, o clima é desértico (Flor de Mayo).

Outra participante, Cayena, pôde viver e fazer acompanhamento gestacional no Equador: “Lá a saúde é bem boa, eles estão presentes em tudo”.

Segundo Organização Internacional para as Migrações (2024) a integração social e o acesso ao mercado de trabalho formal permanecem como desafios no Equador e no Peru. No Sul do Brasil, algumas regiões de fronteira adotam políticas como a regularização temporária para facilitar a permanência dos imigrantes. No entanto, Vasconcelos (2021) destaca a autonomia limitada dos venezuelanos devido a entraves ao acolhimento. Sua pesquisa mostra que mulheres venezuelanas, antes professoras e técnicas de enfermagem, ocupam subempregos como faxineiras e atendentes, reflexo das dificuldades na validação de diplomas e da inserção no mercado formal que limita sua autonomia (Silva & Bispo, 2021).

Nesta categoria, observou-se que as mulheres enfrentam o sofrimento da migração lidando com precariedade dos abrigos, rebaixamento ocupacional e dificuldades de renda. No entanto, elas desenvolvem estratégias de enfrentamento, como a adaptação às novas condições de vida, a migração em cadeia, a busca por melhor estabilidade econômica e social, e a reunificação familiar. A remigração reflete a contínua adaptação e superação das adversidades ao longo do processo migratório.

As percepções sobre saúde da mulher na Venezuela e no sul do Brasil

Antes da crise socioeconômica, a atenção básica na Venezuela era estruturada e tinha semelhanças com o modelo brasileiro. A Missão Barrio Adentro (MBA), criada em 2003, marcou uma virada nesse cenário. Segundo Cooper e Feo (2022), o programa possibilitava o acesso aos cuidados primários e preventivos por

meio de médicos venezuelanos e cubanos, em articulação com lideranças locais. Diferente de modelos de saúde anteriores, integrava saberes biomédicos e populares, promovendo inclusão social e tornando-se referência em justiça sanitária para populações vulneráveis. Inspirada no sistema cubano, a Missão Barro Adentro se assemelha à Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil ao priorizar o trabalho comunitário, a identificação de riscos e a vigilância em saúde com a participação popular.

A MBA e a ABS no Brasil compartilham abordagens preventivas, focadas na saúde materna, pré-natal, parto, prevenção de complicações, rastreamento precoce de cânceres e educação sobre planejamento familiar. A diferença é que a MBA foi centralizada e financiada pela exploração petrolífera, enquanto a ESF busca ser descentralizada e financiada por recursos públicos com a participação comunitária formalizada por Conselhos de Saúde e equipes. Tal como observado por Martin et al. (2018), os modelos descentralizados exigem maior envolvimento comunitário e formação cultural das equipes de saúde, o que se torna ainda mais urgente diante do acolhimento de populações migrantes.

No entanto, a crise na Venezuela impactou diretamente os indicadores de saúde, resultando na deterioração do acesso aos serviços básicos. Segundo Vargas et al. (2023), a prestação de serviços ficou prejudicada pela escassez de profissionais, falhas na infraestrutura e falta de insumos, medicamentos e vacinas. De acordo com seis das dez mulheres venezuelanas entrevistadas, o sistema de saúde pública passou por mudanças há cerca de quinze anos. Apesar das melhorias realizadas, como o MBA, a situação atual é marcada por dificuldades financeiras. Muitas gestantes recorrem ao sistema privado ou arcam com custos extras do sistema público para suprir a falta de materiais e serviços.

As falas das entrevistadas revelam a deterioração do sistema de saúde na Venezuela nos últimos quinze anos. A venezuelana nomeada na pesquisa como Flor de Bora mencionou que precisou recorrer ao atendimento particular devido às falhas do sistema público durante a gravidez de sua filha. Flor de Araguaney destacou que, antes, o sistema de saúde venezuelano era bom com seguros hospitalares, mas agora é precário, exigindo que os familiares comprem insumos e equipamentos médicos. Flor de Cardón complementa dizendo que a qualidade de vida e a saúde eram boas antes da ascensão do presidente Nicolás Maduro, quando a situação piorou. Ess mostram o impacto negativo das mudanças políticas na saúde.

O recorte histórico nomeado pelas mulheres entrevistadas remete ao ano de 2009, quando a Venezuela sofria os impactos da crise econômica mundial de 2008 que resultou em uma queda nas exportações de petróleo, seu principal meio econômico, e afetou negativamente diversos setores, incluindo a Saúde da Mulher e das famílias. O financiamento do sistema de saúde na Venezuela se compõe por recursos fiscais, exploração petrolífera, contribuições de trabalhadores e empregadores, transferências do governo e aportes de sistemas de segurança social específicos (Roa, 2018). Distinto do sistema venezuelano, o SUS defende a universalidade do acesso, o cuidado integral e a equidade, e busca atingir as pessoas em maior vulnerabilidade, como as imigrantes, apesar do subfinanciamento desde sua criação (Paim, 2018).

A escassez de recursos na saúde da Venezuela resultou na falta de acesso ao acompanhamento pré-natal, na desnutrição e na alta mortalidade materno-infantil, e também afetou as gestantes que cruzaram a fronteira para o Brasil em condições perigosas (Organização das Nações Unidas Mulheres, 2022). Como relata uma imigrante: "Tive um aborto há oito anos e, quatro anos depois. Quando engravidéi de novo e tinha nove meses, comecei a sangrar e fiquei muito mal, lembrando do meu filho perdido. Graças a Deus, minhas colegas de trabalho me tranquilizaram". Essa fala ilustra as dificuldades enfrentadas pelas imigrantes, que, além dos traumas, lidaram com a falta de suporte de saúde adequado.

Diferentemente, na acolhida no Brasil, as mulheres migrantes venezuelanas pesquisadas referem que receberam atendimento pré-natal e puerperal prontamente. Nos aspectos de direitos reprodutivos e sexuais, pré-natal e puerpério evidenciam demandas que aproximam as mulheres imigrantes venezuelanas no SUS. A busca de cuidado em serviços de saúde brasileiros potencializa o seu contato com as ESF e com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2011).

As participantes relataram dificuldades na compra de alimentos e medicações na Venezuela, o que frequentemente as fazia recorrerem aos remédios naturais e fitoterápicos. Vasconcelos (2021) aponta que a relação entre renda e alimentação, na Venezuela, piorou ao longo dos anos com uma queda significativa no poder de compra. Em 2017, o salário mínimo permitia a aquisição de menos alimentos do que em 2012, e afetava a diversidade e a qualidade da alimentação. Como Flor de Passiflora relatou: "Quando a gente ficava doente não dava pra fazer nada. Não tínhamos nem o que comer". Já Flor de Bucare destacou: "Na Venezuela, a única opção era o remédio caseiro, a menos que fosse algo grave". Essas falas evidenciam as suas estratégias para lidar com a escassez de recursos e a dependência de alternativas para manter a saúde.

A Saúde da Mulher é uma das prioridades na ABS, especialmente a saúde sexual, que contribui para a qualidade de vida, o autoconhecimento e o projeto de vida, e abrange questões físicas, socioculturais e psicoemocionais (Brasil, 2013a). Nos relatos das entrevistadas, destaca-se o cuidado contínuo. Flor de Araguaney expressou gratidão pela qualidade da saúde no Brasil e mencionou o atendimento de seus pais. Cayena afirmou que o atendimento é bom e destacou a realização de exames de rotina do ano anterior. Esses relatos evidenciam a percepção positiva sobre o cuidado contínuo nos serviços de saúde da mulher.

As percepções das mulheres migrantes sobre a saúde no Sul do Brasil variaram entre experiências positivas e desafios com os serviços. Flor de Cardón teve bons atendimentos, incluindo cirurgia para mioma e cesárea, mas enfrentou dificuldades com a mamografia, pois perdeu a consulta. Ela relata: "Atendem tudo, tenho uma amiga que foi operada por mioma e outra que fez cesárea, o atendimento é bom". Já Flor de Mayo destacou a ajuda da agente comunitária para agendar uma consulta para tratar de ovário policístico dizendo: "A agente comunitária me ajudou a conseguir a consulta médica". Essas falas refletem tanto a qualidade do atendimento, quanto às dificuldades com os acompanhamentos nos serviços de saúde.

O desafio de comparecimento aos atendimentos de saúde no Brasil, mencionado por uma das entrevistadas, pode ser causado pela falta de familiaridade com o sistema e fluxos locais, por barreiras de comunicação e por estresse de adaptação. O 'esquecimento' reflete a sobrecarga diária e a falta de suporte, apontando a necessidade de ajustes nos serviços. Por outro lado, a experiência de Flor de Mayo destaca como a busca ativa da ACS foi essencial para garantir uma consulta médica e evidencia a importância do acompanhamento contínuo no território.

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) atuam na identificação e intervenção em situações que afetam a qualidade de vida das famílias, como falta de saneamento, moradias precárias, exclusão social, desemprego, violência doméstica e acidentes (Brasil, 2009). No cuidado a populações migrantes, exercem papel fundamental como mediadoras entre as comunidades e o sistema de saúde. Diante disso, é essencial que parte da equipe invista em Educação Permanente sobre o tema, articulando as demandas do território — como o acolhimento de famílias venezuelanas — com os serviços disponíveis, a vigilância sanitária, o acompanhamento materno-infantil e as ações de promoção e prevenção em saúde.

Sobre a qualificação da Saúde da Mulher no Brasil, a entrevistada Flor de Mayo destacou a necessidade de um enfoque mais amplo na educação em saúde nas escolas, com atenção especial aos adolescentes: "Aulas nas escolas para os adolescentes, para que se cuidem mais. Os adolescentes não se cuidam; só tem uma matéria nas escolas que trata disso, que é a biologia. Deveria ter uma matéria geral que abordasse tudo". Sua colocação aponta a preocupação de muitas mulheres com a saúde mental, sexual e reprodutiva dos adolescentes, além da importância da prevenção de doenças. As demais entrevistadas não apresentaram sugestões e expressaram a percepção de que o serviço está adequado.

Assim, nesta categoria, pôde-se identificar que as mulheres venezuelanas enfrentaram desafios no campo da saúde das mulheres na Venezuela devido à escassez de recursos. Enquanto no Brasil, apesar de dificuldades iniciais, vivenciaram avanços nos atendimentos, com destaque para o suporte das ACS nas buscas ativas e para o cuidado materno-infantil. Contudo, ainda sentem a necessidade de ajustes no sistema para melhor acolhê-las nas suas vulnerabilidades, e de adaptação para garantir a compreensão adequada sobre os serviços.

Menos barreiras, mais conexões: desafios para melhor acolher

A compreensão aos imigrantes nos serviços de saúde implica a capacidade de acolhê-los, uma vez que o processo migratório acarreta na vulnerabilidade dessa condição, somada ao desconhecimento da legislação, à falta de vínculos com a população local e à dificuldade de comunicação em função do desconhecimento da língua (Granada & Detoni, 2017). Assim, a intenção de ouvir as mulheres imigrantes foi direcionada especificamente para a compreensão do que conhecem sobre Saúde da Mulher como porta de entrada para os serviços da ABS, para as suas principais dificuldades e para o que visualizam como possibilidade de melhoria no SUS.

A adesão aos serviços de saúde está ligada à autonomia das usuárias e ao reconhecimento como pertencentes do território. Para as imigrantes venezuelanas, que enfrentaram um sistema restritivo devido à crise venezuelana e uma mudança para o Brasil, é necessária uma reconfiguração dos serviços com ênfase no acolhimento. Além disso, a falta de serviços impacta sua presença no trabalho, especialmente nas indústrias que aceitam apenas atestado médico e ignoram outros cuidados multiprofissionais, resultando em perdas financeiras e/ou de benefícios.

Rodrigues (2022) aborda a influência dos contextos individual e institucional na demanda por serviços de saúde no SUS, que se alteram conforme as necessidades pessoais, os recursos disponíveis e a interpretação das equipes de saúde. No diário de campo, foram registradas queixas sobre a dificuldade de agendar consultas de Saúde da Mulher, como relatado por uma participante: "Às vezes, meus filhos estão doentes e não consigo marcar consulta, ligo e sempre dá ocupado". Apesar de terem a mesma nacionalidade, mulheres venezuelanas enfrentam obstáculos no agendamento aos serviços de saúde, sendo necessária a inclusão de uma Discagem Direta à Distância (DDD) distinta para cada uma. No município pesquisado, os atendimentos médicos e odontológicos são agendados por telefone, com número gratuito, a partir das 6 horas da manhã, de segunda a sexta-feira, garantindo cerca de dez atendimentos por médico para cada ESF. No entanto, persiste a dificuldade de agendamento devido ao DDD de outras regiões ou países. Alguns imigrantes venezuelanos ainda utilizam o código de área internacional ou de estados brasileiros como Roraima e São Paulo.

Ainda sobre as barreiras de acesso ao sistema, há uma lacuna na dinâmica assistencial do município pesquisado, referente a retirada do método contraceptivo subcutâneo, denominado como Implanon, das participantes que fizeram a colocação em outro país. Um estudo da Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2021a, 2021b) aponta que a dificuldade de acesso à remoção de contraceptivos de longa duração pode levar à continuidade indesejada do método, impactando a autonomia reprodutiva das mulheres. A participante Cayena relatou dificuldades enfrentadas para que pudesse retirar o seu Implanon:

Vim aqui no posto e me mandaram para o hospital. No hospital, o primeiro médico disse que só fazia se fosse uma emergência, e o segundo me disse que eu precisava do encaminhamento do posto. Aí voltei ao posto para buscar o encaminhamento, voltei ao hospital e me mandaram para outro posto. Depois me mandaram para cá de novo, e daqui para o hospital novamente, onde finalmente fizeram. A médica me disse que demorou tanto porque ninguém quer fazer (Cayena).

Embora o método tenha sido incorporado ao SUS em abril de 2021, a resistência à sua remoção gera um ciclo de reencaminhamentos entre os serviços, uma verdadeira "porta giratória" burocrática. Essa dinâmica transfere a responsabilidade do procedimento para diferentes serviços sem oferecer uma solução concreta, sobrecarrega o sistema e prolonga o atendimento. A falta de clareza nos fluxos de cuidado e a omissão de parte das equipes médicas não apenas dificultam o acesso ao direito reprodutivo das usuárias, mas também impactam negativamente sua confiança no sistema de saúde.

Ainda sobre saúde sexual e reprodutiva, seguindo os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas, observa-se que há uma tendência entre as mulheres venezuelanas de terem filhos cedo, em termos de faixa etária, influenciadas por fatores culturais, econômicos e de acesso a informações. Tradicionalmente, a maternidade é vista como um papel central na vida das mulheres, especialmente em áreas rurais e conservadoras. A predominância do catolicismo e do evangelicalismo reflete uma característica religiosa importante da Venezuela, onde as duas vertentes do cristianismo são as mais comuns. Esse fator pode influenciar os valores, a moralidade e a visão de mundo dessas mulheres, aspectos que frequentemente estão ligados à identidade cultural e social de um povo.

A crise econômica, a falta de acesso à educação sexual e a métodos contraceptivos contribuíram para a alta taxa de gravidez precoce. Além disso, a migração e as dificuldades associadas também impactam as decisões reprodutivas. No entanto, com o aumento da inserção dessa população na educação pública, especialmente nas áreas urbanas, muitas mulheres estão adiando a maternidade, situação que pode crescer ao longo do contato com a cultura sul brasileira (Cunha et al., 2022).

Em síntese, a utilização dos serviços de saúde pelas imigrantes venezuelanas é impactada pela vulnerabilidade da migração, por dificuldades burocráticas e pela falta de informações sobre o sistema de saúde brasileiro. A ausência de acolhimento adequado e as barreiras no agendamento e no acesso a métodos contraceptivos refletem desafios no sistema, afetando a qualidade do atendimento a essa população.

Passos lentos, traços firmes da pesquisa intervenção: a jornada da educação permanente e popular em saúde

No diário de campo, observou-se que, nas reuniões da equipe de Saúde da Família, as discussões sobre mulheres venezuelanas concentravam-se na ausência delas em consultas, especialmente nas áreas de Saúde da Mulher, pré-natal e puerpério. Também foram frequentes os questionamentos sobre suas realidades de origem, acompanhados por discursos de culpabilização e divisões simbólicas, como a oposição entre 'nós' (profissionais e moradores locais) e 'elas' (as imigrantes).

O cuidado a populações migrantes exige investimentos em estratégias interculturais. Informações amplamente compartilhadas entre brasileiros socializados dentro de padrões culturais hegemônicos — marcados por maior estabilidade e referências europeias — podem ser desconhecidas por pessoas oriundas de contextos de crise e deslocamento, o que demanda uma comunicação mais sensível e acessível.

A expressão ‘nós’ e ‘elas’ revela uma segregação discursiva que evidencia práticas xenofóbicas. Como destaca Martin et al.(2018), possuir documentação e acesso formal ao SUS não garante, por si só, um cuidado adequado. Diferenças entre imigrantes e refugiados da mesma nacionalidade são frequentemente reduzidas a características externas, como idioma, sotaque, vestimentas e costumes, desconsiderando suas reais vulnerabilidades (Silva & Oliveira, 2023). Essa lógica evidencia uma hierarquização dos fluxos migratórios, em que imigrantes não europeus — como os latino-americanos — ocupam posições subalternizadas em relação a descendentes de europeus, especialmente italianos, no território pesquisado.

Na intervenção com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), foi utilizado um processo de Educação Popular que trouxe à tona, por meio de mapas e relatos, as trajetórias das mulheres imigrantes até o Sul do Brasil. Essa abordagem não só revelou suas vivências, mas também despertou uma reflexão sobre os desafios da migração. A atividade de sensibilização buscou aumentar a consciência sobre os traumas enfrentados, usando falas anônimas para gerar empatia e sororidade, além de fortalecer o apoio mútuo entre as participantes. Assim, o processo ajudou a evitar a dupla penalização dessas mulheres, frequentemente vistas tanto como vetores quanto como receptoras de doenças (Fassin, 2007). Dessa forma, infere-se que os desafios para as equipes do SUS envolvem a inclusão da diversidade cultural e o fortalecimento da cidadania social no cuidado à saúde das mulheres migrantes.

Entre os aspectos abordados e devolvidos às ACS destacam-se a remigração das mulheres imigrantes para o Brasil, Equador e Peru; a escassez de insumos em saúde na Venezuela; as dificuldades para remoção do Implanon no SUS; e a ausência de participação das entrevistadas nos grupos da ESF. Relatos emocionados revelaram os traumas vividos na migração, suscitando reflexão coletiva sobre suas condições de saúde. Nesse contexto, a EP mostra-se essencial para qualificar os serviços e desenvolver competências profissionais, ao promover a reflexão crítica, a valorização das experiências e a transformação das práticas cotidianas (Farah, 2017; Brasil, 2007).

Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) pode ser uma aliada importante por promover o diálogo entre saberes, valorizar vivências comunitárias e fortalecer a autonomia. Reconhecida como política nacional desde 2013, a EPS amplia o acesso, qualifica o cuidado e incentiva a participação social, especialmente entre grupos marginalizados, como mulheres imigrantes venezuelanas (Brasil, 2013b). Ao longo dessa pesquisa, observou-se maior participação dessas mulheres no território, com fortalecimento de vínculos com a equipe de saúde, acesso aos serviços e maior compreensão do SUS.

Além da EP e da EPS, o Programa Saúde na Escola, viabilizado pelo SUS, destaca-se como um instrumento essencial na construção de conhecimentos e sentidos em saúde. Esse programa propicia um ambiente seguro para discutir temas como gravidez na adolescência, consentimento e violência sexual, promove a inclusão e o respeito às diversidades de gênero e orientação sexual, e fortalece a autonomia dos jovens (Brasil, 2007). Em conjunto, essas três abordagens englobam diferentes frentes – desde as equipes de saúde até a população em geral, bem como adolescentes e crianças – fornecendo informações e estratégias integradas para a promoção da saúde.

Considerações finais

As questões abordaram os motivos da sua migração, o cuidado da Saúde da Mulher nos serviços de saúde nos países de origem e de passagem, e no Sul do Brasil. Também foram exploradas questões sobre saúde sexual e reprodutiva, como o uso de métodos contraceptivos, queixas ginecológicas, de pré-natal, parto e puerpério.

As limitações do estudo podem ter viés da realidade de uma parte das imigrantes venezuelanas, visto que participaram da pesquisa por conveniência e disponibilidade, e não por amostragem. Todavia, o ponto forte desta pesquisa consta na proposta de pesquisa-intervenção que aproximou as imigrantes pesquisadas e o serviço da ABS através das buscas ativas, das entrevistas e da interlocução entre Educação Permanente e Educação Popular em Saúde para promoção e prevenção no campo da Saúde da Mulher imigrante.

A partir da restituição das entrevistas via EP com as ACS e Educação Popular com as imigrantes pesquisadas, foi possível identificar a necessidade de promover espaços de acolhimento e apoio, proporcionar informações sobre métodos contraceptivos e direitos na utilização de todos serviços do SUS, oferecer um

ambiente seguro para o compartilhamento de experiências e o fortalecimento de vínculos, e combater xenofobias, discriminações de gênero, raça, classe e religião.

A crise de saúde na Venezuela ainda persiste, embora esforços, especialmente com apoio internacional, estejam sendo feitos para mitigar seus impactos. A adesão das imigrantes venezuelanas aos serviços de saúde brasileiros depende de um processo gradual de conquista da autonomia por parte das usuárias, como o provocado por esse estudo, e do reconhecimento do SUS como política pública para a construção de um espaço de pertencimento. Para aprimorar a inserção das mulheres imigrantes no sistema, é fundamental o investimento na capacitação contínua de seus profissionais com ênfase na importância da vinculação, na melhoria dos fluxos de atendimento, especialmente nos serviços relacionados à inserção e remoção de métodos contraceptivos, e a alteração na forma de agendamento de consultas no território estudado.

A criação de espaços de integração entre mulheres e crianças venezuelanas nos serviços de saúde surge como uma proposta para dar continuidade a esta pesquisa-intervenção, e considera a complexidade das experiências dessa população de imigrantes. Esses espaços podem facilitar o acolhimento, promover o cuidado integral, fortalecer o vínculo com os serviços de saúde e atender às necessidades específicas. Essa abordagem contribui para superar barreiras no cuidado integral e equitativo, e favorece uma integração mais eficaz no sistema de saúde brasileiro.

Ademais, é necessário que os trabalhadores da saúde reconheçam e superem seus preconceitos, rompam com visões estigmatizadas, principalmente as de reprodução da xenofobia e do racismo, garantam um atendimento mais inclusivo e respeitoso, e promovam o bem-estar e a saúde das mulheres imigrantes. Assim, é imprescindível que o SUS, ao acolher as mulheres imigrantes venezuelanas, promova um atendimento que vá além da assistência básica e reconheça suas singularidades e vulnerabilidades.

Referências

- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. (2023). *Após 5 anos, estratégia de interiorização no Brasil beneficia mais de 100 mil venezuelanos*. <https://shre.ink/oIad>
- Aragão, H. T., Menezes, A. N., Oliveira, M. L. L., Santana, J. T., Madi, R. R., & Melo C. M. (2023). Demandas e utilização de serviços de saúde entre imigrantes de uma região metropolitana do nordeste do Brasil. *Escola Anna Nery*, 27, e20220068. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0068pt>
- Baeninger, R., & Silva, J. C. J. (2018). *Migrações venezuelanas: desafios e perspectivas para a América Latina*. Fundo de População das Nações Unidas.
- Bertoldo, J. (2018). Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de políticas e direitos. *Revista Katálysis*, 21(2), 313-323. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p313>
- Boyd, M., & Nowak, J. (2012). Migration networks and migration in chain. In J. Rath (Ed.), *An introduction to international migration studies* (pp. 123-145). Amsterdam University Press.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. (2007). *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Manual do agente comunitário de saúde*. Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher - princípios e diretrizes. série projetos, programas e relatórios*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013a). *Saúde Sexual e saúde reprodutiva* (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). *Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/publicacoes/folder-a-politica-nacional-de-educacao-popular-em-saude-no-sistema-unico-de-saude-pneps-sus.pdf>
- Brasil. (2020). *Operação acolhida*. Brasília, DF. <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/operacao-acolhida>
- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (2021a). *Implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) para prevenção de gravidez indesejada em mulheres entre 18 e 49 anos no*

- Sistema Único de Saúde.* Ministério da Saúde. https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/relatórios/2021/20210511_relatorio_599_implanon_prevencao_gravidez.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (2021b). *Implanon®:relatório de análise para a recomendação de inclusão no SUS.* Ministério da Saúde.
- Brasil. (2023). *Capítulo 11: busca ativa.* https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/docs/manual/PEC/PEC_11_busca_ativa/
- Briceño, B., & Morillo, G. (2006). Catálogo de las plantas con flores de los Páramos de Venezuela. Parte II. Monocotiledóneas (Liliopsida). *Acta Botánica Venezolana*, 29(1), 89-134.
- Bussa, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design choosing among five approaches.* SAGE Publications.
- Cooper, A., & Feo, O. (2022). The rise and fall of Barrio Adentro. *NACLA Report on the Americas*, 54(1), 80-86. <https://doi.org/10.1080/10714839.2022.2045102>
- Cunha, M. S., Rosa, A. M. P., & Vasconcelos, M. R. (2022). Evidências e fatores associados ao fenômeno de adiamento da maternidade no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 39, e0187. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0187>
- Farah, P. D. (2017). Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. *Revista USP*, 114, 11-30. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i114p11-30>
- Fassin, D. (2007). A saúde dos imigrantes e as patologias de importação e exportação. In D. Fassin, *Políticas da diversidade: direitos humanos e dignidade* (pp. 123-145). Unesp.
- Fassin, D. (2008). Políticas da vítima. *Public Culture*, 20(3), 363-367.
- Ferreira, D. G. S., & Detoni, P. P. (2021). Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4), e310405. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310405>
- Flick, U. (2020). *An introduction to qualitative research.* SAGE Publications.
- Granada, D., & Detoni, P. P. (2017). Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no Sul do Brasil. *Temáticas*, 25(49), 115-138. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v25i49/50.11131>
- 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*, 34(1), e240523pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240523pt>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Sinopse do Censo Demográfico de 2010.* IBGE.
- Kroef, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 464-480. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>
- Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017.* Institui a lei da imigração. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm
- Martin, D., Goldberg, A., & Silveira, C. (2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 26-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>
- Mendes, R., Pezzato, L. M., & Sacardo, D. P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar 'com'. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1737-1746. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>
- Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Vozes.
- Organização das Nações Unidas Mulheres. (2022). *Guia para acolhimento de migrantes, refugiadas e refugiados.* ONU. <https://shre.ink/oIc6>
- Organização Internacional para as Migrações. (2024). *Informe sobre a migração venezuelana: janeiro de 2017 a setembro de 2024.* https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1496/files/documents/2024-12/informe_migracao-venezuelana_jan17-set24.pdf
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

- Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela. (2024). *Refugiados y migrantes venezolanos en la región*. <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
- Roa, A. C. (2018). Sistema de salud en Venezuela: ¿Un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), e00058517. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058517>
- Rodrigues, K. P. (2022). *Desafios no acesso e serviços prestados à imigrantes na Atenção Primária em Saúde (APS) de Lajeado/RS* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Santa Cruz do Sul].
- Rodrigues, K. P., Areosa, S. V. C., & Brandt, G. B. (2021). *Política pública de acesso de imigrantes aos serviços de rede de atenção primária à saúde (APS)* [Apresentação de trabalho]. Anais do 10º Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional – atores, ativos e instituições: o desenvolvimento regional em perspectiva, Santa Cruz do Sul, RS.
- Secretaria Estadual da Saúde. (2023). *Boletim traz dados sobre saúde de trabalhadores migrantes que vivem no RS*. <https://www.estado.rs.gov.br/boletim-traz-dados-sobre-saude-de-trabalhadores-migrantes-que-vivem-no-rs>
- Silva, J. B., & Bispo, L. V. S. (2021). Perfil laboral de refugiados venezuelanos no Brasil. *Revista Renove*, 2(2), 57-71. <https://doi.org/10.52302/ren9ve.2679-0479.2021.v2.n2.4>
- Silva, J. C. J., Villaça, G., & Boson, V. P. (2024). Espacialidade e controle dos corpos: Boa Vista e a mobilidade humana venezuelana. *Cadernos Metrópole*, 26(61), e6166412. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2024-6166412-pt>
- Silva, M. L., & Oliveira, R. (2023). *O lugar do migrante e do refugiado venezuelano no Brasil: fluxos e relações sociais*. Geograficidade, 15(36), 245–266. <https://www.periodicos.uff.br/geograficidade/article/view/50438>
- Vasconcelos, I. S. (2021). *'Desejáveis' e 'indesejáveis': diferencialidades e paradoxos no acolhimento de venezuelanos/as em Roraima e no Amazonas* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Carlos].
- Vargas J. E. V., Shimizu. H. E., & Monteiro, P. S. (2023). The vulnerabilities of venezuelan immigrants in Brazil and Colombia from the perspective of Intervention Bioethics. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57(spe), e20230081. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0081en>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate entre os critérios de rigor e a fenomenologia. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>