

**PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES
VENEZUELANAS EM MANAUS E BOA VISTA**

**SÃO LUÍS, MA
MARÇO - 2025**

RAYANE SOBRINHO DE SOUSA

**PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM MANAUS E BOA
VISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Sara Fiterman Lima

Coorientador: Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy

SÃO LUÍS, MA

MARÇO - 2025

Sousa, Rayane Sobrinho

Percepções de gestores e profissionais sobre assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Manaus e Boa Vista. / Rayane Sobrinho de Sousa. – UFMA, São Luís, 2025.

114. il.

Orientador: Prof.^a Dr^a Sara Fiterman Lima

Coorientador: Prof.^a Dr^a Zeni Carvalho Lamy

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, 2025.

1. Saúde de Migrantes. 2. Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva. 3. Sistema Único de Saúde). II. Título.

**PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM MANAUS E BOA
VISTA**

Rayane Sobrinho de Sousa

Dissertação aprovada em 25 de Fevereiro de 2025 pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Sara Fiterman Lima
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy
Coorientadora
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof.^a Dr.^a Poliana Soares de Oliveira
Examinador interno
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Gomes
Examinador externo
Universidade Estadual do Maranhão - UEMA

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha mãe, Aristela Sobrinho de Sousa, e ao meu pai, Cledson Pereira de Souza, por sempre me apoiarem na busca pelos meus estudos e por me ensinarem valores insubstituíveis. A vocês, minha eterna gratidão.

À minha irmã, Letícia Sobrinho de Sousa, e à minha sobrinha, Isabela, dedico um agradecimento especial. Vocês são tão importantes para mim que não consigo encontrar palavras que expressem plenamente o amor e a admiração que sinto.

Ao amor da minha vida, Ytallo da Fonseca Freire, minha eterna gratidão. Você sempre me apoiou em todas as etapas e é a base que me faz florescer. Te amo profundamente e agradeço aos céus por nossos destinos terem se cruzado.

Aos amigos que foram essenciais durante essa jornada, minha gratidão. À Cibelly, Mikael Gardner, Ytaiana Freire, Rodrigo Natan, Emanuella, Kellen e Maressa, e tantas outras pessoas que foram direto ou indiretamente muito importantes para a construção dessa pesquisa, além disso, agradeço a todos os colegas de turma, que contribuíram de tantas formas para tornar essa experiência ainda mais rica.

Um agradecimento especial à professora Sara, minha orientadora, por tantos ensinamentos e por sua paciência em me guiar, mesmo diante dos meus erros, foi um caminho difícil, especialmente no final, mas muito obrigada por não desistir de mim, ainda que diante de tantos problemas. Me esforcei ao máximo para ser digna de sua orientação, então muito obrigada. À professora Zeni, minha coorientadora, e à professora Ruth, deixo meu mais sincero agradecimento por me ajudarem a descobrir o prazer pela pesquisa qualitativa e por serem inspirações durante essa caminhada.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) juntamente a todos os professores e a Secretaria por sempre estarem disponíveis e acessíveis em todos os momentos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para essa trajetória, o meu muito obrigada!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quadro de caracterização sociodemográfica dos profissionais e gestores participantes.....	43
Figura 2. Quadro de descrição dos resultados da análise.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
- ACNUDH - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
- ADRA - Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais
- AVSI - Associação Voluntários para o Serviço Internacional
- CRSM - Centro de Referência da Saúde da Mulher
- IMDH - Instituto Migrações e Direitos Humanos
- OBMIGRA - Observatório das Migrações Internacionais
- OIM - Organização Internacional para as Migrações
- ONU - Organização das Nações Unidas
- PADF - Fundação Pan-Americana para o Desenvolvimento
- PIB - Produto Interno Bruto
- PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PDVSA - Petróleos de Venezuela
- R4V - *Response for Venezuelans* - Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela
- ReGHID - *Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crisis in Central and South America*
- SISMIGRA - Sistema de Registro Nacional Migratório
- SPNS - Sistema Nacional de Saúde Pública
- SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva
- STI- Sistema de Tráfego Internacional
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UFMA - Universidade Federal do Maranhão
- UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
- UNFPA - *United Nations sexual and reproductive health agency*

SOUSA, Rayane Sobrinho, **Percepções de gestores e profissionais sobre assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Manaus e Boa Vista**, 2025, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 114 p.

RESUMO

A migração venezuelana para o Brasil, especialmente para as cidades de Boa Vista e Manaus, trouxe desafios significativos para o campo da assistência à saúde dessas regiões, afetando significativamente a rotina dos serviços. Em vista disso, o objetivo deste estudo foi analisar as percepções de profissionais sobre a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em duas capitais da região norte que pela proximidade com a fronteira, tem recebido grande quantitativo de migrantes. O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, construída a partir de recorte de um projeto maior denominado *Redressin Genderd Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crises in Central and South America (ReGHID)*. Considerando a população total de entrevistados do projeto ReGHID, a amostra do presente estudo foi constituída por 54 entrevistados, considerando os critérios de inclusão e exclusão propostos, sendo 32 atuantes em Boa Vista e 22 em Manaus. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas na íntegra, e analisadas a partir da técnica de Análise Temática Reflexiva por Braun e Clarke, à luz da Teoria Social de Bourdieu. Os dados foram distribuídos em três eixos temáticos: (1) Sobreposição de Fragilidades Estruturais e Divergências Culturais na Assistência a Migrantes Venezuelanos, (2) Reestruturação da Assistência à Saúde como movimentos de resposta à chegada de migrantes venezuelanos e (3) Resistência às novas dinâmicas e o efeito de Histerese. A análise sob a ótica da teoria de Bourdieu revelou tensões emergentes do encontro entre os *habitus* dos profissionais e os capitais das migrantes venezuelanas, impactando no cuidado prestado a essa população. Além disso, foram identificadas barreiras estruturais, marcadas pelo agravamento de um campo da assistência à saúde que já era deficiente antes da chegada das migrantes. Ademais, concluiu-se que a complexidade das demandas das migrantes, relacionadas a múltiplos marcadores sociais e ao contexto de migração, exigiu adaptações no atendimento. A resistência inicial dos profissionais, compreendida pelo conceito de histerese, foi superada em parte, mas desafios ainda persistem para alcançar a equidade.

Palavras-chaves: Saúde de Migrantes; Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The Venezuelan migration to Brazil, especially to the cities of Boa Vista and Manaus, has brought significant challenges to the healthcare sector in these regions, significantly affecting the routine of services. In view of this, the objective of this study was to analyze the perceptions of professionals about the healthcare assistance provided to Venezuelan migrant women in two capitals of the northern region that, due to their proximity to the border, have received a large number of migrants. This study is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, constructed from a segment of a larger project called Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crises in Central and South America (ReGHID). Considering the total population of interviewees from the ReGHID project, the sample of this study consisted of 54 interviewees, considering the proposed inclusion and exclusion criteria, with 32 working in Boa Vista and 22 in Manaus. Data were collected through semi-structured interviews, later fully transcribed, and analyzed using the technique of Reflexive Thematic Analysis by Braun and Clarke, in light of Bourdieu's Social Theory. The data were distributed into three thematic axes: (1) Overlapping Structural Vulnerabilities and Cultural Divergences in Assistance to Venezuelan Migrants, (2) Restructuring of Health Care as a Response to the Arrival of Venezuelan Migrants, and (3) Resistance to New Dynamics and the Hysteresis Effect. The analysis from the perspective of Bourdieu's theory revealed tensions emerging from the encounter between the habitus of professionals and the capitals of Venezuelan migrants, impacting the care provided to this population. Additionally, structural barriers were identified, marked by the worsening of a healthcare sector that was already deficient before the arrival of the migrants. Furthermore, it was concluded that the complexity of the migrants' demands, related to multiple social markers and the context of migration, required adaptations in care. The initial resistance of professionals, understood by the concept of hysteresis, was partially overcome, but challenges still persist to achieve equity.

Keywords: Migrant Health; Reproductive Health Services; Unified Health System

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 O processo migratório como resultado da crise	14
3.2 A Teoria de Pierre Bourdieu para o contexto migratório	19
3.3 Saúde de populações migrantes e vulnerabilidades inerentes ao contexto migratório	23
3.4 A resposta à crise migratória e o Campo da Assistência à saúde da mulher	27
3.5 O impacto nos serviços de saúde e as barreiras assistenciais	29
4 MÉTODOS	31
4.1 Tipo de Estudo	31
4.2 Local de Estudo	32
4.3 População de Estudo	33
4.4 Critérios de Inclusão	34
4.5 Critérios de Exclusão	34
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados	35
4.7 Análise dos dados	36
4.8 Aspectos Éticos e Legais	38
5. RESULTADOS	39
5.1 Artigo	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	104
ANEXOS	112

1 INTRODUÇÃO

O processo migratório venezuelano é decorrente de uma grave crise política e socioeconômica que vem se desenvolvendo a várias décadas no país (Da Silva Wendling; Nascimento; Senhoras, 2021). Milhares de pessoas saíram do seu território em busca de melhores condições de vida, fugindo das incapacidades do Estado de assegurar direitos básicos, como alimentação e saúde (Vargas; Shimizu; Monteiro, 2023).

De acordo com informativo publicado pelo Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes, a partir de dados elaborados pelo Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) de janeiro de 2017 a fevereiro de 2024, mais de 1.000.000 de venezuelanos deixaram seu país de origem e entraram em território brasileiro (Brasil, 2024). Sendo, a busca por serviços de saúde, oportunidades de emprego e melhoria da qualidade de vida, são alguns dos motivos principais do deslocamento da população venezuelana para fora de seu país (Bahamondes *et al.*, 2020).

Cerca de 49% do total de venezuelanos migrantes e refugiados no Brasil são do gênero feminino (Brasil, 2024). Mulheres de várias idades e dentre elas, muitas pertencentes a várias etnias indígenas da Venezuela, se dirigem à fronteira entre os países em busca de produtos básicos para sua subsistência e de suas famílias. Mulheres gestantes, adolescentes, vítimas de violência sexual, mulheres lésbicas e transexuais, todas com suas especificidades e necessidades específicas (Lamy *et al.*, 2023).

Grande parte delas migram em busca de serviços de saúde, devido à deterioração dos serviços públicos de saúde na Venezuela (Mocelin *et al.*, 2023). E muitas realizam jornadas cheias de perigos de várias categorias, como descreve Lamy *et al.* (2023) ao destacar os casos de violência sexual, roubos, além de períodos de longas caminhadas, por territórios íngremes, passando por quadros de fome, sede e muitos outros tormentos, no caminho ilegal criado na fronteira Brasil-Venezuela em Pacaraima (RR) durante a pandemia de Covid-19, momento em que a fronteira se encontrava fechada.

As especificidades inerentes ao gênero feminino se somam durante as etapas do processo de migração. Tais especificidades requerem a necessidade de articulação nos serviços de saúde de forma a contemplar os problemas normalmente presentes nas vidas dessas mulheres migrantes e refugiadas (Lamy *et al.*, 2023).

Na Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde tornou-se um direito universal, sendo o dever do Estado promovê-la (Brasil, 1988). Aliado a isso, a criação do Sistema Único de Saúde por meio da Lei Federal nº 8.080 em 1990, baseado nos princípios estruturantes de universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990), foi essencial para o estabelecimento da

saúde como um direito inerente à todas as pessoas em território nacional independente de sua origem (Lopes, 2021).

No Brasil a Lei de Migração nº 13.445/2017 foi um fator decisivo na ampliação de direitos e garantias fundamentais aos migrantes em território brasileiro, trazendo um olhar mais humanista acerca da situação dos migrantes e refugiados (Leviski; Lucas, 2022).

Contudo, a realidade dos serviços de assistência principalmente nas cidades de Boa Vista (RR), Manaus (AM) e claro, Pacaraima, não estavam plenamente e principalmente, estruturalmente preparadas para dar conta, da forma como descrito em lei, às necessidades das mulheres migrantes venezuelanas. Aliadas à desinformação sobre como funciona a política de saúde brasileira, a superlotação dos locais de serviço ampliaram ainda mais a complexidade da prestação de assistência (Silva, 2021).

Nesse contexto, à luz da teoria de Pierre Bourdieu e a partir do entendimento das categorias como Campo, que pode ser entendido como um espaço de disputas e relações de poder, onde diferentes agentes atuam e lutam por maior poder e legitimidade; *Habitus*, que refere-se às disposições incorporadas pelos agentes, moldadas por suas experiências sociais e que orientam suas práticas e percepções; e Capitais, sejam eles do tipo econômico, cultural, social ou simbólico, que determinam a posição de um agente dentro do campo e a sua capacidade de influenciar esse espaço à medida do volume de capital adquirido (Bourdieu, 1983), é possível constituir possibilidade de análises importantes sobre como a conformação da assistência direcionada à saúde da mulher estava configurada nas capitais Manaus e Boa Vista, regiões estas mais afetadas pela migração venezuelana e como a chegada de novos agentes necessitam a emergência de novos olhares e estratégias para lidar com a situação.

Além disso, o conceito de histerese de Bourdieu (2007) ajuda a compreender a resistência de alguns profissionais de saúde em adaptar suas práticas ao novo contexto migratório. Pois, a compreensão de histerese ocorre quando o *habitus*, formado em um campo relativamente estável, demora a se ajustar às mudanças trazidas por novos atores. Nesse caso, muitos profissionais inicialmente resistiram a adaptar-se às barreiras linguísticas e culturais impostas pelas migrantes, o que gerou desafios no atendimento.

A luz do que foi apresentado, o presente trabalho se propõe analisar as percepções dos profissionais e gestores sobre a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Manaus e Boa Vista, sob a ótica da teoria social de Pierre Bourdieu, e assim, compreender os desafios desse processo e a reorganização da assistência à saúde nessas regiões.

Este estudo, de abordagem qualitativa, é um recorte do projeto multicêntrico ReGHID, coordenado pela Universidade de Southampton e conduzido no Brasil pela UFMA e

Fiocruz, e cujo objeto de pesquisa se debruça sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres adultas e adolescentes venezuelanas migrantes no país, sendo que neste recorte toma-se a interação das mulheres migrantes com os serviços de saúde a partir da percepção dos profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as percepções dos profissionais sobre a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Manaus e Boa Vista.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais;
- Compreender as mudanças na organização dos serviços para o atendimento a saúde das mulheres migrantes;
- Identificar barreiras e dificuldades durante o atendimento;
- Identificar estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para o atendimento das mulheres migrantes venezuelanas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O processo migratório como resultado da crise

A história da humanidade é permeada por vários movimentos migratórios. Essa mobilidade entre territórios desempenhou um papel vital tanto no desenvolvimento do ser humano quanto para a formação e organização das sociedades (Lima, 2019). Nos últimos séculos, o aumento da globalização, os fatores associados ao modelo econômico capitalista, efeitos climáticos, conflitos armados, dentre outros, se tornaram os principais catalisadores desse processo (Zimmerman; Kiss; Hossain, 2011).

Nesse sentido, a migração pode ser entendida como um tipo de estratégia utilizada por indivíduos para lidar com variadas situações adversas. Sejam elas de origens econômicas, políticas, climáticas, contextos de guerras, e outros (Zimmerman; Kiss; Hossain, 2011).

Ela pode ser classificada como forçada ou voluntária, onde a primeira diz respeito ao querer interno do indivíduo, e a segunda relaciona-se aos fatores externos que levam a necessidade de se deslocar daquele local. (Lira; Lago; Lira, 2019).

É um fenômeno global que impõe diversas situações de riscos às pessoas que dela participam (Marin; Goldberg; Silveira, 2018). Fatores como o ambiente geral do país de origem, o processo do trânsito migratório, o acolhimento no local de destino, além de políticas de imigração existentes no país de chegada, são fatores determinantes que podem impactar diretamente na saúde das populações migrantes (Dias; Gonçalves, 2007).

Mais recentemente, o expressivo número de migrações de venezuelanos na América Latina/Sul devido a uma grave crise socioeconômica que ainda atinge o país, é um exemplo de como esses catalisadores impulsionam e causam o fenômeno migratório contemporâneo. Como Vargas, Shimizu e Monteiro (2022) colocam que a instabilidade causada pela crise, incluindo a violação dos direitos humanos, impulsionou a saída de milhares de venezuelanos do seu país.

O principal desencadeador desse processo foi a crise política e socioeconômica que o país enfrentou, e ainda enfrenta em seu território. Que resultou na deterioração de suas instituições, como o sistema de saúde público, colaborando para uma piora excessiva das condições de vida da população (Grillet *et al.*, 2019).

A resposta para o aumento excessivo no número de migrações de venezuelanos pode ser buscada no contexto histórico do país.

A República Bolivariana da Venezuela possui uma das maiores jazidas de petróleo do mundo, o que torna o país um ponto chave no mercado mundial dessa *comoditie* (Coelho, 2020).

A maior parte da sua economia gira em torno desse combustível fóssil, e dessa forma, acaba sendo influenciada diretamente pelas oscilações que ocorrem nesse mercado (Wendling; Nascimento; Senhoras, 2021).

A posse de Hugo Chávez em 1999 marcou um novo período na história da Venezuela. Como Bastos e Obregón (2018) demonstram, foi o momento em que a sociedade venezuelana iniciou seu processo de rebelião contra o modelo neoliberal, que já havia sido o motivo de episódios que ficaram marcados na história do país, como a manifestação espontânea conhecida como Caracazo (1989). Realizada após a aprovação de um pacote de reformas neoliberais pelo governo do então presidente Carlos Andrés Pérez (Vargas-González, 2021).

A eleição de Chávez em 1998 introduziu a Venezuela na era do chavismo, período marcado por várias mudanças sociais e econômicas que ocorreram nas décadas seguintes. Dentre elas a criação de um sistema de saúde público, e as *Misiones*, programas sociais que beneficiaram milhares de venezuelanos dos setores mais populares da sociedade (Vasconcellos, 2009).

Com a formulação de uma nova Constituição, juntamente se deu a criação de um Sistema Nacional de Saúde Pública (SPNS), baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, integração e corresponsabilidade social. Objetivando garantir o direito à saúde da população venezuelana (Bonvecchio; Becerril-Montekio; Carriedo-Lutzenkirchen; Landaeta-Jiménez, 2011).

Os avanços sociais promovidos no governo de Hugo Chávez, principalmente pelas *Misiones* beneficiaram a população venezuelana em vários aspectos, como na área da saúde, onde a *Misión Bairro Adentro* que definia que médicos prestassem atendimento diário e se mantivessem em prontidão nas áreas mais carentes. E na área de alimentação onde o programa *Mercal*, fornecia cestas básicas com mais de 20 produtos à preços subsidiados pelo governo, além de também fornecerem distribuição gratuita à população mais carente, outras mudanças também ocorreram no âmbito da educação e moradia (Vasconcellos, 2009; Villa, 2005).

Contudo, com a morte de Chávez em 2013 devido a um câncer, seu vice-presidente Nicolás Maduro assumiu interinamente, e nas eleições daquele mesmo ano conseguiu ser eleito presidente da Venezuela com objetivo de dar continuidade às políticas econômicas do antigo governante (Coelho, 2020). Entretanto, Maduro herdou um governo com altas taxas de inflação e com um progressivo aumento do desemprego na população venezuelana, e um governo já desestabilizado por conta da crise do petróleo (Wendling; Nascimento; Senhoras, 2011).

Somado a isso, as baixas no preço do barril de petróleo em 2014, aumentaram ainda mais uma crise econômica que produziu reflexos na vida cotidiana dos venezuelanos (Bastos;

Obregón, 2018). A falta de alimentos, produtos básicos, e de serviços de saúde, fortaleceram a preocupação e enfurecimento da população, que realizaram muitos protestos contra a situação vivenciada no país (Coelho, 2020).

Para aumentar ainda mais a profunda crise em que o país mergulhava, em 2017 os Estados Unidos começaram a impor sanções econômicas à Venezuela que de acordo com Weisbrot e Sachs, (2019) resultaram no aumento da mortalidade em adultos e crianças, contribuíram para a redução da ingestão calórica na população devido à baixa de produtos de consumo diário e comum no país. Assim como ocasionaram no aumento dos casos de desnutrição e raquitismo, precariedade na oferta de serviços de saúde, além de problemas na oferta de água e saneamento básico, aumentando a probabilidade de ocorrência de doenças infectocontagiosas.

Por ter sua economia altamente dependente do petróleo, com as sanções impostas pelos Estados Unidos, como o embargo que dificultava a compra de materiais tecnológicos pela Petróleos da Venezuela (PDVSA), ou a proibição de transações comerciais com países aliados ao Estados Unidos, foram definitivas para a deterioração da economia venezuelana (Ismael; Rosalin; Nascimento, 2023).

Para um país que já se encontrava numa crise profunda, onde seu PIB havia caído cerca de 24,7% entre 2013 e 2016, e a taxa de inflação ultrapassou 700% em 2017, tais sanções foram destrutivas, levando milhares de venezuelanos a saírem do país, em busca de melhores condições de vida (Weisbrot; Sachs, 2019).

O resultado da crise levou milhares de venezuelanos a deixarem seu país por conta de todas as adversidades econômicas presentes na Venezuela, exemplificadas na ausência de alimentos, remédios, além de outros produtos de consumo básico. Com isso, muitos venezuelanos migram do seu território em busca de melhores condições de vida (Wendling; Nascimento; Senhoras, 2021).

De acordo com relatório contendo dados apresentados pelo OBMIGRA a partir de dados da Polícia Federal e Sistema de Tráfego Internacional (STI), de janeiro de 2017 a fevereiro de 2024, o número de entrada de imigrantes venezuelanos no Brasil foi de 1.059.778, com um número total de saídas de 501.474, e com um saldo de movimentações de 558.304. Onde o perfil populacional da regularização migratória é caracterizado por 51% de homens e 49% de mulheres (Brasil, 2024).

A plataforma R4V (Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela) lideradas e coordenada pela OIM (Organização Internacional para as Migrações) e ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados), com intuito

de organizar informações acerca da situação de refugiados e migrantes de venezuelanos em 17 países da América Latina e do Caribe, sob diretrizes emitidas pelo Secretário-Geral das Nações Unidas, onde se compilam Planos anuais de Resposta a Refugiados Migrantes, são apresentados alguns dados acerca da população migrante venezuelana em território brasileiro (R4V, 2024).

Em dados apresentados no site R4V (Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela), com última atualização em 03 de junho de 2024, demonstra que apenas na América Latina e Caribe, existam 6.590.671 refugiados e migrantes venezuelanos, onde 568.058 vivem no Brasil, dentre os quais 479.751 venezuelanos(as) possuem autorização de residência, e 132.626 venezuelanos foram reconhecidos como refugiados(as) e 15.088 solicitações de refúgio também no mesmo período (R4V, 2024).

As condições de saúde precárias na Venezuela, são um dos principais motivos de saída do país. O ressurgimento de doenças que podem ser prevenidas com vacinas, são um dos exemplos de resultados da profunda crise econômica do país, assim como, o aumento da mortalidade materna, a falta de acesso aos medicamentos (Bahamondes *et al.*, 2020). Isso se agrava mais ainda quando referente a população soropositiva, que acabam tendo que sair do país em busca de tratamento, ou os pacientes que precisam de procedimentos como diálise e tratamento de câncer (Weisbrot; Sachs, 2019).

No Brasil, a Lei nº9.474/1997 de 22 de julho de 1997 que define os mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, além de também determinar outras providências, define que refugiados são indivíduos que devido a fundados temores de perseguição por razões como raça, religião, nacionalidade, pertencimento a determinado grupo social ou opiniões políticas, encontram-se fora de seu país de origem e não podem ou não desejam retornar. Além disso, essa definição também abrange apátridas que não podem regressar ao local de residência habitual pelos mesmos motivos e pessoas obrigadas a deixar seu país por graves violações de direitos humanos (Brasil, 1997).

Já os migrantes, são indivíduos que deixam seus países por vontade própria, geralmente buscando melhores condições de vida, mantendo a possibilidade de retornar sem ameaças à sua segurança e sob a proteção de seu Estado (Acnur, 2024).

É importante demarcar algumas das diferenças importantes entre os diferentes termos, migrante e refugiado. As pessoas refugiadas possuem amparo pelo Direito Internacional, de acordo com tratados internacionais como o Estatuto dos Refugiados de 1951, o Protocolo de 1967 e a Convenção de Cartagena de 1964, e no Brasil através da Lei nº9.474/1997 de 22 de julho de 1997. Ser refugiado ou solicitante dessa condição, implica não poder ser devolvido de volta ao seu país de origem, onde seus direitos humanos correm perigo,

exceto quando o refugiado ou solicitante represente sério risco à segurança nacional ou a ordem pública do país, dessa forma a pessoa não poderá ser expulsa do país por ter cometido crime, exceto no que foi citado acima. Além disso, não podem ser deportados ou multados por estarem indocumentados ou com documentação brasileira fora da validade, diferentemente dos migrantes, que podem ser devolvidas ao seu país de origem em determinadas circunstâncias definidas em lei, além de poderem sofrer expulsões do país por crime comum doloso cometido, quanto a deportação por irregularidade documental no Brasil, os migrantes irregulares podem ter que pagar multas e sofrerem deportações caso não se regularizem. (Acnur, 2024)

Os migrantes, estes não são amparados por tratados internacionais e dependem de leis de cada país de acolhimento (Acnur, 2024). No Brasil os direitos e deveres dos migrantes estão contidos na Lei nº13.445/2017 de 24 de maio de 2017 institui a Lei da Migração, ela regula a entrada, permanência e saída de estrangeiros no país, e estabelece princípios humanitários, garantindo direitos e dignidade aos migrantes, promove a igualdade perante a lei e a não discriminação juntamente com a proteção dos direitos humanos de estrangeiros no Brasil (Brasil, 2017).

Ela também versa acerca da garantia de acesso aos serviços públicos de saúde, de assistência e previdência social (Brasil, 2017). Contudo, direitos políticos para a população migrante não são assegurados por ela (Dornelas; Ribeiro, 2018).

No geral, a Lei 13.445/2017 busca, de certa forma, direcionar os grupos migratórios que chegam em território nacional, buscando possibilidades de integração e efetivação dos direitos humanos inerentes aos recém-chegados. Contudo, a aplicação na realidade não é tão simples. Como na pesquisa de Leviski e Lucas (2022), acerca da Lei de Migração no contexto da efetivação dos Direitos Fundamentais e Humanos no Brasil, onde os autores descrevem vários casos de humilhação, situações de descaso, e péssimas condições aos quais os migrantes estão inseridos.

Nesse contexto, é de se entender a complexidade que envolve as questões de migrações. Esses fenômenos apresentam grandes desafios no âmbito da saúde pública, visto que a população em migração, são comumente enquadradas em situações de risco à saúde, tanto físico como mental (Dias; Gonçalves, 2007).

Acerca da migração, esta pode ser voluntária, motivada por trabalho, estudo ou reunião familiar, ou forçada, decorrente de conflitos, perseguições ou desastres ambientais. Pode ser interna (dentro do país) ou internacional (através de fronteiras). Além disso, a migração pode ser regular, quando ocorre conforme as leis do país de destino, ou irregular, quando não segue as normas legais. Entre os tipos específicos, destacam-se a migração laboral

(por oportunidades de emprego), a migração ambiental (devido a impactos ambientais) e o refúgio (proteção contra perseguições) (OIM, 2009).

No Brasil, os estrangeiros residentes no país possuem direitos jurídicos garantidos pela Constituição Brasileira de 1988, permitindo assim, acesso aos serviços públicos de saúde pelos imigrantes, contudo, muitos fatores dificultam a completude desses direitos (Santos, 2011).

No processo migratório venezuelano, a crise econômica, assim como seus reflexos na sociedade, principalmente nas classes mais baixas da hierarquia social, representam o motivo de maior importância para o ato de migrar para fora do país (Barreto; Dos Santos Rodrigues; Barreto, 2018).

Tal fenômeno tem diversas implicações, tanto para os migrantes, como para os países que o recebem. Muitas são as situações de vulnerabilidade que essas pessoas encontram, seja no decorrer do trajeto de migração, ou na chegada ao país de destino no acesso aos serviços burocráticos necessários para que eles permaneçam de maneira legal no novo território, dentre muitos outros (Silva; Sousa, 2018).

De acordo com Gushulak, Weekers e MacPherson (2009) o processo migratório pode configurar diversos riscos à saúde nas várias etapas da migração, desde a fase pré-partida, durante o trânsito, na chegada ao país de destino, na pós chegada e quando ocorre, no retorno ao país de origem.

3.2 A Teoria de Pierre Bourdieu para o contexto migratório

Pierre Bourdieu foi um dos sociólogos mais influentes do século XX, com uma produção intelectual marcada pela originalidade e interdisciplinaridade, sendo ainda hoje um importante referencial teórico para diversas áreas das ciências sociais e humanas (Sousa, 2021).

Formado em Filosofia pela École Normale Supérieure, Bourdieu iniciou sua carreira acadêmica na Argélia, durante o período colonial francês, onde havia sido enviado para completar seu serviço militar, após ser enviado para Argel, Bourdieu lecionou na faculdade da Universidade de Argel, experiências decisivas e inspiradoras para o autor, onde estudou as transformações sociais impostas pela modernização e pela colonização (Grenfell, 2018).

A obra de Pierre Bourdieu é amplamente utilizada para compreender como as desigualdades sociais são reproduzidas e naturalizadas por meio de mecanismos simbólicos, culturais e estruturais presentes nos diversos espaços sociais. Um dos principais aportes do autor é a noção de capital, entendido como recursos que conferem poder e posição dentro de um campo social, sendo esse campo um espaço estruturado de relações sociais, marcado por

disputas e hierarquias (Bourdieu, 1983). Dentre os capitais destacados por Bourdieu, está o capital econômico, relacionado aos recursos financeiros e materiais que asseguram acesso a bens, serviços e privilégios sociais. O capital cultural abrange os conhecimentos, habilidades, títulos educacionais, modos de falar, vestir e agir que são socialmente valorizados e legitimados em determinados contextos. Já o capital social refere-se ao conjunto de relações, redes de contato e vínculos sociais que podem ser mobilizados como forma de obter benefícios e oportunidades. Por fim, o capital simbólico representa o reconhecimento e prestígio social que um indivíduo ou grupo possui, funcionando como uma forma de autoridade legitimada pelos demais agentes do campo.

Todos esses capitais estão inter-relacionados e são fundamentais para analisar as dinâmicas de dominação e distinção presentes nos espaços sociais. Eles não operam isoladamente, mas ganham força a partir da lógica própria de cada campo, em que os agentes competem pela manutenção ou transformação das regras e posições estabelecidas. Nesse contexto, o conceito de habitus é igualmente central: trata-se de um sistema de disposições duráveis e incorporadas, formadas ao longo da trajetória individual e coletiva, que orientam práticas, percepções e modos de agir dos sujeitos de forma não consciente. O habitus permite compreender como as estruturas sociais se inscrevem nos corpos e nas ações cotidianas, gerando regularidades nas práticas sociais, mesmo em contextos diversos (Bourdieu, 1983).

O campo, por sua vez, é concebido como o espaço relacional em que se dão as lutas simbólicas e materiais entre os agentes sociais, cada qual posicionado de acordo com o volume e a composição dos capitais que detêm. Cada campo (como o da saúde, da educação, da política, etc.) possui regras específicas e uma lógica própria de funcionamento, que regula quais capitais são mais valorizados e quais estratégias são eficazes para alcançar ou manter posições de poder. Assim, a teoria de Bourdieu oferece um aparato analítico potente para compreender como os sujeitos se posicionam e são posicionados nas relações sociais, revelando as formas sutis e persistentes de reprodução da desigualdade (Bourdieu, 1983; Bourdieu, 1996).

Embora Bourdieu (2008) não tenha se dedicado especificamente ao estudo dos movimentos migratórios, sua obra *A miséria do mundo* contempla importantes dimensões da experiência migratória, especialmente em contextos de deslocamento forçado. Organizado como uma coletânea de relatos e análises sobre a realidade social na França contemporânea, o livro foi construído a partir de entrevistas realizadas por Bourdieu e sua equipe com indivíduos de diferentes classes e contextos sociais, revelando experiências marcadas pela exclusão, precariedade e sofrimento simbólico. No que diz respeito à migração, alguns capítulos exploram como os trabalhadores imigrantes enfrentam processos de discriminação, marginalização e

invisibilidade social. Em especial, o capítulo “A Maldição”, de autoria de Sayad (2008), aborda as implicações sociais e simbólicas da condição de ser imigrante, e destaca que o estigma associado à imigração se traduz em um sofrimento que não é apenas físico, mas também simbólico e psicológico, marcado pelo sentimento contínuo de desvalorização e pela ausência de reconhecimento social. Tal sofrimento ultrapassa a geração dos migrantes, afetando também seus descendentes. Em sua análise sobre a condição do imigrante, Abdelmalek Sayad (2008) discute a experiência da dupla marginalização, vivida por aqueles que deixam sua terra de origem em busca de melhores condições de vida, mas acabam não sendo plenamente aceitos nem em seu país de acolhimento, nem em sua terra natal. Para o autor:

“O imigrante é alguém que está condenado a não ser nem totalmente daqui nem totalmente de lá, pois aqui ele é estrangeiro, e lá ele já não é o mesmo. Ele não pertence completamente a nenhum dos dois mundos” (SAYAD, 2008, p. 118).

Essa ausência de pertencimento simbólico e social, marcada por um lugar intermediário e por vezes invisível, não se restringe à geração que migra, mas se prolonga sobre seus descendentes, gerando um sofrimento que é simultaneamente social, simbólico e psicológico. Sayad (2008) argumenta que essa exclusão vivida cotidianamente opera silenciosamente na estrutura social e institucional, relegando o imigrante a um lugar de não reconhecimento, que afeta sua dignidade, identidade e acesso a direitos.

Outro conceito fundamental para os estudos sobre migração é o de poder simbólico, que desempenha um papel central nos processos de marginalização enfrentados por pessoas que migram para outros territórios. Segundo Bourdieu (1998), o poder simbólico é a capacidade de "fazer ver e fazer crer", ou seja, de moldar percepções, legitimar visões de mundo e estruturar a realidade social por meio de normas, valores e categorias de pensamento que são naturalizadas como universais. Esse poder atua silenciosamente na construção de uma identidade coletiva nacional e de uma homogeneidade cultural, estabelecendo fronteiras simbólicas que definem quem pertence e quem é considerado estranho ao corpo social.

Nesse sentido, conforme aponta Sousa (2021), o poder simbólico também atua como uma barreira cognitiva, especialmente para os sujeitos que foram socializados sob outros sistemas simbólicos – como os refugiados. Ao adentrar o território de um Estado de acolhimento, esses indivíduos não compartilham, a priori, os códigos culturais, normas e disposições esperadas naquele contexto, sendo assim percebidos como desalinhados à lógica dominante. Como resultado, enfrentam dificuldades de reconhecimento, assimilação e

pertencimento, e passam a ocupar uma posição social marcada pela exclusão cultural, social e política, reforçada pelas estruturas simbólicas que naturalizam sua condição de “outros”.

Nesse contexto, a violência simbólica, que de acordo com Bourdieu (1998) pode ser entendida como um tipo de dominação ou imposição que ocorre de forma sutil e implícita, que não usa força física, mas sim imposições culturais e cognitivas onde as pessoas aceitam normas, valores e hierarquias como naturais, mesmo quando essas reforçam desigualdades. Essa forma de violência opera através dos sistemas simbólicos como a linguagem, cultura, educação, e acabam moldando percepções e comportamentos sem a necessidade de coerção física, e pode causar um impacto profundo sobre as pessoas que migram, que ao adentrarem um novo Estado, se deparam com sistemas simbólicos que não são os seus, mas que moldam a realidade do local de acolhimento.

Outros conceitos abordados pelo autor, também podem ser bem desenvolvidos nos estudos que abordam a migração, dentre eles, a Histerese, que de acordo com Bourdieu (2007) pode ser compreendida como a resistência das práticas e das disposições dos indivíduos, moldadas por um contexto anterior, às transformações nas condições sociais que poderiam, teoricamente, gerar uma adaptação ou mudança. No contexto da migração, o conceito de histerese pode ser aplicado para entender como os migrantes, que vêm de contextos e sistemas sociais diferentes, podem enfrentar dificuldades de adaptação ao novo ambiente devido à persistência de seu *habitus* formado na sociedade de origem. Da mesma forma para as pessoas do país acolhedor, em especial para profissionais que trabalham nas instituições que prestam serviços para a população migrante, que podem ter resistência às adaptações necessárias frente a uma emergência migratória, como no caso da chegada de grandes números de venezuelanos no país. Dessa forma, a histerese de Bourdieu (2007) pode ser uma ferramenta para analisar como as estruturas e disposições internalizadas pelas pessoas (por meio do *habitus*) não mudam facilmente com a mudança nas condições objetivas, o que pode resultar em um descompasso entre as práticas do passado e as exigências do presente

De modo geral, a teoria de Bourdieu oferece uma abordagem potente para analisar os desafios enfrentados por populações marginalizadas, como migrantes e refugiados. O conceito de campo permite mapear os espaços sociais onde se desenvolvem as interações, os conflitos e as disputas por poder, reconhecimento e legitimidade. Já os conceitos de *habitus* e capitais possibilitam compreender como os migrantes, ao entrarem em um novo campo, muitas vezes não detêm os recursos simbólicos, culturais e sociais valorizados nesse espaço, o que amplia sua condição de vulnerabilidade e dificulta o reconhecimento de seus saberes, trajetórias e práticas.

No que se refere à relação entre migração e acesso à saúde, os aportes de Bourdieu (1983) são fundamentais para desvelar como as práticas de cuidado podem, intencionalmente ou não, reproduzir as desigualdades sociais. A condição de “não lugar” ou de dupla marginalização vivida por pessoas em mobilidade, que muitas vezes não se sentem pertencentes nem ao país de origem nem ao de acolhimento, ilustra como essas populações enfrentam múltiplas barreiras culturais, linguísticas, burocráticas e econômicas ao acessar serviços essenciais (Bourdieu, 2007).

No sistema de saúde, em particular, esse descompasso entre o habitus dos migrantes e o funcionamento institucional pode gerar exclusões sutis, negligências e violências simbólicas, exigindo uma reconfiguração do campo para que a assistência seja efetivamente equitativa. Assim, a obra de Bourdieu se mostra um referencial teórico relevante para compreensão das dinâmicas sociais em contextos de desigualdade e exclusão, especialmente nos estudos voltados às migrações contemporâneas e às políticas públicas.

3.3 Saúde de populações migrantes e vulnerabilidades inerentes ao contexto migratório

Diferentes motivações são responsáveis pela decisão de migrar, desde a busca por melhores condições de vida, até mesmo na tentativa de escapar da violência sofrida no país de origem (González-García e Penchaszadeh, 2024). Tais deslocamentos tendem a persistir devido a fatores estruturais que impulsionam a mobilidade, como as disparidades nos níveis de desenvolvimento humano, crises políticas e mais recentemente, as ambientais, que geram refugiados e deslocados, desesperança em países pobres e em crises socioeconômicas, influência das mídias, conscientização sobre as possibilidades de transformar a vida por meio da migração dentre muitos outros (Wenden, 2016).

Nesse contexto, as migrações internacionais se apresentam como processos heterogêneos e complexos, e devem ser compreendidos como tal. Conforme Baeninger (2018a) argumenta que a alta complexidade desses movimentos que englobam diversas modalidades, como refúgio, mobilidade estudantil, migração qualificada e não qualificada, migração de fronteira, entre outras formas de deslocamento.

No contexto latino-americano, a crise humanitária e econômica da Venezuela resultou em um fluxo migratório significativo para países da região, incluindo o Brasil. O país tem recebido milhares de venezuelanos em busca de condições de vida dignas e segurança. De acordo com Baeninger (2018b) esse processo está inserido em três importantes movimentos dentro do escopo das migrações internacionais e contemporâneas, as migrações Sul-Sul, que abrangem os fluxos migratórios que ocorrem entre países do hemisfério Sul, geralmente com

níveis semelhantes de desenvolvimento econômico e social (Versiani; Neto, 2020), as migrações transnacionais de refúgio, demonstradas pelos grandes números de pedidos do reconhecimento do status de refugiados, e também nas migrações transnacionais fronteiriças, que está relacionado as migrações que ocorrem entre países que compartilham fronteiras. Esses três movimentos interagem e demonstram a complexidade da migração venezuelana para o Brasil, destacando a necessidade de políticas que abordem suas múltiplas dimensões. Eles também refletem as tensões e possibilidades na construção de uma governança migratória que equilibre proteção, direitos humanos e desenvolvimento regional.

Para as pessoas que migram, muitos são os desafios a serem superados. No contexto da migração venezuelana para o Brasil, múltiplas vulnerabilidades estão presentes, especialmente aquelas que impactam na saúde (Neto; Oliveira; Egry, 2023). Bäckström (2010) discute que embora a migração por si só não seja um fator de risco a saúde, certos aspectos dos processos migratórios podem ser considerados fatores de risco à saúde, como o tipo de migração, as condições de trânsito e de acolhimento, e as políticas do país receptor podem contribuir para situações de exclusão social, especialmente para migrantes irregulares. Além disso, fatores socioeconômicos como baixa renda e condições precárias de vida e habitação, assim como situações laborais e exposição a riscos ocupacionais em trabalhos precários, contribuem para o aumento da vulnerabilidade sanitária dessa população.

Essa vulnerabilidade no contexto migratório, torna-se ainda mais complexos no caso das mulheres migrantes. Isso se deve a diferentes especificidades da migração feminina, às diversas motivações que as levam a migrar, às condições específicas do processo migratório (como viajar sozinhas, com filhos ou em grupo) e aos diferentes marcadores sociais que influenciam diretamente suas condições de vida e saúde, identificando de forma mais específica as situações enfrentadas por essas mulheres (González-García e Penchaszadeh, 2024).

A própria falta de experiência com processos migratórios, pode deixar mais vulneráveis aqueles que mais recentes chegados no país de destino ou acolhimento. Visto os inúmeros efeitos de uma nova cultura, um novo clima, e até mesmo o funcionamento dos serviços e aspectos burocráticos do país, que podem contribuir para aumento de stress Bäckström (2010) e a partir disso, podendo levar a outras condições de saúde. Sob a perspectiva de Bourdieu, essa situação pode refletir numa desigualdade tanto no acesso como na posse de determinados capitais, em especial os capitais econômico, social e cultural, que são essenciais para navegar nesse novo contexto. O capital cultural, por exemplo, inclui o domínio do idioma local e o conhecimento sobre normas e práticas culturais, enquanto o capital social abrange as redes de apoio que podem facilitar a inserção e o acesso a recursos (Bourdieu, 1983). Para

muitos migrantes, a falta desses capitais no país de acolhimento agrava a sensação de isolamento e exclusão. Além disso, o *habitus*, entendido como o conjunto de disposições incorporadas ao longo da vida (Bourdieu, 1983), pode entrar em choque com as novas exigências culturais e sociais, tornando o processo de integração ainda mais desafiador. Essa dissonância entre o *habitus* prévio e o contexto migratório pode gerar estresse e insegurança, impactando não apenas a saúde mental, mas também outras dimensões do bem-estar.

Nesse contexto, na complexidade presente nas migrações de mulheres, destacam-se as especificidades inerentes às experiências femininas, dentro desse processo. Conforme destacado pelos autores Davies, Basten e Frattini (2009), que diferentes categorias dentro do processo migratório possuem experiências e especificidades próprias.

Por serem mulheres, e requererem necessidades específicas, as migrantes acabam sendo expostas aos mais diversos riscos à saúde, elas tendem a ser mais vulneráveis à doenças, tanto físicas como psicológicas, quando comparadas aos homens (Topa; Neves; Nogueira, 2013). Essa vulnerabilidade pode ser analisada a partir das reflexões de Bourdieu, que em seu livro *A Dominação Masculina* destaca como as relações de poder entre os gêneros são construídas e perpetuadas, considerando-as como resultado de um processo histórico e social profundamente enraizado, e que as desigualdades de gênero são estruturalmente construídas e naturalizadas, muitas vezes por meio da violência simbólica (Bourdieu, 2012), que atua de forma sutil, o que dificulta o reconhecimento das necessidades específicas, nesse caso, das mulheres migrantes e a busca por soluções para superá-las.

Elas se tornam mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis, uma vez que são mais propensas a se envolverem em atividades de risco à saúde, como a prostituição, muitas vezes como meio de sobrevivência durante o percurso da migração, ou em seu novo território, onde a falta de acesso impossibilita que essas mulheres recebam o auxílio necessário (Mocelin *et al.*, 2023).

Em estudo publicado por Bahamondes *et al.* (2020), estimativas indicam que cerca de 34 milhões de migrantes no mundo são adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, o que reforça a centralidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva nessa população. As circunstâncias associadas ao processo migratório — como deslocamento forçado, instabilidade econômica, barreiras de acesso aos serviços de saúde e ausência de redes de apoio — frequentemente aumentam as situações de vulnerabilidade vivenciadas por essas mulheres. Como consequência, muitas acabam expostas a diversos agravos à saúde, incluindo infecções sexualmente transmissíveis, violência sexual, gestações não planejadas e descontinuidade do cuidado.

As autoras Tonhati e Macedo (2020) apresentam uma análise detalhada da imigração feminina no Brasil entre os anos de 2010 e 2019. Segundo as autoras, no período analisado, registraram-se 26.554.564 entradas e 25.360.296 saídas de mulheres no país, resultando em um saldo migratório positivo de 688.367 mulheres imigrantes. Dentre os fluxos observados, destaca-se o aumento expressivo da presença de mulheres venezuelanas entre 2016 e 2019, período em que se intensificou a crise humanitária naquele país. Nesse intervalo, o saldo migratório das venezuelanas no Brasil alcançou 116.653, com predominância de entradas por rotas terrestres nas regiões de fronteira.

Ademais, resultados quantitativos apresentados no sumário executivo do Projeto ReGHID (*Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crises in Central and South America*), acerca dos motivos da migração para o Brasil demonstraram que, (54%) das entrevistadas relataram que o motivo da migração foi a dificuldade de conseguir alimento, (37,8%) das entrevistadas relataram a dificuldade para acessar assistência à saúde, (27,3%) se referiram à casos de violência e insegurança como motivo, e (23,2%) relataram a busca por trabalho (Lamy *et al.*, 2023).

Muitos são os percalços que envolvem o processo migratório para essas mulheres. As partidas não planejadas ou por vezes, não desejadas, fazem com que os sujeitos envolvidos passem por diversas situações que podem comprometer a saúde física, social e mental (Martins-Borges, 2013).

Nesse contexto, as questões de gênero somam-se às situações de vulnerabilidades já existentes nessa população. De acordo com os dados elaborados pelo OBMIGRA, a partir de dados da Polícia Federal e SISMIGRA (Sistema de Registro Nacional Migratório) 49% dos imigrantes venezuelanos vindos para o Brasil, de janeiro de 2017 a fevereiro de 2024 são do sexo feminino (Brasil, 2024).

No fenômeno migratório as mulheres se deparam com muitos desafios quando relacionados ao acesso aos cuidados e serviços de saúde, principalmente nos domínios da saúde sexual e reprodutiva (Topa; Neves; Nogueira, 2013).

Além das dificuldades encontradas no local de destino, no próprio trânsito migratório as mulheres encontram diferentes riscos à saúde durante seu deslocamento. Principalmente quando este acontece de forma clandestina, como as denominadas “trochas”, que se referem aos caminhos irregulares que muitos venezuelanos percorriam durante a pandemia de Covid-19 para atravessarem a fronteira Venezuela-Brasil em Pacaraima no estado de Roraima (Lamy *et al.*, 2023).

Esse processo de deslocamento promove o aumento das vulnerabilidades para além daquelas já inerentes das mulheres em situação de crise (Lamy *et al.*, 2023). Mas há igualmente, outras complicações substanciais que estão diretamente ligadas ao aumento de riscos devidos aos resultados precários em saúde sexual e reprodutiva, como aumento nas taxas de violência baseada em gênero, complicações durante o processo de gravidez e parto, casos de abortos inseguros, e ainda, aumento nos números de infecções do trato reprodutivo (Bahamondes *et al.*, 2020).

3.4 A resposta à crise migratória e o Campo da Assistência à saúde da mulher

A migração venezuelana no Brasil ocorre principalmente por via terrestre, através da fronteira entre os dois países, localizada na cidade de Pacaraima às margens da rodovia BR-174 no estado de Roraima (Wendling; Nascimento; Senhoras, 2021).

O aumento no número de migrantes tanto em Roraima quanto no Amazonas, que também aloca um grande percentual de venezuelanos, exerceu uma forte pressão nos serviços assistenciais, principalmente da saúde, gerando sobrecarga e comprometendo a oferta adequada (Lamy *et al.*, 2023).

A falta de entendimento por parte dos migrantes em relação às políticas de saúde no Brasil, combinada com vários fatores como a sobrecarga das equipes de saúde, devido ao aumento da demanda, tornaram-se grandes obstáculos com os quais os profissionais de saúde da região norte comumente se deparam (Silva, 2021).

Na região, principalmente as cidades de Boa Vista e Manaus, locais de destino das migrantes em busca de serviços de saúde, ainda vivenciam os reflexos da migração ocorrida, que tem se tornado um grande desafio na área da saúde pública (Arruda-Barbosa; Sales; Torres, 2020).

A assistência à saúde voltado para as mulheres no Brasil possui um enfoque na integralidade e na promoção da saúde como direitos fundamentais, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que reconhece a necessidade de uma abordagem que leve em consideração que questões de gênero, raça e classe, são determinantes importantes para a saúde das mulheres, um grande avanço para todas as mulheres (Brasil, 2011). Contudo, ainda existem muitos desafios a serem superados no campo da saúde da mulher no Brasil, muitos ajustes precisam ser realizados para que assim possam dar conta da grande diversidade de mulheres no país, em suas especificidades, como o caso das mulheres negras, indígenas, lésbicas e ciganas (Costa, 2009; Oliveira e Kubiak, 2019) e mais

atualmente as mulheres migrantes e refugiadas, representadas neste estudo pelas migrantes venezuelanas, que em suas especificidades implicam respostas para responder a essa nova realidade, por serem portadoras de necessidades específicas, tendo em vista a condição de migrante que de acordo com Calderón-Jaramilloa *et al.* (2020) pode ser entendida como um determinante social da saúde, e com contextos culturais distintos, somando mais uma camada de complexidade nesse campo assistencial.

Considerando a situação resultante desse processo, torna-se visível a importância, principalmente na área da saúde pública, da criação de iniciativas governamentais, acerca dos desafios consequentes desse processo, principalmente nos reflexos a longo prazo (Arruda-Barbosa; Sales; Torres, 2020).

Vale ressaltar que o Estado de Roraima possui um déficit quanto ao número de unidades de saúde de alta complexidade, onde de acordo com Barreto, Rodrigues e Barreto (2018), apenas dois hospitais estavam aptos a atenderem demandas de maior grau de complexidade.

Percebendo o aumento progressivo na chegada de venezuelanos no Brasil, por diversas vezes o estado de Roraima decretou estado de emergência social, solicitando reforços das forças armadas para auxiliar no manejo da situação dos venezuelanos migrantes e refugiados (Marcondes; Martins, 2019). Foi nesse contexto que a Operação Acolhida foi criada, como resposta do governo brasileiro com intuito de garantir atendimento aos refugiados e migrantes vindos da Venezuela (Brasil, 2023).

As ações da Operação Acolhida se dão por todo o território brasileiro, contudo, concentrada nos estados do Amazonas e Roraima, sendo o segundo o estado fronteiriço e principal local de entrada no país (Silva; Albuquerque, 2021). Ela se configura em 3 eixos principais e estruturadores, o ordenamento da fronteira Brasil-Venezuela e questões acerca de documentações, nesse eixo são encontradas ações relacionadas a regularização de documentação, vacinação e identificação de vulnerabilidades. No eixo de acolhimento e assistência humanitária, se encontram ações mais emergenciais relacionadas ao abrigo, saúde e alimentação, e por fim, o eixo de Interiorização, que centraliza ações direcionadas à realocação ordenada e voluntária de migrantes e refugiados venezuelanos para outros locais do país, visando a integração em território brasileiro (Matos, 2022).

Criada pela Medida Provisória nº 820/2018, e posteriormente convertida na Lei nº 13.684/2018 a Operação Acolhida foi essencial para o manejo da atenção sanitária na região, e para prestar apoio aos serviços de saúde locais, que haviam se sobrecarregado devido ao aumento da demanda (Lamy *et al.*, 2023).

O Ministério da Defesa através das Forças Armadas Brasileiras eram responsáveis pela coordenação da Operação Acolhida, em articulação com outros setores da sociedade civil, organizações internacionais, religiosas e filantrópicas estavam presentes na atuação com a população migrante, aumentando a complexidade da operação por abranger diferentes tipos de agências participantes (Júnior, 2019)

Na Lei nº 13.684, de 21 de junho de 2018 são adotadas medidas de assistência emergencial, para acolher pessoas em situações de vulnerabilidade decorrente de fluxos migratórios provocados por crises humanitárias, com intuito de ampliar políticas relacionadas à proteção social, atenção à saúde, formação e qualificação profissional, garantia de direitos humanos, dentre outros (Brasil, 2018).

Todo um aparato organizacional foi montado na fronteira Brasil-Venezuela, em Pacaraima e Boa Vista, no estado de Roraima, entre 2015 e 2019 vários abrigos oficiais, administrados pelas Forças Armadas e pela ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados), foram construídos com objetivo de acolher essas pessoas e suas famílias (Alvim *et al.*, 2023). Desde 2017, cerca de 950 mil pessoas foram atendidas pela operação, realizada em parceria com mais de 120 organizações nacionais e internacionais (Agência Brasil, 2023).

Para lidar com a emergente crise assistencial ocorrida na região norte, principalmente no estado de Roraima, a força tarefa criada atuava em diferentes setores da assistência, juntamente com diferentes provedores de serviços para pessoas migrantes, como as ONGS Internacionais, Forças Armadas, entidades religiosas, civis e filantrópicas (Júnior, 2019), contribuíram para a construção de diferentes formas de assistência à essa população.

3.5 O impacto nos serviços de saúde e as barreiras assistenciais

Um dos primeiros impactos sentido nos serviços de assistência tanto em Boa Vista e Manaus, cidades de destino para muitas migrantes e refugiadas venezuelanas, que saem de Pacaraima em busca de atendimento especializado ou busca de uma maior oferta de emprego, foi na saúde. Visto que muitas mulheres vêm para o Brasil com a necessidade por serviços de saúde, como um dos motivos principais de sua saída (Lamy *et al.*, 2023).

O aumento da demanda nessas regiões soma-se aos já existentes desequilíbrios na distribuição de recursos financeiros para à saúde entre os estados e municípios, assim como os casos de corrupção e desvios de verbas recorrentes nas instituições (Santos, 2011).

O impacto da migração venezuelana na assistência vem sendo analisado em alguns estudos, incluindo a pesquisa realizada por Arruda-Barbosa, Sales e Torres (2020) com profissionais de saúde da única maternidade pública especializada em tratamentos obstétricos e ginecológicos de Roraima. Os autores identificaram uma incompatibilidade significativa: enquanto a chegada de um grande número de venezuelanos aumentou a demanda por serviços de saúde, houve uma carência de investimentos suficientes para suprir a necessidade de recursos humanos e insumos médicos, como medicamentos e outros materiais hospitalares. Essa situação resultou em uma sobrecarga tanto para os profissionais de saúde quanto para o serviço de saúde no geral.

As deficiências estruturais na assistência à saúde também são evidentes no estudo de Arruda-Barbosa, Sales e Souza (2020) com profissionais técnicos de enfermagem do Hospital Geral de Roraima, os quais relataram que os investimentos foram insuficientes para acolher a demanda aumentada com a chegada dos imigrantes venezuelanos. Corroborando com os achados de Silva e Arruda-Barbosa (2020), que ao analisar as falas de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, destacaram os desafios decorrentes da sobrecarga de trabalho causada pelo fluxo migratório venezuelano. Onde foi observado através dos relatos analisados, que a quantidade de profissionais de saúde era insuficiente para atender ao aumento da demanda de atendimentos.

Acerca de obstáculos já relatados por profissionais da assistência, como demonstrado em estudo realizado por Alvim *et al.* (2023), que tinha o objetivo identificar, a partir da percepção de gestores de saúde, os desafios na implementação de ações destinadas ao enfrentamento de HIV e sífilis no atendimento a venezuelanas migrantes em Boa Vista e Manaus. O idioma, a falta de documentação necessária para atendimento, e as constantes alterações de endereço, foram relatados como os principais dificultadores na implementação dessas ações.

A deficiência de conhecimentos acerca do funcionamento do Sistema Único de Saúde do Brasil também é citada na literatura como um dificultador (Barreto; Rodrigues; Barreto, 2018).

Muitos migrantes que entram de formas ilegais no país durante os trâmites do pedido de refúgio, nesse tempo que os migrantes se encontram de forma não legal perante as leis brasileiras, e muitos documentos são necessários para a entrada no sistema de saúde ou para a realização de alguns exames, como aponta Alvim *et al.* (2023) a partir de relato de gestores de serviços de saúde, que em determinados casos é necessário uma intervenção junto aos

laboratórios para que haja a liberação de resultados sem o cadastro de pessoa física (CPF), apontado como um exemplo de dificultador na prestação do serviço.

Para além dos dificultadores estruturais e burocráticos acerca da prestação de serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde, vale destacar as diferenças culturais e comportamentais das migrantes em relação aos brasileiros em geral, incluindo os profissionais de saúde, como demonstrado por Arruda-Barbosa, Sales e Torres (2020), ao descreverem a partir de relatos de profissionais de saúde os conflitos de interesses entre as migrantes e os profissionais acerca de determinadas condutas preconizadas pelas equipes de saúde, como na cultura da amamentação, que conforme relatado no estudo, a questão da importância do aleitamento materno não é tão disseminada como é no Brasil.

Em relação às expectativas culturais acerca de práticas em saúde das migrantes por parte de profissionais de saúde, os autores Guijarro *et al.* (2023) retratam tais influências como uma das razões para a discriminação direcionada as mulheres venezuelanas migrantes, em estudo realizado com profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19 em Quito no Equador.

Vale destacar a importância da comunicação entre os sujeitos em questão, e a necessidade de aperfeiçoamento dessa ação com a população migrante no geral, visto que é através do processo comunicativo, seja ele verbal ou não verbal, que as mensagens acerca dos cuidados em saúde são transmitidas. Com isso, se ressalta ainda mais a importância da assimilação do idioma e alguns dialetos próprios às populações migrantes por parte dos profissionais, que se apresentam como grandes obstáculos para a estruturação do vínculo terapêutico necessário na prestação do cuidado (Silva, 2021).

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo consiste em um recorte descritivo e qualitativo de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Crisis in Central and South America (ReGHID)”, que foi coordenado pela Universidade de Southampton, na Inglaterra, e realização na Colômbia, México, El Salvador e no Brasil, onde foi realizado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

No cenário nacional, o projeto foi desenvolvido com metodologias mistas, de abordagem quantitativa e qualitativa, sendo os dados foram colhidos nas cidades de Pacaraima

(RR), Boa Vista (RR), Manaus (AM) e São Luís (MA), locais escolhidos estrategicamente por agregarem grande número de mulheres migrantes venezuelanas, e no caso de São Luís por sua localização intermediária no caminho normalmente percorrido por essa população, principalmente os venezuelanos da etnia Warao, e por isso, conter números também relevantes de migrantes e refugiadas da Venezuela, (Lamy et al., 2023).

Destaca-se que a abordagem qualitativa utilizada no projeto permitiu analisar questões que não seriam possíveis de serem abarcadas em uma análise quantitativa, visto que os objetos de estudo qualitativos são fenômenos humanos não quantificáveis, como as percepções, significados, sentidos, crenças etc., presentes no campo específico de estudo (Minayo, 2013).

Para compreensão do fenômeno, além das mulheres migrantes venezuelanas, foram entrevistados no âmbito do projeto ReGHID, nas cidades de Pacaraima (RR), Boa Vista (RR), Manaus (AM) e São Luís (MA), 76 profissionais e gestores que atuavam em organizações governamentais e/ou não governamentais, instituições religiosas, agências internacionais, unidades básicas de saúde, maternidades e centros especializados em saúde da mulher, sendo os dados resultantes dessa entrevistas utilizados como base para compor este estudo.

4.2 Local de Estudo

Para o presente recorte, optou-se por utilizar apenas os dados coletados em Boa Vista e Manaus, por serem os principais polos de acolhimento e atendimento à população migrante na região Norte, sendo Boa Vista escolhida devido à sua proximidade com Pacaraima, principal porta de entrada dos venezuelanos no Brasil. Como primeiro destino da maioria das migrantes, a cidade desempenha um papel central no acolhimento inicial, sendo um ponto de concentração de demandas assistenciais, especialmente na área da saúde. Além disso, Boa Vista abriga diversas organizações governamentais e não governamentais que prestam assistência direta aos migrantes, tornando-se um espaço crucial para a análise das interações entre profissionais de saúde e essa população.

Manaus, por sua vez, foi incluída por ser o principal destino secundário dos migrantes venezuelanos na região, funcionando como um centro de interiorização e redistribuição populacional. A cidade recebe um grande fluxo de migrantes que buscam melhores oportunidades de trabalho e acesso ampliado a serviços de saúde especializados.

Dessa forma, Manaus permite uma análise mais aprofundada dos desafios enfrentados na continuidade do cuidado prestado às mulheres migrantes, indo além do atendimento emergencial oferecido nas cidades fronteiriças.

A exclusão de Pacaraima e São Luís deste recorte deve-se à especificidade do objeto de estudo, que busca compreender as percepções dos profissionais sobre a assistência à saúde em contextos urbanos de médio e grande porte. Pacaraima, apesar de sua importância como ponto de entrada, possui uma infraestrutura de saúde limitada e um fluxo altamente transitório de migrantes, enquanto São Luís, embora relevante no processo de interiorização, não concentra a mesma magnitude de atendimentos diretos às mulheres venezuelanas no contexto imediato da chegada ao Brasil.

Dessa forma, a escolha de Boa Vista e Manaus justifica-se pela relevância dessas cidades na dinâmica de acolhimento e atendimento em saúde das migrantes venezuelanas, permitindo uma análise mais aprofundada dos desafios enfrentados pelos profissionais e gestores que atuam diretamente nesse contexto.

4.3 População de Estudo

A população do estudo foi composta por profissionais e gestores da saúde e da rede de apoio a migrantes e refugiados que atuaram diretamente na assistência à população migrante venezuelana nas cidades de Boa Vista (RR) e Manaus (AM). A seleção dos participantes seguiu um critério intencional, priorizando aqueles que, no momento da coleta de dados, estavam envolvidos no atendimento e/ou na gestão de políticas e serviços voltados às mulheres migrantes venezuelanas.

Os gestores entrevistados pertenciam a diferentes setores, incluindo agências internacionais que trabalham com assistência a migrantes e refugiados, organizações governamentais e não governamentais, instituições religiosas e unidades do setor público de saúde, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros Especializados em Saúde da Mulher.

Já os profissionais de saúde incluídos no estudo atuavam diretamente no atendimento à população migrante em serviços públicos, abrangendo UBS, maternidades e centros especializados. Também foram incluídos profissionais vinculados a organizações não governamentais que prestam assistência em saúde às migrantes venezuelanas.

Destaca-se que o número total de profissionais entrevistados no projeto mais amplo foi definida com base no critério de saturação teórica, encerrando-se a inclusão de novos participantes quando as informações passaram a se repetir, sem agregar elementos relevantes à

análise (Minayo, 2014). No entanto, para este recorte, foi adotada uma amostragem intencional, considerando-se exclusivamente os profissionais e gestores atuantes nas cidades de Boa Vista (RR) e Manaus (AM) que participaram do projeto original. A seleção foi realizada com o objetivo de garantir foco analítico nos contextos urbanos mais diretamente envolvidos na resposta à crise migratória venezuelana, possibilitando uma compreensão aprofundada das práticas institucionais, percepções e desafios relacionados à assistência à saúde de mulheres migrantes.

Robinson (2023) destaca que a amostra intencional é uma técnica amplamente empregada em pesquisas qualitativas contemporâneas, particularmente quando o objetivo é focar em subgrupos específicos dentro de uma população maior. Esse enfoque seletivo facilita uma análise mais detalhada, resultando em achados que podem informar intervenções e políticas voltadas especificamente para o grupo estudado.

Assim, a amostra final deste estudo foi composta por 54 entrevistados, selecionadas entre os 57 profissionais das duas cidades, entrevistados pelo projeto ReGHID, sendo 32 atuavam em Boa Vista (RR) e 22 em Manaus (AM). Esclarecemos que três entrevistas foram excluídas com base nos critérios de elegibilidade definidos para este recorte.

A opção por uma amostra intencional e territorialmente delimitada assegurou a diversidade de experiências institucionais e práticas profissionais, permitindo uma análise mais contextualizada sobre a assistência à saúde das mulheres migrantes venezuelanas em dois dos principais polos de acolhimento no Brasil.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídas neste estudo as entrevistas realizadas no âmbito do Projeto ReGHID com profissionais e gestores que abordaram, em seus relatos, aspectos relacionados ao cuidado e/ou à assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas, adolescentes ou adultas. A seleção considerou exclusivamente participantes que atuavam nas cidades de Boa Vista (RR) e Manaus (AM) e que demonstraram, ao longo da entrevista, envolvimento direto ou indireto com a atenção à saúde dessa população.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídas deste recorte as entrevistas cujos relatos se concentraram exclusivamente na assistência à saúde de mulheres trans e pessoas LGBTQIAP+. A decisão de exclusão se deu pelo direcionamento dessas entrevistas a outro estudo específico, com foco nas

particularidades dessa população, de modo a garantir coerência analítica e respeitar as especificidades das experiências e demandas de saúde desses grupos.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no contexto do projeto *ReGHID* e incluiu entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e gestores que atuam na assistência às mulheres migrantes venezuelanas em Boa Vista (RR) e Manaus (AM).

Inicialmente, o estudo ReGHID teve início entre 2020 e setembro de 2021, porém, devido à pandemia de Covid-19, as restrições sanitárias impossibilitaram a realização das viagens previstas para coleta de dados presenciais, dessa forma, foi necessário ajustar o cronograma da pesquisa, onde uma segunda etapa foi conduzida em 2022. Assim, as primeiras entrevistas foram conduzidas de forma remota, por meio de chamadas telefônicas ou videoconferências na plataforma Google Meet. Posteriormente, com a flexibilização das medidas de isolamento social, foi possível retomar a coleta presencial.

As entrevistas foram conduzidas por uma equipe de pesquisadores experientes em metodologia qualitativa, garantindo um processo rigoroso e detalhado. As transcrições foram realizadas pela própria equipe, assegurando a fidelidade das informações coletadas.

Para estruturar a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturadas (ANEXO II), elaborado pelos pesquisadores, com o objetivo de explorar a relação entre migração e saúde das mulheres, dividido em sete tópicos principais. Primeiramente, investigou-se percepções sobre a migração na cidade, condições das mulheres migrantes e impactos no trabalho dos profissionais e na saúde local. Em seguida, abordou-se a saúde sexual e reprodutiva, diferenciando necessidades de adultas e adolescentes, incluindo planejamento familiar, ISTs, gravidez, parto, puerpério e violência. Também foram analisadas as necessidades de saúde das migrantes, o papel das instituições, as principais barreiras no acesso aos serviços e possíveis soluções. Além disso, explorou-se a discriminação no atendimento e, para profissionais de abrigos, regras e condições específicas para gestantes e doentes. Por fim, o roteiro incluía um espaço para informações adicionais dos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, onde nas entrevistas online, a gravação foi realizada diretamente na plataforma Google Meet, enquanto nas entrevistas presenciais foram realizados registros por meio de dispositivos portáteis.

As entrevistas online foram conduzidas por meio da plataforma Google Meet, o que permitiu a gravação automática de áudio e vídeo sem a necessidade de dispositivos portáteis.

Já as entrevistas presenciais foram registradas por meio de gravadores portáteis, garantindo a fidelidade das informações coletadas.

Sempre que possível, as entrevistas contaram com a presença de dois observadores, permitindo uma análise mais aprofundada e enriquecendo a interpretação dos relatos. No entanto, devido a restrições de tempo e disponibilidade, algumas entrevistas foram acompanhadas por apenas um observador, enquanto outras não tiveram observadores presentes.

A duração das entrevistas variou entre 10 minutos e 2 horas, dependendo da disponibilidade dos participantes e da complexidade das questões abordadas. Todos os materiais coletados foram transcritos integralmente. Entretanto, para melhor compreensão do conteúdo, as falas selecionadas para o estudo passaram por uma revisão ortográfica sem comprometer sua autenticidade.

Para garantir o anonimato dos entrevistados e facilitar a organização dos dados, foi adotado um sistema de codificação baseado no estado de atuação e na função do participante. Assim, os gestores foram identificados com as siglas RRGES (Boa Vista/RR) e AMGES (Manaus/AM), seguidas por um número de identificação. Já os profissionais da assistência direta foram codificados como RRPROF (Boa Vista/RR) e AMPROF (Manaus/AM), também seguidos por um número. Essa padronização permitiu uma melhor categorização dos entrevistados e favoreceu a análise comparativa dos contextos estudados.

Durante a análise das entrevistas, observou-se que, em alguns momentos, os participantes faziam referência a falas de mulheres migrantes venezuelanas, reproduzindo trechos que elas teriam expressado em atendimentos ou situações institucionais. Tais falas, no entanto, não foram transcritas literalmente, mas relatadas a partir da memória e da interpretação do próprio entrevistado. Para preservar a distinção entre os discursos diretos dos participantes e essas falas atribuídas a terceiros, optou-se por sinalizar tais trechos com aspas simples (‘ ’).

Da mesma forma, quando os entrevistados mencionaram falas ou posicionamentos de colegas de trabalho, essas referências foram marcadas entre travessões (— —), indicando que se tratam de reconstruções discursivas atribuídas a outros profissionais. Essa diferenciação tem como objetivo manter a transparência interpretativa e permitir ao leitor compreender os distintos níveis de enunciação presentes nos dados.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida por meio de oficinas analíticas interdisciplinares, envolvendo pesquisadores com formações acadêmicas diversas e ampla experiência em pesquisa qualitativa. As oficinas foram estruturadas como espaços de interpretação

colaborativa, nos quais se aplicou a triangulação de pesquisadores — estratégia que permite o confronto de diferentes olhares e referenciais teóricos sobre o material empírico, enriquecendo a compreensão dos fenômenos investigados e ampliando a validade dos achados.

Esse processo favoreceu uma leitura crítica e aprofundada das narrativas, assegurando rigor metodológico na construção, refinamento e validação das categorias analíticas emergentes. A discussão coletiva permitiu a identificação de padrões de sentido, contradições, silenciamentos e singularidades nos discursos, respeitando a complexidade das experiências dos participantes e a contextualização social das falas. Conforme destacam Denzin e Lincoln (2011) e Minayo (2014), a triangulação de perspectivas e a análise coletiva constituem estratégias fundamentais para garantir a credibilidade, coerência interna e densidade interpretativa em pesquisas qualitativas com múltiplos pesquisadores.

Durante a análise e tratamento dos dados foi utilizada a técnica de Análise Temática Reflexiva proposta por Braun e Clarke (2022), onde é preconizado a familiarização com os dados inicialmente coletados, a produção de códigos iniciais e a construção de temas nomeados para a produção dos resultados. Acerca das questões iniciais de investigação as autoras colocam que estas são consideradas um ponto de partida, e podem sofrer alterações à medida que a análise progride. Esse tipo de técnica envolve um diálogo entre a questão de pesquisa e a interpretação do significado padronizado.

De acordo com Braun e Clarke (2012), nessa técnica podem ser definidas as seguintes etapas de análise: Familiarização inicial dos dados, onde ocorre a leitura, visualização ou escuta dos dados a fim de entender o contexto em que foram coletados, e é onde se inicia o processo de identificar e interpretar os significados presentes. Após esta etapa, seguiu-se a Produção de códigos, onde ocorre a criação de códigos e rótulos que expressam significados aos dados. A codificação gerada foi utilizada para melhor identificar padrões presentes necessários para a geração dos temas. A construção de temas foi a etapa posterior, construída a partir da ação interpretativa do pesquisador, que parte do agrupamento de códigos que possuem semelhança de modo que permita descrever os padrões ao longo dos dados. Durante a revisão de temas ocorreu a avaliação dos temas criados em relação aos dados, e caso necessário, poderiam ser revistos e modificados. Na etapa de definição e nomeação dos temas, os trechos mais relevantes dos discursos foram selecionados e os temas receberam nomes concisos e informativos. Por fim, a etapa final tratou-se da produção de resultados, onde foi gerada toda a história interpretativa a partir do processo de análise.

Paralelamente às oficinas de análise, foram realizadas reuniões de estudo organizadas por integrantes da equipe de pesquisa, com o objetivo de aprofundar a compreensão

da teoria de Pierre Bourdieu, que fundamenta o referencial teórico adotado na análise dos dados. Embora não se tratasse de um grupo de pesquisa formalmente constituído, esses encontros foram fundamentais para qualificar a interpretação do material empírico, promover a leitura compartilhada de textos e discutir os principais conceitos bourdieusianos em diálogo com o contexto da pesquisa.

As obras de Bourdieu utilizadas como referencial teórico para a análise temática reflexiva foram Bourdieu (1983), Bourdieu (1998), Bourdieu (2007) e Bourdieu (2012). Esses trabalhos forneceram a base conceitual para compreender as dinâmicas de *habitus*, capital e campo no contexto da assistência à saúde de mulheres migrantes, permitindo uma análise aprofundada das interações e tensões presentes nesse cenário.

4.8 Aspectos Éticos e Legais

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa com dados primários advindos de entrevistas semiestruturadas com profissionais, o estudo possui aprovação legal do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CAAE 35617020.9.1001.5087), seguindo o protocolado pela Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

5.1 Artigo

**PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES VENEZUELANAS EM MANAUS E
BOA VISTA**

**Percepções de gestores e profissionais sobre assistência à saúde de mulheres migrantes
venezuelanas em Manaus e Boa Vista**

**Perceptions of managers and professionals about health care for Venezuelan migrant
women in Manaus and Boa Vista**

Rayane Sobrinho de Sousa (<https://orcid.org/0009-0003-5440-0050>)¹

Sara Fiterman Lima (<https://orcid.org/0000-0003-0015-3413>)¹

Zeni Carvalho Lamy (<https://orcid.org/0000-0002-9332-0542>)¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, 65020-070, São Luís, Maranhão, Brasil.

Resumo:

O aumento do fluxo de migrantes venezuelanas para as cidades de Boa Vista e Manaus, trouxe desafios significativos para o campo da assistência à saúde dessas regiões. A partir disso, se objetivou identificar as percepções de gestores e profissionais sobre assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Manaus e Boa Vista à luz da Teoria de Pierre Bourdieu. O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, construída a partir de recorte de um projeto maior denominado Redressin Genderd Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crises in Central and South

America (ReGHID). Considerando a população total de entrevistados do projeto ReGHID, a amostra do presente estudo foi constituída por 54 entrevistados, considerando os critérios de inclusão e exclusão propostos, sendo 32 atuantes em Boa Vista e 22 em Manaus. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas na íntegra, e analisadas a partir da técnica de Análise Temática Reflexiva por Braun e Clarke, à luz da Teoria Social de Bourdieu. Os dados foram distribuídos em três eixos temáticos: (1) Sobreposição de Fragilidades Estruturais e Divergências Culturais na Assistência a Migrantes Venezuelanos, (2) Reestruturação da Assistência à Saúde como movimentos de resposta à chegada de migrantes venezuelanos e (3) Resistência às novas dinâmicas e o efeito de Histerese. À luz da teoria de Bourdieu, observou-se que o desencontro entre os habitus dos profissionais e os capitais das migrantes venezuelanas contribuiu para a produção de barreiras no cuidado. Somam-se a isso obstáculos estruturais preexistentes no campo da saúde, agravados pela chegada da população migrante. Embora tenham sido implementadas adaptações e estratégias para enfrentamento dos desafios, ainda persistem resistências institucionais às mudanças necessárias para um cuidado mais equitativo.

Palavras-chaves: Saúde de Migrantes; Sistema Único de Saúde; Profissionais de Saúde

Abstract:

The increase in the influx of Venezuelan migrants to the cities of Boa Vista and Manaus has brought significant challenges to the field of healthcare assistance in these regions. Based on this, the study aimed to identify the perceptions of managers and professionals regarding the healthcare assistance provided to Venezuelan migrant women in Manaus and Boa Vista through the lens of Pierre Bourdieu's theory. This study is a descriptive and exploratory qualitative research, derived from a larger project entitled Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Crises in Central and South America (ReGHID). Considering the total population of interviewees in the ReGHID project, the sample for this study consisted of 54 participants, selected according to predefined inclusion and exclusion criteria, 32 professionals working in Boa Vista and 22 in Manaus. Data were collected through semi-structured interviews, which were later fully transcribed and analyzed using Braun and Clarke's Reflexive Thematic Analysis technique, framed by Bourdieu's Social Theory. The data were categorized into three thematic axes: (1) Overlapping Structural Vulnerabilities and Cultural Divergences in Assistance to Venezuelan Migrants, (2) Restructuring Healthcare as a Response to the Arrival of Venezuelan Migrants, and (3)

Resistance to New Dynamics and the Effect of Hysteresis. Through Bourdieu's theoretical lens, the study observed that the mismatch between the habitus of healthcare professionals and the capitals of Venezuelan migrant women contributed to the emergence of barriers to care. Additionally, preexisting structural obstacles in the healthcare field were exacerbated by the arrival of the migrant population. Although adaptations and strategies have been implemented to address these challenges, institutional resistance to the necessary changes for more equitable care still persists.

Keywords: Migrant Health; Unified Health System; Health Personnel

Introdução

A recente migração em massa de venezuelanos para Brasil, especialmente nas regiões de Roraima e Amazonas, tem imposto novos desafios ao campo da assistência à saúde. De acordo com dados elaborados pelo Observatório das Migrações Internacionais (OBMIGRA), de janeiro de 2017 a fevereiro de 2024, o Brasil possui um saldo de movimentação de 558.304 venezuelanos, onde 49% é representado por mulheres (Brasil, 2024).

Mulheres de diferentes idades atravessam a fronteira entre os países em busca de produtos básicos para suas necessidades diárias e de suas famílias, além de serviços de saúde, devido à deterioração dos serviços públicos de saúde na Venezuela (Mocelin et al., 2023).

Nesse contexto migratório, mulheres de todas as idades, especialmente adolescentes, tornam-se vulneráveis durante o processo. O deslocamento prolongado pode as expor a diversos riscos à saúde, incluindo violência física, sexual e psicológica (Topa; Neves; Nogueira, 2013). Além disso, muitas mulheres migrantes estão mais suscetíveis a doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que podem recorrer à prostituição como meio de sobrevivência durante a jornada (Mocelin et al., 2023).

Além dos perigos relacionados ao trajeto migratório, muitos migrantes enfrentam dificuldades em acessar serviços essenciais nos países de acolhimento, especialmente os serviços de saúde. A diferença de idioma e a falta de documentação necessária para o atendimento dificultam o acesso dessa população aos serviços (Alvim et al., 2023). Ademais, o aumento da demanda por serviços de saúde, especialmente nos estados de Roraima e Amazonas, sobrecarregou a assistência local, ampliando as barreiras aos serviços (Arruda-Barbosa; Sales; Torres, 2020).

Diante deste cenário, o presente estudo busca analisar as percepções de profissionais e gestores sobre a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em

Manaus e Boa Vista, utilizando a teoria social de Pierre Bourdieu. Esta teoria permite compreender como os diferentes capitais – econômico, cultural e social – influenciam a posição de um agente dentro do campo e sua capacidade de influenciar esse espaço, de acordo com o volume de capital adquirido.

As disposições incorporadas pelas mulheres migrantes venezuelanas, moldadas por suas experiências sociais e culturais, orientam suas percepções e práticas, constituindo o que Bourdieu (1983) denomina *habitus*. Quando essas disposições entram em contato com o *habitus* dos profissionais de saúde nos contextos de acolhimento, produzem-se tensões simbólicas e práticas que afetam o cuidado ofertado. Assim, este estudo tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais sobre a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Manaus e Boa Vista, considerando os desafios impostos por esse encontro de trajetórias e valores. Ao adotar a perspectiva teórica de Bourdieu, busca-se lançar luz sobre as relações de poder, os efeitos sociais da migração e os limites institucionais que impactam o atendimento à saúde dessas mulheres em contextos marcados por desigualdades estruturais.

Métodos

Este estudo é uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, elaborada a partir de um recorte do projeto multicêntrico *Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Crises in Central and South America (ReGHID)*. O projeto foi coordenado pela Universidade de Southampton (Inglaterra) e, no Brasil, conduzido pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo como foco a análise de diversos aspectos da saúde sexual e reprodutiva de mulheres adultas e adolescentes venezuelanas que migraram para o Brasil. A abordagem qualitativa foi escolhida por possibilitar a investigação aprofundada de fenômenos humanos não quantificáveis, como percepções, significados e experiências subjetivas (Minayo, 2013). Essa metodologia permite captar nuances que não seriam adequadamente exploradas por análises quantitativas, tornando-se essencial para compreender os desafios e estratégias envolvidas na assistência à saúde das mulheres migrantes.

Durante a fase de campo do projeto internacional *ReGHID – Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls*, foram realizadas entrevistas com 57 profissionais e gestores atuantes nas cidades de Boa Vista (RR) e Manaus (AM). O projeto maior teve como base o critério de saturação teórica, encerrando a coleta de dados quando os relatos passaram a se repetir e não traziam novas contribuições analíticas (Minayo, 2014; Flick, 2009).

Este estudo corresponde a um recorte específico da pesquisa mais ampla, com foco nas percepções de profissionais e gestores sobre a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Boa Vista e Manaus. Para esse recorte, foi adotada uma amostragem intencional por critérios, considerando apenas as entrevistas que tratavam diretamente do atendimento prestado a mulheres adolescentes e adultas, migrantes venezuelanas. Assim, a amostra final foi composta por 54 entrevistas, sendo 32 de Boa Vista (RR) e 22 de Manaus (AM), pois três entrevistas foram excluídas por abordarem exclusivamente a assistência à população LGBTQIAP+, incluindo mulheres trans, uma vez que serão trabalhadas em outro estudo, para análise mais aprofundada e sensível às especificidades dessa população.

A opção por utilizar todos os participantes que atendiam aos critérios nas duas cidades analisadas visou garantir diversidade institucional e assistencial, além de aprofundar a compreensão sobre os desafios, estratégias e práticas de cuidado em dois dos principais polos de acolhimento da população migrante venezuelana no Brasil. Ao mesmo tempo, essa decisão assegura coerência metodológica com o projeto original, sem perder de vista as especificidades do recorte analítico proposto.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas de forma online e presencial entre 2020 e 2022. Devido à pandemia de Covid-19, foi necessária uma reorganização metodológica. Inicialmente, as entrevistas foram realizadas remotamente, por meio da plataforma Google Meet ou chamadas telefônicas. Com a flexibilização das medidas sanitárias, foi possível retomar a coleta de forma presencial. A técnica de entrevistas semiestruturadas foi escolhida por permitir que os entrevistados tivessem maior liberdade para discorrer sobre o tema central, possibilitando a exploração aprofundada das percepções e experiências relacionadas à assistência às mulheres migrantes (Minayo, 2014). O roteiro continha questões disparadoras que guiavam a conversa, incentivando os participantes a descreverem suas vivências e desafios no atendimento às migrantes. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Posteriormente, as falas selecionadas para o estudo passaram por uma revisão ortográfica para garantir maior clareza sem comprometer sua autenticidade. Para preservar o anonimato dos participantes e facilitar a análise comparativa, os entrevistados foram codificados de acordo com sua função e local de atuação, sendo os gestores identificados como RRGES (Boa Vista) e AMGES (Manaus), enquanto os profissionais da assistência direta foram categorizados como RRPROF (Boa Vista) e AMPROF (Manaus).

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise Temática Reflexiva, conforme proposta por Braun e Clarke (2022). Esse método envolve as seguintes etapas: familiarização com os dados, codificação inicial, construção de temas, revisão e refinamento

dos temas, nomeação dos temas e produção dos resultados. Como referencial teórico, foi utilizada a teoria sociológica de Pierre Bourdieu, que permite compreender as relações de poder e dominação nos campos sociais, analisando como os habitus dos profissionais de saúde e das migrantes venezuelanas interagem e influenciam a assistência prestada.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa com dados primários obtidos por meio de entrevistas com profissionais de saúde, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. O projeto foi aprovado sob o CAAE 35617020.9.1001.5087, atendendo às diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização das entrevistas, garantindo a confidencialidade e a voluntariedade da participação no estudo.

Resultados e Discussão

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participaram deste estudo 54 trabalhadores envolvidos na assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas em Manaus (AM) e Boa Vista (RR), sendo 34 gestores e 20 profissionais de saúde.

Os gestores atuavam em diferentes tipos de instituições, incluindo agências internacionais (como UNFPA, ACNUR e OIM), órgãos governamentais (como a Aeronáutica e secretarias municipais), organizações não governamentais (como ADRA e Instituto Mana), instituições religiosas (como Cáritas e Serviço Pastoral dos Migrantes) e serviços públicos de saúde, como Unidades Básicas de Saúde. A maioria era mulher, com idades entre 22 e 63 anos, e exercia principalmente funções de coordenação, além de cargos em proteção, articulação e direção.

Os dados refletem a complexidade do campo de atuação relacionado à gestão e assistência de migrantes em Boa Vista e Manaus, contextos diretamente impactados pelo fluxo migratório venezuelano. A predominância de mulheres entre os gestores pode estar ligada à maior participação feminina em áreas de assistência social, saúde e organizações humanitárias, onde geralmente se destacam pela empatia e habilidades de cuidado, características valorizadas nesse tipo de trabalho. Já a diversidade de instituições identificadas, como agências internacionais, ONGs, órgãos governamentais e instituições religiosas, pode refletir a natureza multifacetada da resposta humanitária, que exige a colaboração de diferentes agentes para lidar

com as necessidades amplas e complexas dos migrantes. A presença significativa de ONGs e instituições religiosas pode ser atribuída à tradição dessas organizações em atuar diretamente em crises humanitárias, suprimindo lacunas deixadas pelo setor público.

A variação de idades indica uma combinação de profissionais mais jovens, provavelmente iniciando suas carreiras no campo humanitário, e profissionais mais experientes, que trazem conhecimento consolidado para as ações de coordenação e articulação. Por fim, a concentração em cargos de coordenação reflete a natureza estratégica do trabalho desses gestores, que têm como principal atribuição estruturar e implementar respostas às demandas migratórias. Outras funções, como proteção, direção e articulação, evidenciam a necessidade de profissionais em diferentes frentes, desde a administração até o atendimento direto aos migrantes.

Dos 20 profissionais entrevistados (Quadro 1), a maior parte estava localizada em Boa Vista, composta por 13 mulheres e 3 homens, enquanto Manaus contou com 4 profissionais, sendo 3 mulheres e 1 homem. As idades dos participantes variavam entre 23 e 67 anos, com tempos de experiência no trabalho com migrantes que iam de 1 a 38 anos, evidenciando um grupo heterogêneo em termos de trajetória profissional.

Entre os cargos ocupados, havia uma diversidade de funções, incluindo médicos (3), enfermeiros (7), assistentes sociais (4), psicólogos (3) e assistentes de proteção (3), destacando a multidisciplinaridade necessária para atender às demandas dos migrantes. A distribuição das instituições em que atuavam também refletia essa diversidade: maternidades, Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de referência em saúde da mulher, uma agência internacional, ONGs, um serviço de homecare e um órgão governamental.

Os dados apontam que a maior concentração de profissionais em Boa Vista pode refletir a proximidade geográfica dessa cidade com a fronteira venezuelana, tornando-a um ponto de entrada central para os migrantes, onde a demanda por serviços de saúde e assistência social é mais intensa. Em contraste, Manaus, embora também relevante, tende a receber migrantes em fluxos secundários, o que pode explicar a menor presença de profissionais nessa localidade.

A predominância de mulheres entre os profissionais pode ser atribuída à feminização de profissões relacionadas ao cuidado, como enfermagem, assistência social e psicologia, que compõem grande parte das categorias representadas. Já a diversidade de cargos e instituições, como maternidades, UBS, centros de referência e ONGs, evidencia a complexidade das necessidades das mulheres migrantes, que exigem uma abordagem multidisciplinar e a integração de diferentes níveis de atenção. Já o tempo de experiência

variando amplamente entre os participantes sugere que o fenômeno migratório recente mobilizou tanto profissionais experientes quanto recém-ingressos no campo, destacando a necessidade urgente de capacitação contínua para lidar com desafios específicos relacionados à migração.

Por fim, a presença de uma agência internacional e ONGs no contexto reforça a relevância da articulação entre organizações locais e internacionais no atendimento às demandas dos migrantes, enquanto o menor número de profissionais em serviços públicos aponta possíveis limitações na capacidade do sistema de saúde pública de absorver a demanda crescente.

Quadro 1. Quadro de caracterização sociodemográfica dos profissionais e gestores participantes

Código	Idade	Gênero	Raça/Cor	Cidade	Escolaridade	Local de trabalho	Cargo	Tempo de trabalho na assistência à migrantes
RRGES1	53	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Agência Internacional (UNFPA)	Coordenadora	6 meses
RRGES2	-	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Agência Internacional (ACNUR)	Coordenadora	1 ano e 6 meses
RRGES3	62	M	-	Boa Vista	Ensino superior + Pós graduação	Agência Internacional (UNAIDS)	Consultor	21 anos (direitos humanos)
RRGES4	54	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Organização não governamental (Associação Mexendo a Panela - Paroquia N. S. da Consalata)	Coordenadora	6 anos
RRGES5	22	M	-	Boa Vista	Ensino superior incompleto	Instituição Religiosa (Cáritas / Projeto Orinocco)	Articulador de monitoramento	2 anos
RRGES6	26	F	-	Boa Vista	Ensino superior		Coordenadora	4 anos

					completo	Agência Internacional (PADF)		
RRGES7	57	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Instituição Religiosa (Serviço Pastoral dos migrantes)	Coordenadora	35 anos
RRGES8	45	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Unidade Básica de Saúde	Diretora	3 anos
RRGES9	32	F	Parda	Boa Vista	Ensino superior completo	Organização não governamental (ADRA)	Oficial de Proteção	2 anos
RRGES10	40	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Organização não governamental (ADRA)	Coordenadora	3 anos
RRGES11	42	F	Branca	Boa Vista	Ensino superior completo + Especialização	Organização não governamental (Médicos Sem Fronteiras)	Coordenadora	9 meses
RRGES12	37	F	Negra	Boa Vista	Ensino superior completo	Organização não governamental (ADRA)	Coordenadora	10 anos

RRGES13	29	M	Parda	Boa Vista	Ensino superior incompleto	Unidade Básica de Saúde	Diretor	5 meses
RRGES14	63	F	Branca	Boa Vista	Ensino superior completo	Unidade de saúde especializada em Saúde da Mulher	Diretora	5 anos
RRGES15	39	M	Negro	Boa Vista	Ensino superior completo	Organização não governamental (AVSI)	Gerente Operacional	5 anos
RRGES16	30	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo + Pós graduação	Agência Internacional (ACNUR)	Coordenadora	8 anos
AMGES1	46	F	Negra	Manaus	Ensino superior + Pós graduação	Organização Governamental (Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania - SEMASC)	Chefe da Divisão de Alta Complexidade da Secretaria de Assistência Social do município	~ 3 anos
AMGES2	39	F	Branca	Manaus	Ensino superior	Organização Governamental (SAIAF Casa Migrante Jacamim)	Coordenadora	2 anos 5 meses

AMGES3	41	F	Branca	Manaus	Ensino superior + Pós graduação	Organização não governamental (Associação Hermanitos)	Coordenadora	4 anos
AMGES4	37	F	Parda	Manaus	Ensino Médio completo	Organização Governamental (Aeronáutica)	3° Sargento	4 meses
AMGES5	32	F	Branca	Manaus	Ensino superior completo + Pós-graduação	Agência Internacional (UNFPA)	Chefe de Escritório	3 anos
AMGES6	49	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Agência Internacional (OIM)	Coordenadora	2 anos
AMGES7	38	F	-	Manaus	Ensino superior + Pós-graduação	Instituição Religiosa (Cáritas Arquidiocesana de Manaus)	Coordenadora	3 anos
AMGES8	59	F	-	Manaus	Ensino superior	Instituição Religiosa (Serviço Pastoral do Migrante)	Coordenadora	7 anos
AMGES9	28	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Agência Internacional (ACNUR)	Oficial assistente de campo	5 anos

AMGES10	49	F	-	Manaus	Ensino Superior completo	Instituição Religiosa (Serviço Pastoral dos Migrantes Arquidiocese de Manaus)	Articuladora local	5 anos
AMGES11	39	F	Parda	Manaus	Ensino superior + Pós-graduação	Organização não governamental (Associação Scalabrini de Serviços aos Migrantes - Casa do Migrante Beato João Batista Scalabrini)	Coordenadora	3 anos
AMGES12	36	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Organização governamental (Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania – SEMASC)	Articuladora	5 anos
AMGES13	24	M	-	Manaus	Ensino superior completo	Organização não governamental (Instituto Mana)	Gestor em caso de proteção	3 anos e 9 meses
AMGES14	23	M	-	Manaus	Ensino superior completo	Organização não governamental	Oficial de proteção	3 anos

						(Instituto Mana)		
AMGES15	39	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Organização não governamental (ADRA)	Coordenadora	1 ano e 7 meses
AMGES16	43	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Organização governamental (SEMASC / Acolhimento Tarumã Açu II)	Psicóloga	2 anos
AMGES17	43	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Organização governamental (Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania – SEMASC)	Coordenadora	1 ano
AMGES18	49	F	-	Manaus	Ensino Superior completo	Organização governamental (Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania – SEMASC)	Assistente Social/ de Proteção	1 ano e 6 meses
RRPROF1	48	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Maternidade	Médica	15 anos

RRPROF2	67	M	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Maternidade	Médico	6 anos
RRPROF3	36	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Maternidade	Assistente social	3 anos
RRPROF4	49	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Maternidade	Psicóloga	4 anos
RRPROF5	64	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Maternidade	Médica	38 anos
RRPROF6	56	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Unidade Básica de Saúde	Enfermeira	3 anos
RRPROF7	39	M	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Agência Internacional (UNFPA)	Assistente de proteção	2 anos
RRPROF8	27	F	-	Boa Vista	Ensino superior + Pós-Graduação	Organização não governamental (Instituto Migrações e Direitos Humanos)	Assistente de Proteção	2 anos
RRPROF9	36	M	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Organização governamental (SMJA - Boa Vista)	Enfermeiro	5 anos

RRPROF10	64	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Unidade de saúde especializada em Saúde da Mulher	Assistente Social	2 anos
RRPROF11	54	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo + Pós-graduação	Unidade de saúde especializada em Saúde da Mulher	Enfermeira	3 anos
RRPROF12	54	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Maternidade	Psicóloga	4 anos
RRPROF13	24	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Claretiano / Santa Clara (home care)	Enfermeira	1 ano
RRORF14	23	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Organização não governamental (Instituto Migrações e Direitos Humanos)	Assistente de Proteção	4 anos
RRPROF15	29	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Unidade de saúde especializada em Saúde da Mulher	Assistente Social	3 anos
RRPROF16	43	F	-	Boa Vista	Ensino superior completo	Unidade de saúde especializada em Saúde da Mulher	Enfermeira	3 anos
AMPROF1	44	M	Pardo	Manaus	Ensino superior completo	Unidade Básica de Saúde	Enfermeiro	5 anos

AMPROF2	41	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Maternidade	Assistente social	3 anos
AMPROF3	48	F	-	Manaus	Ensino superior completo	Maternidade	Psicóloga	Não informado
AMPROF4	41	F	Parda	Manaus	Ensino superior + Pós graduação	Maternidade	Enfermeira	5 anos

A partir da análise das narrativas trazidas pelos entrevistados, emergiram três eixos temáticos (1) *Sobreposição de Fragilidades Estruturais e Divergências Culturais na Assistência a Migrantes Venezuelanos*, onde buscamos compreender as principais barreiras no atendimento à saúde das migrantes venezuelanas, (2) *Reestruturação da Assistência à Saúde como movimentos de resposta à chegada de migrantes venezuelanos*, onde buscamos entender as mudanças na organização da assistência à saúde, que foi pressionada com a chegada desses novos agentes, além de também identificar quais as mudanças nas práticas dos profissionais, e (3) *Resistência às novas dinâmicas e o efeito de Histerese*, em que tentamos apresentar a resistência às mudanças geradas pela chegada de um grande número de migrantes venezuelanos e como esse processo pode ser compreendido à luz do conceito de histerese em Bourdieu. No Quadro 02 estão apresentados os eixos temáticos e suas categorias.

Quadro 02. Quadro de descrição dos resultados da análise.

Eixo temático	Categoria	Núcleo de sentido
Sobreposição de Fragilidades Estruturais e Divergências Culturais na Assistência a Migrantes Venezuelanos	Fragilidades Estruturais	Espaço físico e poucos profissionais
		Aumento da demanda
		Escassez de medicamentos e insumos
		Precarização do atendimento não é apenas consequência da migração, mas uma manifestação das fragilidades preexistente
		Sobrecarga de trabalho
		Dificuldade em atrair e fixar profissionais de saúde
		Distribuição desigual do capital simbólico e econômico no campo da saúde
		Tensão entre as relações dos serviços locais com as organizações atuantes
		A pandemia do Coronavírus
	Divergências Culturais	Idioma
		Falta de conhecimento sobre o funcionamento do SUS
		Planejamento Familiar

		Resistência à amamentação, parto hospitalar (para as mulheres do grupo étnico warao), e parto cesárea para as migrantes não pertencentes ao grupo, e vacinação.
Reestruturação da Assistência à Saúde como movimentos de resposta à chegada de migrantes venezuelanos	Reestruturação da Assistência à Saúde	A crise migratória venezuelana levou à necessidade de adaptação do SUS
		Novos agentes, como ONGs, agências internacionais e instituições religiosas, passaram a atuar no suporte à saúde dos migrantes
		A Operação Acolhida e parcerias com organizações internacionais ampliaram a capacidade de resposta da rede de assistência
	Adaptação do Campo da Saúde (Perspectiva Bourdieusiana)	A entrada de novos agentes alterou o campo da assistência à saúde ao introduzir novos capitais (econômico e simbólico).
		O habitus dos profissionais foi desafiado, exigindo mudanças nas práticas institucionais para lidar com demandas migratórias
	Barreira Linguística e Estratégias de Comunicação	Estratégias utilizadas: Google Tradutor, ajuda de colegas bilíngues, materiais informativos bilíngues e facilitadores culturais.

	Questões de Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva	Estratégias como materiais audiovisuais e rodas de conversa foram implementadas para facilitar o acesso à informação.
	Capacitação dos Profissionais e Sensibilização	Profissionais foram treinados para lidar com temas como contracepção, ISTs e violência sexual
		Cursos foram direcionados para equipes humanitárias masculinas, visando prevenir assédio e violência contra migrantes
		Capacitações buscaram desconstruir estereótipos sobre a falta de adesão das migrantes ao sistema de saúde
	Facilitadores Culturais e Intermediação no Atendimento	Algumas instituições implementaram o uso de facilitadores culturais e linguísticos para melhorar o vínculo com as comunidades indígenas
Os profissionais de saúde buscaram estabelecer redes de contato para garantir atendimento contínuo às migrantes, mobilizando seu capital social		
Resistência às novas dinâmicas e o efeito de Histerese	Resistência dos Profissionais à Mudança	Alguns profissionais demonstraram resistência em adaptar suas práticas ao atendimento das migrantes
		Recusa em utilizar palavras em espanhol no cotidiano da assistência, mesmo conhecendo termos básicos
		Dificuldade em lidar com especificidades culturais das migrantes

	Atitudes Xenofóbicas e Reações à Chegada dos Migrantes	Alguns profissionais expressaram resistência à presença das migrantes, alegando sobrecarga no trabalho
		Relatos de xenofobia dentro do próprio serviço de saúde
		Divergências na equipe sobre o nível de atenção que deveria ser oferecido às migrantes
	Mudança Gradual e Adaptação	Com o tempo, houve uma diminuição da resistência inicial e uma maior aceitação das migrantes no serviço de saúde
		Algumas práticas foram sendo incorporadas para tornar o atendimento mais inclusivo
		Persistência de desafios na integração plena das migrantes ao SUS
	Percepção Positiva das Migrantes Sobre o Atendimento	Relatos de gratidão das migrantes pelo acesso ao SUS, exames e medicamentos gratuitos
		A valorização do atendimento, mesmo diante das dificuldades enfrentadas
	Limitações Estruturais e Demandas Não Atendidas	Profissionais reconhecem que, apesar dos avanços, a infraestrutura e a capacidade do sistema ainda são insuficientes

		A demanda por atendimento às migrantes é alta e não há cobertura para todas as necessidades
	Princípios do SUS e a Assistência às Migrantes	Profissionais afirmam que o atendimento é universal e igualitário, sem distinção entre brasileiras e venezuelanas. Porém, as necessidades das migrantes são mais complexas e exigem medidas diferenciadas para garantir equidade no acesso

Sobreposição de Fragilidades Estruturais e Divergências Culturais na Assistência a Migrantes Venezuelanos

Os resultados indicam que a chegada massiva de migrantes venezuelanos intensificou as fragilidades estruturais e operacionais já presentes no sistema de saúde dos municípios analisados. A sobrecarga das unidades de atendimento revelou a insuficiência da infraestrutura disponível, tanto em relação ao espaço físico quanto à quantidade de profissionais, evidenciando a inadequação do sistema para lidar com um fluxo migratório de tal magnitude:

“[...] A única UTI Neonatal do estado está nessa maternidade. Não existe UTI Neonatal privada, e nem UTI materna também [...] então já havia uma necessidade de aumento de espaço físico, de equipe, de assistência, antes dessa crise venezuelana. Com a chegada delas, isso se intensificou de uma maneira muito importante. Como nós somos uma única maternidade, a gente não tem como referenciar para uma outra unidade, como fazer permutas de medicamentos, de equipamentos [...]” RRPROFI

“[...] Nós não conseguimos dar conta da situação aqui, porque é muita gente, a população de venezuelanos é muito grande aqui [...]” AMGES7

A situação das UTIs Neonatais e a saturação dos serviços ilustram como a crescente demanda migratória se somou a deficiências preexistentes, ampliando a pressão sobre a rede de saúde e comprometendo a qualidade da assistência prestada. A limitação de recursos e a falta de alternativas para encaminhamento de pacientes agravaram o cenário, dificultando a gestão dos atendimentos e aumentando o tempo de espera por cuidados essenciais.

Os profissionais revelam ainda uma percepção de como o aumento da demanda intensificou problemas estruturais já presentes no sistema de saúde, como longas filas de espera, atrasos no atendimento, dificuldade em realizar exames e consultas essenciais, especialmente para tratamentos específicos voltados às mulheres.

“[...] elas falam muito que foram no posto e só tinha vaga para dali a um mês, e que no outro mês não tinha o material do exame por exemplo. Aí a gente suspira e enfim, quando a gente vai ver, é uma mulher que precisava de um tratamento específico e não recebeu [...]” RRPROFI

A escassez de medicamentos se soma a de equipamentos médicos comprometendo a capacidade de prestar cuidados adequados tanto à população migrante quanto à brasileira. A necessidade de solicitar aos acompanhantes a compra de medicamentos evidencia como a falta de recursos impacta diretamente a qualidade do atendimento, ao mesmo tempo em que expunha as desigualdades no acesso a direitos básicos de saúde:

“[...] nós já temos que dividir o que não daria somente para as brasileiras. Eu me sinto envergonhada de falar. Hoje, se eu chegar na maternidade, para fazer uma analgesia oral, nem sempre vai ter dipirona. Aí você fala assim: ‘Acompanhante, vai lá e compra um comprimido de dipirona para a gente fazer aqui no pós-parto, porque faltou, a previsão de chegada é daqui a dois [...]’” RRPROFI

Ao evidenciarem que a sobrecarga do sistema resulta em atendimentos insuficientes e descontinuados, impactando diretamente a saúde das pacientes, os profissionais colaboram com os resultados encontrados por Arruda-Barbosa, Sales e Torres (2020) que analisaram o impacto da migração num hospital de referência em Roraima e encontraram que uma das principais consequências foram resultantes da deficiência estrutural dos serviços de saúde que não estavam preparados para o aumento da demanda, os autores demonstraram que não houve o aumento necessário no quantitativo de profissionais, no aporte de insumos além da falta de melhorias infraestruturais para devida adequação à nova realidade.

A partir da perspectiva de Bourdieu (1996), a sobrecarga do sistema de saúde pode ser compreendida como um reflexo das desigualdades estruturais postas no campo da saúde. O aumento da demanda migratória ao intensificar uma disputa por recursos já escassos, expõe as limitações de capital econômico (falta de infraestrutura e insumos) e capital humano (déficit de profissionais) disponíveis nesse sistema. Os atores do campo, profissionais de saúde e gestores, passam a negociar suas práticas dentro de um contexto de restrições, adaptando-se às condições impostas pelos insuficientes investimentos estruturais.

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde, expressa pela necessidade de compra de medicamentos pelos próprios pacientes, evidencia uma distribuição assimétrica de capitais no campo da assistência. O capital econômico determina quem pode arcar com os custos adicionais do cuidado, como medicamentos e exames, enquanto o capital simbólico, relacionado ao reconhecimento e legitimidade social, influencia a forma como os sujeitos são percebidos e, conseqüentemente, seu acesso aos recursos. Nesse contexto, a precarização do atendimento não decorre apenas da migração, mas revela fragilidades estruturais já existentes, que se tornam mais visíveis e agravadas diante do aumento da demanda imposta pelo novo fluxo populacional (Bourdieu, 1989; 2012).

Para lidar com a alta demanda, foi destacado que os profissionais precisaram ampliar suas jornadas de trabalho, assumindo múltiplos contratos e horários. Contribuindo para uma sobrecarga que poderia comprometer não apenas a qualidade do atendimento oferecido,

mas também o bem-estar dos profissionais, gerando uma situação de estresse acumulado que pode levar à exaustão física e mental.

“[...] o que aconteceu foi que os profissionais que já atuam aqui assumiram mais um contrato em horário diverso do seu [...]” RRPROF1

Esse cenário evidencia como as limitações estruturais do sistema de saúde recaem diretamente sobre os trabalhadores, que, mesmo sobrecarregados, precisam garantir a continuidade dos serviços, refletindo a posição dos profissionais dentro do campo da saúde, onde a distribuição desigual de capital econômico e capital humano impõe desafios constantes à prática assistencial (Bourdieu, 1996). Essa adaptação forçada alimenta dinâmicas de violência simbólica, onde os agentes internalizam as limitações do campo como parte inerente de sua atuação, perpetuando um ciclo de sobrecarga e exaustão sem questionar profundamente as estruturas que mantêm essa desigualdade (Bourdieu, 2012).

Os entrevistados ressaltaram a dificuldade em atrair e fixar profissionais de saúde na região do extremo norte do Brasil, onde segundo eles a escassez de profissionais já era uma realidade antes do aumento do fluxo migratório, mas se agravou com a crescente demanda, comprometendo a oferta de serviços tanto para a população local quanto para os migrantes:

“Como somos um estado do extremo norte do país ainda bastante desconhecido, trazer profissionais para interiorizar em Roraima não é uma iniciativa fácil. Então nós não conseguimos alcançar essa demanda crescente de atendimentos e eu acho que isso é a primeira dificuldade que temos”
RRGES14

“[...] olha, precisar sempre precisou só que em Roraima não vem profissionais para trabalhar nós estamos precisando de profissionais [...]”
RRPROF2

A baixa atratividade da região do extremo norte do Brasil para profissionais da saúde, somada à falta de incentivos para sua permanência, intensifica a precarização do atendimento e sobrecarrega os trabalhadores já atuantes no sistema (Barreto, Rodrigues e Barreto, 2018). Essa dificuldade de atrair e fixar profissionais pode ser compreendida à luz da distribuição desigual dos capitais simbólico e econômico no campo da saúde, em que regiões periféricas ocupam posições de menor prestígio e reconhecimento. A ausência de políticas efetivas de incentivo, por sua vez, reflete formas de violência simbólica, na medida em que a precariedade dessas localidades é naturalizada e aceita como parte inerente ao sistema, sem provocar transformações estruturais significativas (Bourdieu, 1996; 2012).

Com o agravamento da migração venezuelana para o Brasil, foi organizada uma iniciativa do governo brasileiro, para oferecer assistência humanitária aos migrantes e refugiados venezuelanos que chegam ao Brasil devido à crise em seu país de origem (Brasil, 2023). Coordenada pelas Forças Armadas em parceria com organizações internacionais, ONGs e instituições públicas, a operação abrange ações como acolhimento, regularização migratória, interiorização e acesso a serviços básicos, incluindo saúde, alimentação e abrigo (Matos, 2022). Além disso, diferentes instituições se direcionaram para a situação da migração venezuelana para o Brasil, vinculadas ou não com a Operação Acolhida, com intuito de suprir as deficiências estruturais e atender às necessidades crescentes (Sarmiento e Rodrigues, 2021).

Para os profissionais, a chegada destes novos agentes ao campo da assistência em saúde, no contexto da migração venezuelana, trouxe desafios não apenas operacionais, mas também relacionais. Assim, relataram tensões com estas instituições externas, sobretudo no que diz respeito à cobrança por um atendimento que, por vezes, ultrapassa as limitações técnicas e normativas do SUS. A exemplo trazem uma percepção de que os profissionais estariam negando acesso a determinados serviços, gerando conflitos, resultando em acusações de xenofobia e falta de acolhimento. No entanto, os trabalhadores da saúde apontam que as restrições são impostas pelas normas vigentes e pela avaliação técnica de cada caso, e não por discriminação:

“[...] às vezes, o que a gente vê é que tem muita cobrança de lá para conosco, os serviços, e às vezes até de uma forma hostil e acusando os profissionais aqui do outro lado como xenófobos, xenofobia e tudo, que fulano não teve acesso ao serviço ou fulana não concluiu o procedimento do aborto legal, mas não pelo fato de não ter sido acolhida, porque houve um impasse realmente no tempo, no período que era pra se fazer, que não se dá mais pra se fazer. Então existe toda uma comissão de avaliação desse procedimento e que o médico vai dizer se dá pra fazer ou não dá, mas não pelo fato de você ser venezuelana ou brasileira. É pelo fato de que há impossibilidade, incompatibilidade para fazer o procedimento. Muitas vezes isso não é aceito, acham que nós não estamos querendo [...] Muitas vezes vem nos questionar e dentro desse questionamento é de uma forma bem hostil. A gente até fica bem chateada, porque assim, ao invés de você conseguir essa rede de apoio, você está meio que distanciando os profissionais, porque vão ficando chateados com a forma que é cobrado [...]” RRPROF3

A entrada de novas instituições no campo da assistência em saúde ampliou a capacidade de resposta à crise migratória, mas também evidenciou desafios na coordenação entre os diferentes prestadores de serviço. O ambiente, que poderia se consolidar como uma rede de apoio, acaba se tornando um espaço de atrito onde o campo da saúde se transforma em

um espaço de disputa entre diferentes agentes, cada um operando com seu próprio *habitus* e sistema de valores. Os profissionais de saúde, moldados pelas normas institucionais e pelas limitações estruturais do SUS, tomam decisões baseadas em critérios técnicos e éticos, enquanto os agentes externos, orientados por perspectivas humanitárias, podem interpretar essas restrições como barreiras ao atendimento adequado. Esse choque de expectativas evidencia uma fragmentação dentro do próprio campo da assistência, dificultando a construção de uma rede de colaboração efetiva e reforçando a percepção de hostilidade entre os diferentes grupos envolvidos (Bourdieu, 1996).

Além disso, também foi colocado a inobservância de uma atuação concreta por parte de algumas ONGs.

“[...] Com relação à participação da ONU, eu não posso nem opinar, porque, apesar de fazer parte da equipe da única UTI Maternidade, eu nunca tive acesso a eles, eu nunca os vi procurar os profissionais. Talvez os gestores, mas os gestores talvez nos fizessem saber de, de uma possibilidade de parceria, de uma conversa, enfim. Não os vejo atuando não, exceto nas reportagens de televisão [...]” RRPROF1

As falas apontam a falta de integração entre a Operação Acolhida e a rede de saúde local, dificultando a articulação entre diferentes níveis de governança e ONGs. Percebe-se que esta segue normas próprias, muitas vezes desalinhadas ao SUS, o que compromete a comunicação e a colaboração entre os agentes. Esse cenário fragmentado leva a esforços isolados, enfraquecendo a assistência integrada e gerando desafios até mesmo dentro do Grupo de Trabalho (GT) da própria Operação Acolhida.

“[...] E assim, eles atendem uma população, mas eles (Operação Acolhida) não têm vínculo com a rede do município, nem do estado [...]” RRGES8

“[...] Quando nasceu o Núcleo de Saúde da força tarefa da Acolhida, o município e o estado tentaram um pouco entrar em contato com eles, para tentar ter essa coisa, o contato. E depois pelo que eu percebi desistiram, porque ficava muito complicado eles tinham protocolos deles que não são protocolos que normalmente costumam usar o SUS, então ficam muito complicada essa comunicação [...]” RRGES11

Em linha com o estudo dos autores Sarmiento e Rodrigues (2021) que discutem como a estruturação da Operação da Acolhida, e a chegada de recursos econômicos aportados

pelo Estado Brasileiro e organismos internacionais por um lado aumentou o acesso aos serviços de assistência para um maior número de venezuelanos, mas em contrapartida significou a perda de autonomia dessas entidades, onde, inclusive, alguns desses agentes tiveram que se burocratizar, a fim de atenderem os requisitos estabelecidos para firmarem tais parcerias, demonstrando também a complexidade das relações presentes nesse campo.

Estas dinâmicas refletem as tensões inerentes ao sector da saúde, em que diferentes atores, cada um com diferentes capitais – económico, político, social e simbólico – competem para determinar prioridades e estratégias de ajuda (Bourdieu, 1983). No caso dos migrantes venezuelanos, a disputa manifesta-se nas tentativas de diferentes intervenientes, incluindo vários níveis de governo, organizações internacionais e ONG, de impor agendas, levando a dificuldades de coordenação e comunicação. A falta de coordenação eficaz entre estas instâncias resulta em operações sobrepostas, lacunas nos serviços e num sistema mais fragmentado. Assim, em vez de reforçar as redes de ajuda, a concorrência entre instituições agrava as desigualdades e a instabilidade dos cuidados de saúde para populações já vulneráveis Sarmiento e Rodrigues (2021).

Em adição a isso, conforme colocado pelos entrevistados, outro fator que contribuiu para o aumento das tensões e reconfiguração da dinâmica nesse meio, foi a pandemia do Coronavírus, que exacerbou ainda mais as dificuldades e tensões presentes na rede assistencial em Manaus e Boa Vista, que além do aumento da demanda com o influxo dos migrantes, a situação emergencial ocasionada pela Covid-19 triplicou os desafios que as duas capitais tiveram que lidar.

“[...] Muitas unidades de saúde acabaram sendo reestruturadas, designadas exclusivamente para atender pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19 e acho que não foi exclusivo de Boa Vista, de Roraima, mas foi algo que a gente viu Brasil afora e mundo afora, que determinados serviços essenciais passaram a ser não-essenciais nesse momento [...]” RRPROF7

“[...] Mudou tudo, né, então em termos de acesso a serviços, em termos de, de até a disponibilidade da nossa equipe para poder prestar apoio por exemplo durante uma fase crítica da pandemia que nós tivemos que sair de campo, porque nós não estávamos vacinados. E nós tínhamos pessoas de grupo de risco inclusive na equipe, então a gente teve de se resguardar [...]” AMGES5

As falas evidenciam que a pandemia de Covid-19 provocou impactos severos na assistência à saúde, como o deslocamento de equipes, a reestruturação das unidades, a sobrecarga dos serviços e a mudança nas prioridades assistenciais, com a Covid-19 tornando-se a principal emergência. A falta de preparo e as limitações das equipes agravaram a precariedade já existente e comprometeram o atendimento às demandas da população migrante. A realocação de profissionais para o enfrentamento da pandemia reduziu a disponibilidade de mão de obra em outras áreas, afetando especialmente o cuidado às mulheres venezuelanas, já em situação de vulnerabilidade. Esse cenário é reforçado por estudos que mostram como as medidas de isolamento afetaram a força de trabalho na saúde, seja pelo afastamento de profissionais de grupos de risco, seja pela contaminação e interrupção das atividades de trabalhadores adoecidos (Paz et al., 2021; Renfrew et al., 2020).

Esse conjunto de fatores contribuiu para a reconfiguração das dinâmicas no campo assistencial, que, além de enfrentar a crescente demanda migratória e as dificuldades de integração entre diferentes prestadores de serviços, precisou se reorganizar diante de uma emergência epidemiológica de proporções globais. Esse cenário impôs um duplo desafio para profissionais e instituições locais, que já lidavam com uma sobrecarga significativa antes da pandemia.

Sob a perspectiva de Bourdieu (1997), o campo é um espaço de disputas, onde diferentes agentes lutam para manter ou transformar suas estruturas. Além disso, eventos externos, como mudanças demográficas e crises globais, podem desestabilizar essas relações e impor novas configurações ao campo (Bourdieu, 2008). A entrada de novos agentes – como mulheres migrantes e prestadoras de assistência humanitária – alterou a dinâmica do campo da saúde, introduzindo novas relações entre a rede local e os serviços humanitários. Essas transformações impactaram diretamente a organização e a oferta de cuidados, tornando ainda mais evidente a fragilidade pré-existente do sistema de saúde e a insuficiência de recursos para atender à crescente demanda, especialmente durante a pandemia, que intensificou essas mudanças e desafios.

Além das fragilidades estruturais, emergiram também desafios de ordem cultural que impactaram o atendimento às mulheres migrantes venezuelanas. Entre eles, destacam-se tensões geradas pelas práticas de saúde específicas desse grupo e as barreiras linguísticas, que exigiram dos profissionais adaptações e maior sensibilidade intercultural para oferecer um cuidado mais eficaz e humanizado.

A barreira linguística se apresenta como um dos principais desafios no atendimento às migrantes venezuelanas, pois muitas falam apenas espanhol, enquanto os profissionais de saúde e demais serviços operam predominantemente em português, gerando uma falta de entendimento mútuo. Essa dificuldade vai além da tradução literal, interferindo na comunicação eficaz, na compreensão das orientações e no estabelecimento de um vínculo de confiança entre estes atores:

“[...] A barreira linguística é muito relevante e eu gosto muito de repetir isso, porque eu acho que a gente não pode simplificar os problemas, né? Então assim, a barreira linguística carrega consigo um tanto dessa dificuldade de lidar com o outro [...]” RRGES1

“[...] Elas têm a dificuldade de entender o português e a gente também, de não entender o espanhol. Então tem já um pouco essa barreira [...]” RRPROF11

Além disso, os relatos indicam que a adaptação ao idioma ocorre ao longo do tempo, sendo mais evidente entre as migrantes que estão no Brasil há mais tempo. As recém-chegadas, por outro lado, enfrentam dificuldades significativas de comunicação, o que compromete tanto o acesso aos serviços de saúde quanto a compreensão das orientações, especialmente quando não há um acompanhante que possa auxiliar na tradução. Essa barreira linguística não apenas prejudica a assistência em saúde, mas também afeta a integração social dessas mulheres, tornando sua situação ainda mais vulnerável:

“[...] principalmente as pessoas que chegam recente no Brasil. As que já estão mais tempo elas já estão mais adaptadas ao português [...]” RRPROF3

“[...] elas chegam sem conseguir falar bem o nosso idioma, sem conseguir entender às vezes o que nós falamos, muitas vezes nós tentamos orientar e se não for um acompanhante que fale um pouco mais do nosso idioma fica difícil [...]” AMPROF4

As falas destacam a barreira linguística como um fator significativo de dificuldade tanto para as mulheres migrantes venezuelanas quanto para os profissionais que as atendem, ela não é apenas um obstáculo técnico, mas um desafio mais complexo que envolve a dificuldade de comunicação e o impacto dessa barreira nas interações entre as migrantes e as equipes de apoio. Além disso, é apontado a dificuldade mútua de comunicação, reconhecendo que tanto as mulheres venezuelanas quanto os profissionais brasileiros enfrentam desafios ao lidar com o português e o espanhol, revelando que essa diferença linguística é um problema compartilhado e não apenas uma dificuldade de um dos lados. Tais achados corroboram com resultados

apresentados por Mocelin *et al.* (2023) onde foi identificado que o idioma se coloca como uma das principais barreiras no acesso aos serviços de saúde.

A partir de Bourdieu (1996), podemos compreender que a barreira linguística reflete a falta de capital linguístico das mulheres migrantes, onde este capital linguístico refere-se ao domínio de uma língua legitimada dentro de um determinado campo social, funcionando como um recurso que possibilita a participação e o acesso a oportunidades dentro desse espaço. A falta de fluência no português coloca as mulheres venezuelanas em uma posição de vulnerabilidade no campo social, pois isso limita suas interações e acesso aos serviços oferecidos. Para os profissionais que atendem essas mulheres, a falta de capital linguístico também impede a efetividade da assistência e acolhimento, criando barreiras de entendimento e dificultando a construção de confiança no atendimento.

As mulheres migrantes que ainda não dominam o português não têm o capital linguístico necessário para interagir de maneira eficaz com os serviços de saúde e outros recursos no Brasil. A falta desse capital coloca essas mulheres em uma posição de desvantagem, pois elas não conseguem comunicar suas necessidades de forma eficiente e muitas vezes dependem de acompanhantes para traduzir, o que limita sua autonomia e aumenta sua vulnerabilidade, especialmente quando estas possuem baixo capital social e não possuem familiares ou amigos que já possuem maior habilidade com o idioma para ajudá-las.

A dificuldade se amplia ainda mais quando se trata das migrantes venezuelanas indígenas, especialmente da etnia Warao que enfrentam barreiras adicionais, já que muitas vezes não falam espanhol, muito menos português, e normalmente os homens que aprendem o espanhol e respondem pelas mulheres que falam apenas na língua Warao, conforme destacado pelos entrevistados.

“[...] A gente vê o esforço do brasileiro por aprender uma palavra ou outra, mas aí você vê, o Warao, principalmente, ele mistura espanhol e o Warao, e não sai muita coisa [...] Se a gente for olhar, tem algumas comunidades que só o homem fala o espanhol, as mulheres não falam. [...] AMGES12

“[...] a barreira linguística é muito forte. Era muito forte na época, porque a grande maioria só falava o idioma Warao, eles não falavam muito bem o espanhol [...] as mulheres, principalmente, que a gente encontra uma dificuldade muito grande porque elas não tinham o espanhol. Elas eram as que mais falavam Warao [...] os profissionais têm essa barreira com o idioma. É bem complexo. A barreira é muito, muito forte ainda, porque o espanhol deles não é, não é o melhor [...] AMGES13

Foi identificada uma barreira linguística ainda mais complexa no atendimento às mulheres migrantes Warao, grupo étnico originário da Venezuela. A dificuldade de comunicação não se restringe ao português, estendendo-se também ao espanhol — idioma oficial do país de origem, mas nem sempre dominado por essas mulheres, cuja língua materna é o Warao. Essa limitação revela uma desigualdade de gênero no acesso à comunicação, evidenciando que muitas mulheres enfrentam duplas barreiras linguísticas que comprometem seu entendimento sobre os serviços e sua autonomia na busca por cuidado. Tal cenário reforça a necessidade de reconhecer como as desigualdades de gênero, étnico-linguísticas e sociais se entrelaçam, dificultando o acesso efetivo aos serviços de saúde.

Enquanto alguns homens compreendem o espanhol, muitas mulheres têm como principal idioma o Warao e apresentam baixa fluência no espanhol, o que dificulta ainda mais a interação com os profissionais de saúde e demais serviços. Essa limitação linguística agrava os desafios no atendimento, pois, além de não falarem português, seu domínio do espanhol também é restrito, comprometendo a compreensão das orientações e o acesso adequado aos cuidados de saúde.

Nesse contexto, as declarações evidenciam um cenário de como as barreiras linguísticas, associadas ao capital linguístico limitado das mulheres Warao, criam um descompasso entre o *habitus* dessas mulheres e o campo social brasileiro, no qual a comunicação em português é fundamental para o acesso a serviços. E mesmo dentro do grupo, o capital linguístico não está distribuído de forma igual entre os gêneros. A falta de domínio do espanhol ou do português as coloca em uma posição ainda mais vulnerável (Bourdieu, 1996). Além disso, a percepção dos profissionais de que o idioma espanhol falado pelos Warao não é compreensível revela uma desvalorização de seu repertório linguístico, refletindo formas de violência simbólica que atuam sobre uma língua e cultura historicamente marginalizadas.

Outro aspecto identificado como dificultador na assistência a saúde das migrantes, diz respeito a escassez de recurso financeiro, ao representar uma limitação do *capital econômico*, é também percebida pelos profissionais como um aspecto que dificulta a assistência à saúde dessas mulheres, pois destacam que muitas vezes elas não possuem condições financeiras para se deslocar até o serviço de saúde.

“[...] A situação socioeconômica não é favorável. Então fica complicado delas terem uma constância de vir aqui. Elas relatam isso pra gente [...] A dificuldade que elas têm de vir pra cá, de gastar um dinheiro, porque pra vir pra cá provavelmente gastou uma, duas passagens porque elas não moram

perto, geralmente, esses bairros que abrigam venezuelanos, os abrigos ficam bem distante [...]” RRPROF15

O relato evidencia as dificuldades socioeconômicas enfrentadas pelas mulheres migrantes venezuelanas, que não apenas lidam com a falta de recursos financeiros, mas também com as dificuldades logísticas para acessar serviços essenciais, como os de saúde. O fato de muitas dessas mulheres estarem localizadas em bairros distantes dos centros urbanos ou dos abrigos, somado ao custo das passagens para se deslocar até os serviços, revela como a desigualdade geográfica e econômica contribui para a limitação no acesso a cuidados. A constância no acompanhamento e o acesso contínuo aos serviços de saúde tornam-se complicados devido a essas barreiras, aumentando a vulnerabilidade dessas mulheres e dificultando a oferta de um atendimento regular e adequado.

Nesse sentido, a partir de Bourdieu (1983) podemos compreender que essa escassez de recursos financeiros (capital econômico) não apenas limita o poder de consumo imediato, mas também restringe o acesso a oportunidades que podem consolidar outras formas de capital importantes para o contexto migratório e o posicionamento dos agentes nesse novo campo, refletindo a ideia do autor de que um agente social influenciado pelo capital econômico que possui pode acessar e transformar outras formas de capital como capital social, cultural ou simbólico.

A constante mudança de endereço das migrantes relatado nas falas, seja na tentativa de aumentar seus capitais, como na busca de oportunidades de emprego em outras cidades, é outro fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde.

“[...] O que que acontece às vezes, assim, a gente inicia o pré-natal de uma gestante, só com o exemplo da gestante, a gente inicia o pré-natal da gestante, faz tudo como tem que fazer, certinho, direitinho, mesma coisa, todas as orientações, aí de repente ela muda de endereço [...]” RRPROF6

“[...] eles não param num lugar fixo. Estão sempre se mudando, e às vezes isso dificulta também o planejamento familiar [...] a gente inicia o acompanhamento e às vezes esse vínculo é quebrado por conta da mudança territorial, que é constante [...]” RRPROF9

A mobilidade constante foi identificada como um dos principais desafios enfrentados pelas mulheres migrantes venezuelanas na continuidade do atendimento em saúde. A necessidade frequente de deslocamento, seja por questões de moradia ou pela instabilidade socioeconômica, dificulta a criação e manutenção de vínculos estáveis com os serviços de saúde, comprometendo, por exemplo, o acompanhamento de práticas como o planejamento familiar, que exige regularidade.

Esse cenário pode ser analisado à luz do conceito de capital de mobilidade, proposto por Oliveira e Kulaitis (2017), que se refere aos recursos, conhecimentos e habilidades que influenciam a capacidade de um indivíduo se deslocar e se estabelecer em novos territórios, e envolve desde o domínio de formalidades migratórias e documentações até habilidades linguísticas e redes de apoio social, que facilitam a adaptação e o acesso a direitos no país de acolhida. A falta de acesso a informações sobre formalidades administrativas, redes de apoio e funcionamento do sistema de saúde local pode colocar essas mulheres em posição de maior vulnerabilidade, limitando seu acesso a cuidados contínuos. Assim, a interação entre o *habitus* das migrantes e as exigências do campo da saúde evidencia barreiras estruturais que limitam seu acesso e permanência nos serviços de assistência, demonstrando como a ausência de capital de mobilidade impacta diretamente suas trajetórias de cuidado.

Além disso, também foi relatado a carência de uma rede social e de apoio as migrantes, que pode ser compreendida como capital social a partir da teoria de Bourdieu (1983), que também reflete na assistência à saúde impactando diretamente no acesso aos cuidados de saúde, especialmente nos casos de internação necessária.

“[...] A maioria delas, depois que tem o primeiro filho, ficam para cuidar da casa e do filho. Elas não têm fonte de renda e não tem outro parente para deixar essas crianças. Então elas precisam estar com essas crianças. Já aconteceu o caso de uma mulher que veio ganhar o bebê, o marido se recusou a ficar, e ela levou o outro bebê com ela, de um ano. - Deixa com alguém -. ‘Não tenho ninguém’. - Um parente -. ‘Não tenho nenhum parente’. Uma criança de um ano e ela em trabalho de parto e a criança de um ano do lado [...]” RRPROFI

Percebe-se que a falta de apoio social e familiar para as mulheres migrantes venezuelanas está profundamente vinculada à sua vulnerabilidade nas situações de saúde, especialmente no que diz respeito ao parto. As mulheres que chegam sozinhas ou com poucos

recursos, sem familiares próximos ou redes de apoio torna sua trajetória ainda mais difícil. A falta de recursos e a ausência de familiares que possam ajudá-las nas tarefas diárias, como cuidar dos filhos pequenos, tornam a experiência de migração e adaptação ainda mais dolorosa e desafiadora. As situações em que as mulheres têm que lidar com a falta de recursos, como a mulher que não pode deixar seus filhos pequenos para ir ao hospital ou a que se vê sozinha após o parto, indicam um capital social deficiente, contribuindo para que essas mulheres permaneçam à margem do sistema econômico e social.

As falas revelam outro fator que impacta a assistência à saúde das migrantes: a falta de conhecimento sobre o funcionamento do SUS. Alguns entrevistados destacaram que muitas mulheres venezuelanas enfrentam dificuldades para entender como o sistema opera e onde devem buscar atendimento. Essa limitação compromete sua adaptação e integração aos serviços de saúde, agravando sua vulnerabilidade. A ausência de informações claras e acessíveis sobre os procedimentos e direitos no SUS torna o acesso ainda mais desafiador, evidenciando a necessidade de estratégias que melhorem a orientação e acolhimento dessas mulheres nos serviços de saúde.

“[...] Ai teve uma dificuldade também, a questão de entenderem o sistema, porque às vezes vinha passando mal para o posto de saúde - Ó, quando tá passando mal, tá grave -, muitas vezes não entendia, achava que aqui era um hospital [...]” RRPROF9

As mulheres migrantes venezuelanas apresentam um capital cultural limitado em relação ao sistema de saúde brasileiro, o que amplia sua vulnerabilidade. Muitas chegam ao país sem conhecimento sobre como acessar adequadamente os serviços, dificultando sua integração e colocando-as em uma posição desvantajosa. Além disso, o isolamento de suas redes familiares e sociais reduz seu capital social, privando-as de um suporte que poderia facilitar a compreensão e navegação no sistema de saúde. Essa combinação de baixa familiaridade com o SUS e rede de apoio limitada torna ainda mais desafiador o processo de adaptação e acesso aos cuidados de saúde.

Além disso, a fala do profissional demonstra um equívoco de compreensão sobre o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, ao sugerir que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não deveriam ser buscadas em situações de urgência. Essa visão limitada ignora que a APS, também integra a Rede de Atenção às Urgências, sendo responsável pelo acolhimento inicial e, quando necessário, pelo encaminhamento adequado (Brasil, 2011).

Esse tipo de interpretação por parte dos profissionais produz barreiras simbólicas no acesso, pois transfere para a usuária a responsabilidade por “não entender” o sistema, em vez de reconhecer sua condição de vulnerabilidade e desconhecimento legítimo sobre o funcionamento dos serviços. Tal postura não apenas reforça assimetrias de poder entre profissionais e usuárias, como também contribui para a reprodução da exclusão institucional.

Os entrevistados destacaram que a falta de documentação, especialmente entre aquelas que ingressaram durante o fechamento da fronteira, compromete o acesso das migrantes aos serviços de saúde. Sem registro migratório regular, elas enfrentam dificuldades para obter o cartão do SUS e acessar serviços além do atendimento emergencial, incluindo o abrigo. A ausência de documentos também impede sua formalização no país, limitando o acesso a direitos sociais essenciais, como saúde e assistência jurídica:

“[...] A partir do momento em que elas cruzam a fronteira de forma ilegal, elas não têm direitos, se elas não têm direitos elas não podem tirar seus documentos como brasileiros, pedir o status de residência ou invocar o próprio status de refugiado. Elas não podem ir ao abrigo e não podem recorrer ao serviço de saúde se não for caso de emergência se eles precisarem de uma forma geral, se houver caso de emergência as pessoas são atendidas, mas se não é preciso ter o cartão do SUS. O cartão do SUS, pra tirar o cartão do SUS é preciso ter CPF, é preciso ter a documentação brasileira [...]”
RRGES3

“[...] A gente começou a ver um esvaziamento dos abrigos, e não porque não tem gente que estaria interessada em ir para um abrigo, mas simplesmente porque a gente não tinha como encaminhá-las pra lá. Porque elas não circulavam mais pelos nossos espaços, elas pararam de chegar ou chegavam e, como não tinham acesso a documentação, não vinham até nós. Isso foi realmente um problema [...]” AMGES5

As migrantes sem documentação legal possuem um capital social extremamente limitado, o que restringe seu acesso a redes formais de apoio, como o SUS e programas de assistência social. Sem CPF ou qualquer registro oficial, elas ficam excluídas do acesso a direitos e benefícios essenciais, ampliando sua vulnerabilidade. Esse cenário as coloca em uma situação de marginalização, na qual, apesar de estarem fisicamente presentes no Brasil, permanecem à margem do sistema, sem suporte institucional adequado. A ausência dos capitais social, econômico e cultural dificulta sua integração e aumenta sua exposição a riscos,

reforçando barreiras estruturais que perpetuam sua exclusão (Baeninger; Demétrio; Domeniconi, 2022).

Um outro aspecto importante identificado que também atua como um dificultador no atendimento à saúde dessas mulheres diz respeito ao encontro de *habitus* entre as migrantes e os profissionais, como no caso da amamentação, onde foi relatado que as migrantes aparentam não possuírem o hábito de amamentar.

“[...] Na Venezuela eu não sei sobre essa prática da amamentação, mas aqui elas têm uma resistência muito grande quanto a isso e elas questionam bastante. Então também essa bagagem cultural, esse hábito não é algo fácil de lidar. É de toda a equipe médica, nutricionistas, enfermeiros, médicos e elas muitas vezes ficam extremamente irritadas quando se fala sobre isso, né? [...]” RRGES14

“[...] eu lembro de um caso de uma mulher Warao que ela não queria, ela se recusava a dar o peito pro bebê e a nossa maternidade ela trabalha com a questão do aleitamento materno [...]” AMPROF2

Os entrevistados destacam um conflito significativo entre o que se preconiza para as práticas de amamentação no Brasil e as crenças e valores das mulheres migrantes venezuelanas que chegam com concepções culturais diferentes e enraizadas, gerando assim resistência às orientações dos profissionais de saúde. A amamentação, nesse contexto, pode ser percebida como um desafio à autonomia dessas mulheres, enquanto os profissionais em uma interpretação de que a desvalorizam, tentam persistentemente convencê-las de sua importância para a saúde do bebê e para o próprio corpo materno.

Para compreender essa dinâmica, é fundamental considerar o conceito de dispositivo da maternidade, descrito por Zanello (2018), que se refere a um conjunto de práticas, símbolos e normas institucionais que posicionam a maternidade como um eixo central da identidade feminina. Esse dispositivo estabelece padrões sobre o que se espera das mulheres nesse papel, vinculando-as ao cuidado, à abnegação e à responsabilidade emocional familiar. Ao definir a realização plena da mulher a partir da experiência da maternidade, essa estrutura normativa desconsidera a diversidade de trajetórias e escolhas femininas, podendo gerar sofrimento psíquico, sobretudo quando essas normas internalizadas entram em conflito com os desejos e realidades das mulheres.

No Brasil, o dispositivo da maternidade opera de forma normativa, consolidando a amamentação como um ideal essencial à prática maternal. Essa normatividade está institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes enfatizam a amamentação exclusiva como fundamental para o bem-estar infantil (Melo; Oliveira; Pereira, 2020). Para os profissionais de saúde, essas diretrizes não são apenas recomendações técnicas, mas integram seu *habitus* dentro do campo da saúde, orientando sua prática e consolidando a amamentação como um marcador simbólico de "boa maternidade".

No entanto, esse dispositivo ignora a diversidade de experiências culturais e subjetivas das usuárias, incluindo as mulheres migrantes venezuelanas. Assim, a imposição dessa normatividade no contexto clínico pode gerar conflitos, sobretudo quando as usuárias possuem disposições que divergem dos valores defendidos pelo SUS. Dessa maneira, o confronto entre o *habitus* dessas mulheres e as práticas de saúde locais constitui uma das principais barreiras à adesão ao cuidado recomendado, levando, frequentemente, à interrupção precoce da amamentação após a alta hospitalar.

Para os profissionais de saúde envolvidos na assistência às migrantes, cuja formação, e até mesmo o contexto profissional da saúde pública no país, valoriza e prioriza o aleitamento materno, além da forte influência do dispositivo da maternidade, acaba gerando um embate, conforme percebido nas falas, pois eles se veem na posição de tentar convencer as mães migrantes sobre a importância da amamentação, muitas vezes enfrentando resistência.

“[...] Nós ficamos com aquela confusão de até onde a gente deve ir, porque, assim, a gente já tem que parar tudo que a gente tem que fazer, pra convencer ela a amamentar? Sabendo que ela vai receber alta e vai desmamar o bebê. E não tem condições de comprar fórmula. Ela não tem condições financeiras de comprar fórmula e os utensílios todos que a fórmula pede. Ainda existe essa questão, a maioria delas não valoriza o aleitamento materno como um bom fator nutricional para o seu bebê e como um bom fator econômico para ela também, não entendem [...]” RRPRFO1

“[...] Gera muito questionamento quando uma mãe se recusa. Porque você também tem que respeitar a opinião da usuária, mas em compensação a gente tem a questão institucional também. Que existem essas regras [...]” RRPROF4

As falas destacam um dilema enfrentado pelos profissionais de saúde no atendimento às mulheres migrantes, especialmente no que se refere à amamentação. Por um lado, os profissionais reconhecem a importância da amamentação como uma prática nutricional e econômica essencial para o bem-estar do bebê e da mãe. Por outro, há uma resistência cultural por parte das mulheres. Corroborando com resultados apresentados por Arruda-Barbosa, Sales e Torres (2020) que identificaram a falta desse hábito de amamentar como um dos elementos que dificulta a assistência em saúde dessa população.

Esse contexto gera um impasse entre o dever de respeitar a autonomia das usuárias e a exigência institucional de cumprir as diretrizes e normativas de saúde pública que incentivam o aleitamento materno, evidenciando as múltiplas influências do dispositivo materno (Zanello, 2018). Ademais, a vulnerabilidade financeira de muitas mulheres agrava a complexidade do problema, pois, embora a amamentação represente uma alternativa economicamente viável, nem todas a consideram uma opção aceitável.

A situação retratada nas falas ilustra o embate entre o *habitus* das mulheres migrantes e as normas do campo da saúde, no qual a resistência cultural à amamentação das migrantes desafia os esforços dos profissionais de saúde para promovê-la, amparados pelo capital institucional que privilegia essa prática. Ademais, o dilema vivenciado pelos profissionais, entre garantir a autonomia das usuárias e atender às exigências institucionais, revela a tensão existente entre normas culturais e institucionais dentro do campo da saúde.

As entrevistas revelaram que a resistência das migrantes venezuelanas ao parto normal representa um desafio no atendimento obstétrico. Acostumadas à alta prevalência de cesarianas em seus países de origem, muitas chegam ao Brasil esperando que esse procedimento seja amplamente disponível. No entanto, as diretrizes do SUS priorizam o parto normal, criando um conflito entre as expectativas das migrantes e as práticas do sistema de saúde.

“[...] Outra situação que elas sentem muito é a questão da cesárea. Elas lá no país vizinho, quando o país delas estava numa situação melhor, elas conseguiam fazer cesáreas lá. Então assim, aqui não, no Brasil já é outra política. O SUS preconiza, o Ministério da Saúde, o parto natural. Então aqui a gente vai induzir, realmente, a cesárea quando ela for justificada mas, caso contrário, é a indução ao parto normal. Então, elas sentem muito essa dificuldade de entender como funciona a política pública aqui de saúde, porque é diferente de como funcionava lá [...]” RRPROF3

Essa divergência dificulta a assistência, exigindo dos profissionais de saúde estratégias para conciliar protocolos institucionais com as percepções culturais das pacientes. Assim, contrastando com o cenário de assistência à saúde brasileiro, que da mesma forma que a questão do Aleitamento Materno, o SUS preconiza e valoriza a via normal para realização do parto (Reis *et al.*, 2021), deixando a cesárea apenas para casos em que o parto normal realmente não possa ser realizado.

Esse choque cultural pode contribuir para frustração e dificuldade de adaptação, tanto para as mulheres quanto para os profissionais de saúde, que precisam conciliar os desejos das pacientes com as normas de saúde pública brasileiras. O *habitus* cultural das mulheres migrantes cria um desafio para os profissionais de saúde, que precisam equilibrar as demandas e expectativas institucionais com as expectativas culturais das pacientes.

A situação se torna ainda mais complexa no caso das mulheres indígenas, que apresentam uma forte resistência ao ambiente hospitalar e preferem métodos tradicionais de parto fora desse contexto, recorrendo aos hospitais apenas quando há alguma complicação muito grave no procedimento, conforme relatado nas falas:

“[...] As indígenas, elas não gostam do parto hospitalizado, elas preferem parir nas suas áreas, mesmo na cidade, elas preferem parto domiciliar, do que o parto hospitalizado. Elas só são referenciadas quando houve uma falha na condução desse parto, ou seja, quando o indígena chega até a maternidade, é uma situação muito grave, onde já foram tentadas muitas manobras de várias maneiras e não deu certo. Aí quando elas pedem ajuda, é porque a situação já tá bem grave [...]” RRPROFI

“[...] tem outras que não têm familiaridade nenhuma, têm medo, têm receio ou simplesmente não gostam, então, a gente já teve casos, por exemplo, né, de indígenas Warao que realmente expressaram o desconforto em tá ali naquela maternidade recebendo cuidados daquela forma e a gente tenta sempre conversar bastante com elas, aconselhá-las sobre porque que aquilo é importante nesse contexto, tendo em vista que num abrigo ou em situação de rua ou em condições precárias ela não vai ter acesso ao que ela precisa pra poder ter um parto limpo, um parto seguro [...]” AMGES5

Foi destacado a resistência cultural das mulheres indígenas, especialmente as Warao, ao parto hospitalar e à maternidade institucionalizada. Elas preferem o parto domiciliar, realizado em suas comunidades, devido às suas tradições culturais e a desconfiança em relação ao sistema de saúde hospitalar, que de acordo com os relatos percebido pelos profissionais como estranho para as mulheres, e muitas vezes até ameaçador. No entanto, essa resistência pode colocar as mulheres em risco, uma vez que muitas só buscam assistência hospitalar em situações de emergência, quando o parto não ocorre como esperado, o que aumenta os riscos para a mãe e o bebê.

Rodrigues (2022) ao analisar as relações entre mulheres gestantes Warao e as instituições de saúde, identificou que a mudança do parto em locais domésticos para o ambiente hospitalar é um fenômeno recente, o que corrobora com os achados de resistência ao parto em hospitais por parte de algumas migrantes Warao.

A partir dos conceitos de *Habitus* por Bourdieu (1983) que pode ser entendido como um conjunto de disposições incorporadas, que são moldadas por suas experiências e que orientam suas percepções e práticas podemos perceber o que consideramos neste estudo um “desencontro” de *habitus* dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados e o *habitus* das migrantes, juntamente com seus capitais. Onde nesse contexto, a prática assistencial encontrou alguns desafios especialmente no que diz respeito às diferenças culturais e às expectativas em torno da saúde relacionada ao ciclo gravídico-puerperal, como destacado pelos participantes na aparente carência de uma cultura de amamentação entre muitas migrantes venezuelanas, a resistência ao parto normal e também a resistência ao parto em ambiente hospitalar pelas mulheres migrantes indígenas Warao.

Outro aspecto que também contribui no aumento da complexidade do atendimento de saúde das migrantes venezuelanas, especialmente nas questões de planejamento familiar, diz respeito ao que os participantes colocam como uma “cultura de ter muitos filhos”.

“[...] Você tem a sensação, a sensação que eu tenho vivendo esse tempo todo com eles, convivendo aqui, é que é cultural, eu sinto, assim, que na Venezuela eles tem aquele pensamento que a gente tinha a 100 anos atrás, ter uma família grande, ter muitos filhos [...]” RRGES8

Em relação a percepção dos profissionais, destaca-se a ideia delicada revertida de julgamento que associa a continuidade da maternidade com a manutenção de um ciclo de

pobreza, expondo as tensões e estigmas enfrentados por mulheres que, mesmo sem condições financeiras, optam pela gestação e criação de filhos:

“[...] Apesar de terem zero recurso financeiro, zero fonte de renda, eles continuam gestando e parindo, gestando e parindo. É muito importante isso. A impressão que eu tenho é que eles não têm consciência de que mais uma boquinha vai ser mais miséria, porque eles já não têm o alimento e ainda geram mais bebês, geram mais bebês, geram mais bebês [...]” RRPROF1

A idade das migrantes também é algo presente nos relatos, muitas vezes iniciam a vida sexual muito cedo e acabam tendo filhos ainda muito jovens.

“[...] nós temos aqui culturalmente um hábito de uma vida sexual muito prematura, as meninas aqui começam muito cedo. Os partos são em mulheres muito jovens, elas começam muito jovens [...] muito cedo. Então, assim, é muito comum uma mocinha de 18 anos ter 3 filhos [...]” RRPROF1

As decisões reprodutivas das migrantes, estão profundamente marcadas por um *habitus*, que entra em conflito com as normas do campo da saúde, que promovem o planejamento familiar e a educação sexual, mas que têm dificuldades em alcançar essas mulheres devido à falta de informação, educação sexual e acesso a métodos contraceptivos.

Aliado a isso, a resistência aos métodos anticoncepcionais destacados pelos entrevistados contribui para a complexidade dos atendimentos e cuidados acerca do planejamento familiar.

“[...] elas têm gestações muito próximas e a gente orienta aqui a tomar anticoncepcional, a usar método contraceptivo, mas, às vezes elas não vão atrás. Tem algumas que tem um bebê com 8 meses e já tá grávida de novo [...]” RRPROF13

Percebe-se que há um desafio relacionado à adesão ao uso de anticoncepcionais e ao planejamento familiar entre as mulheres migrantes, onde apesar das orientações dos profissionais de saúde, muitas dessas mulheres têm dificuldade em aceitar ou em seguir

conselhos médicos, resultando em gestações consecutivas e maternidade precoce. Esse comportamento pode ser influenciado por vários fatores, incluindo resistência cultural, falta de acesso a métodos contraceptivos, fatores econômicos e a falta de compreensão sobre as consequências de ter filhos em um contexto de pobreza extrema.

A influência dos maridos ou companheiros das migrantes venezuelanas no atendimento ao planejamento familiar é outro fator importante, que interfere significativamente no cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

“[...] Uma dentro do centro cirúrgico, o médico se ofereceu pra fazer a laqueadura e ela ‘no, no, no, no, se este me deixar, o próximo pode querer e como que vou fazer?’. Ela não quis. Já era o quarto filho dela, ele ia laquear, como um favor e ela não quis, porque se esse marido a abandonasse o próximo quisesse, como que ela ia fazer? Então, foi uma coisa que a gente não entendeu. E aqui a gente passa por várias situações diferentes com elas [...]” AMPROF4

“[...] O público dos abrigos indígenas é mais resistente, né: Elas realmente não querem, às vezes são os maridos que não querem [...]” RRPROF3

A resistência das mulheres migrantes à laqueadura tubária é influenciada por fatores culturais, sociais e econômicos, como a autoridade dos maridos sobre as decisões reprodutivas e a valorização da maternidade como elemento central da identidade feminina. Entre as migrantes de comunidades indígenas, essa resistência é ainda mais acentuada devido a normas culturais que restringem o controle da fertilidade, além do receio de perder oportunidades de relacionamento ou enfrentar exclusão social em caso de separação.

Bourdieu (2012) explica como o *habitus*, moldado por estruturas de dominação masculina, orienta práticas e escolhas, mesmo quando há alternativas que poderiam ampliar a autonomia feminina. A violência simbólica, ao naturalizar essas desigualdades, faz com que as mulheres reproduzam normas patriarcais mesmo contra seus próprios interesses. Nesse contexto, a resistência à laqueadura não se limita a uma escolha individual, mas reflete um sistema de poder em que a reprodução se torna um instrumento de controle social e conjugal, reforçando a subordinação feminina e limitando sua autonomia reprodutiva.

Para as indígenas a complexidade é ainda maior, pois além da influência dos parceiros sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, existe uma influência cultural muito

grande sobre o uso de contraceptivos internos, como no caso do DIU de cobre, destacado na fala:

“[...] sobre o DIU de cobre, que para a cultura Warao, a questão do que eles chamam de matriz. É algo que tem um simbolismo muito grande e pensar que tem um corpo estranho dentro dessa matriz quebra bastante paradigmas e simbolismos pra eles [...]” RRPROF7

Percebe-se que essas dinâmicas observadas através das falas dos profissionais, contribuem para a criação de desafios no campo da assistência à saúde nessas regiões, pois os profissionais envolvidos se veem em uma situação em que as decisões sobre a saúde reprodutiva das mulheres são muitas vezes influenciadas ou até controladas pelos maridos. Esse cenário também reflete esse desencontro de *habitus*, onde alguns dos valores e práticas culturais dos migrantes venezuelanos, especialmente em relação às questões de saúde sexual e reprodutiva, entram em conflito direto com as recomendações dos profissionais de saúde, atuantes no contexto do SUS, que visam garantir a autonomia da mulher e a promoção dos direitos de saúde reprodutiva.

Outros aspectos também identificados nas falas e que contribuem para essa ótica de “desencontro de *habitus*” onde os profissionais atuantes no campo se depararam com expectativas que muitas vezes contradizem as normas das práticas assistenciais orientadas por normas científicas e protocolos diz respeito às questões alimentares das migrantes, e a resistência à vacinação, especialmente por conta de alguns efeitos colaterais.

“[...] A alimentação é muito precária. A alimentação, pela parte da manhã elas comem o pãozinho, comem pãozinho com refrigerante. Na hora do almoço é a mesma coisa, né? Na janta. É, é o que tem, é geralmente é a sopa, aí come o pãozinho e toma o refrigerante [...]” RRPROF11

Contudo, a alimentação precária pode vir justamente da falta de capital econômico necessário para uma alimentação mais saudável.

Além disso, aspectos relacionados a resistência e medo das vacinas também foi identificado.

“[...] às vezes, tem uma certa resistência com a vacina, não valorizam muito a vacinação, que às vezes a gente orienta. Já a gestante, muitas vezes, a gente até muitas vezes fica, assim, a gente dá uma bronca mesmo, pra ver se ela vem uma vez, vem duas vezes, na terceira vez: - Olha, tem que vacinar. Se não vacinar fica difícil fazer seu acompanhamento. Não tem como acompanhar você se você não se vacinar. A vacinação é pra prevenção sua, prevenção do bebê! - . Então muitas delas têm essa resistência da vacinação [...]”
RRPROF9

“[...] quando o primeiro teve a reação que dá febre, aquele mal-estar, ‘ah tão colocando doença na gente’, a gente teve que mostrar que a gente também tem a mesma reação, que isso é normal. Tem umas pessoas que não têm reação nenhuma e têm outras que se dá, que era normal [...]” AMGES12

A resistência à vacinação também pode ser observada nessa ótica de encontro com um *habitus* não consonante com o novo contexto em que as migrantes se encontravam, em especial no período de pandemia da Covid-19, onde muitos indígenas tinham resistência no início das vacinações.

“[...] No princípio, muitos não queriam. Porque dizem que índio não tem COVID, ‘Warao no tiene COVID’, mas a gente precisa ofertar, porque é uma política de saúde [...]” AMGES12

De maneira geral, nessa categoria pôde se perceber que esse desencontro entre os capitais culturais incorporados das migrantes, que podem ser entendidos como disposições duradouras da mente e do corpo e que podem influenciar o acesso a determinados recursos (Bourdieu, 1986) e o *habitus* dos profissionais, contribuem para as tensões no campo da assistência, onde eles se deparam com capitais culturais distintos e expectativas que muitas vezes contradizem algumas normas já incorporadas, como o destacado pelos entrevistados na resistência a amamentação, especialmente trabalhando no contexto de saúde pública. Dessa forma, práticas e conhecimentos diferentes entram em conflito, dificultando o alinhamento das ações de saúde com as expectativas e tradições dessas mulheres.

Reestruturação da Assistência à Saúde como movimentos de resposta à chegada de migrantes venezuelanos

Com o agravamento da crise migratória e o conseqüente aumento da demanda por serviços de saúde, o campo assistencial precisou se reconfigurar, incorporando novos agentes, como agências internacionais, ONGs e instituições religiosas, para apoiar a rede local e suprir deficiências estruturais:

“[...] o apoio que o Ministério da Saúde e as agências tiveram que fazer para as cidades não foi pouco, né? Porque realmente, foi uma alteração muito impactante, do volume de usuários. O SUS ele é todo dimensionado, você deve saber, o SUS é todo dimensionado a partir das métricas populacionais, e de repente essas métricas vão se alterando muito rapidamente [...] então hoje a gente tem uma facilidade maior de que as pessoas acessem insumos [...]”
RRGES1

“[...] A gente começou a sentir isso aqui sim, de uma certa forma, bem pesada, porque não tinha esse suporte da ACNUR, no início não tinha nada disso. Então foi uma coisa que veio a migração e depois que esse suporte foi dado, que foi construído abrigos, Operação Acolhida, entre outras ONGs que vieram pra dar esse suporte [...]” RRPROF3

Como apontam Sarmiento e Rodrigues (2021), diversas instituições, vinculadas ou não à Operação Acolhida, passaram a atuar na assistência à migração venezuelana, com o objetivo de preencher as lacunas deixadas pelo sistema público. Além de oferecer assistência direta, as agências humanitárias buscaram integrar suas ações às das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e demais serviços locais, fortalecendo a rede de atendimento e ampliando a capacidade de resposta às demandas emergentes. Esse fortalecimento da rede pode ser entendido como parte de um processo de transformação do *habitus* dos profissionais e gestores, que precisaram se adaptar às novas dinâmicas impostas pela crise migratória.

A partir das falas dos participantes podemos compreender que o surgimento dessas agências que direcionaram suas atuações para a questão da migração venezuelana era de caráter complementar, na tentativa de suprir as deficiências dos serviços de saúde locais:

“[...] é um grande desafio, a gente pensou isso já desde o início, de não nos restringir somente aos atendimentos à população diretamente, mas também de fazer um braço de fortalecimento das capacidades, junto à rede local [...] Um braço de aproximação com a rede local e costura com a rede local de

saúde nas ações que a gente realiza, de forma complementar às ações que as UBSs, realizam, especialmente, na nossa área [...]” RRPROF7

Assim, a atuação desses novos agentes pode ser vista como uma resposta estrutural à crise, promovendo ajustes no funcionamento do campo assistencial e exigindo a adaptação das práticas institucionais para lidar com uma realidade em transformação.

Essa reconfiguração do campo assistencial diante da crise migratória pode ser analisada à luz da teoria de Bourdieu (2007), que destaca como os campos sociais são dinâmicos e se transformam à medida que novos agentes e capitais são introduzidos. A entrada de ONGs, agências internacionais e instituições religiosas alterou a estrutura do campo da saúde ao trazer novos recursos financeiros (capital econômico) e ampliar a legitimidade de suas ações por meio do reconhecimento institucional e humanitário (capital simbólico). Essa ampliação da rede de assistência permitiu maior acesso a insumos e serviços, contribuindo para mitigar a sobrecarga do SUS.

Além disso, a atuação dessas agências ocorreu tanto em colaboração com a rede pública de saúde quanto no desenvolvimento de parcerias entre as próprias instituições envolvidas, dentro e fora do contexto da Operação Acolhida:

“[...] A proposta é um tanto ampla, porque ela envolve questões de promoção à saúde, prevenção, testagem, assistência, e também uma atuação estreita junto com, não só a resposta estadual, quer dizer, as Secretarias de Saúde municipais, mas também do estado de Roraima, mas também com, outras agências que atuam ali no contexto da Operação Acolhida, e fora dela também, com algumas ONGs que fazem assistência às populações mais vulneráveis que também são objeto importante dessa colaboração [...]” RRGES3

“[...] temos alguns projetos em parceria com algumas agências da ONU, o ACNUR é um dos nossos maiores financiadores [...]” RRPROF14

“[...] A gente trabalha todas as temáticas na área da saúde e nesse grupo tem tanto órgãos municipais de saúde, quanto estaduais, e ONGs, que trabalham como por exemplo a Cáritas Arquidiocesana de Manaus, que ela tem um trabalho com as pastorais na área da saúde migrante. Então aí a gente tenta trabalhar junto a uma linguagem mais universal [...]” AMGES2

Essa colaboração ocorreu por meio de diferentes estratégias que vão desde a implementação de ações diretas na atenção primária à saúde até mecanismos de financiamento, em que agências internacionais apoiaram financeiramente projetos de organizações locais, ampliando o alcance das iniciativas. As ações incluíram promoção à saúde, prevenção, assistência e testagem, além de programas voltados a grupos vulneráveis, como mulheres e crianças migrantes, demonstrando um esforço coletivo para otimizar recursos e ampliar o impacto das intervenções. Esse movimento fortaleceu a capacidade de resposta às demandas migratórias e contribuiu para a reestruturação do campo da assistência em saúde, promovendo novas formas de articulação entre os serviços públicos e as organizações humanitárias (OIM, 2022).

Sob a ótica de Bourdieu (1986), o confronto entre o *habitus* dos profissionais de saúde, moldado por uma formação voltada ao contexto brasileiro, e o das migrantes, que possuem capitais distintos, contribuiu para a criação de tensões no campo da assistência à saúde. Essas diferenças geraram barreiras significativas no atendimento às necessidades dessa população, exigindo que os profissionais, tanto da rede pública quanto das agências humanitárias, adaptassem suas práticas para minimizar os desafios comunicacionais e culturais.

Diante dessa realidade observa-se o surgimento de novas estratégias para adequações das práticas, onde uma das principais estratégias identificadas para superar a barreira do idioma foi o uso de ferramentas tradutoras, como o Google Tradutor, que passou a ser incorporado à rotina dos atendimentos:

“[...] Elas não entendiam nada do que a gente dizia, porque elas eram recentes, né? Aí sabe como é que foi feito isso? Pelo google tradutor. A comunicação foi assim, a assistente social escrevia e aí a paciente ia traduzindo, aí foi assim, o recurso google tradutor [...]” AMPROF3

A utilização do Google Tradutor surgiu como uma solução improvisada para viabilizar a comunicação entre profissionais de saúde e mulheres migrantes que não falam fluentemente português ou espanhol. Embora funcional em alguns casos, especialmente na tradução entre esses dois idiomas, a ferramenta apresenta limitações significativas, sobretudo ao lidar com línguas indígenas, como o Warao, que não está disponível em sua base de dados.

A dependência desse recurso revela fragilidades institucionais no enfrentamento das barreiras linguísticas, evidenciando a ausência de estratégias estruturadas para garantir um atendimento adequado a populações migrantes. No caso das mulheres Warao, a indisponibilidade da tradução automatizada compromete ainda mais o cuidado, destacando a invisibilidade das línguas indígenas e a falta de preparação do sistema de saúde para acolher a diversidade linguística. Essa lacuna reforça a necessidade de políticas e práticas que contemplem a especificidade de grupos historicamente marginalizados, como os povos indígenas em mobilidade.

Ao depender de uma ferramenta que não contempla a língua Warao, os serviços de saúde, ainda que de forma não intencional, legitimam determinados idiomas em detrimento de outros, dificultando a plena participação dessas migrantes no atendimento. Essa assimetria linguística não apenas compromete a qualidade da assistência, mas também reforça desigualdades ao tornar invisível a necessidade de adaptações institucionais para garantir a inclusão de grupos marginalizados.

Além do uso de tradutores automáticos, os profissionais também recorreram a outras estratégias, como a ajuda de colegas estrangeiros fluentes em espanhol ou até mesmo de pacientes venezuelanas que já estavam há mais tempo no Brasil e possuíam maior domínio do português.

“[...] A gente muitas vezes lança mão de pedir para alguma pessoa que tá a mais tempo lá. Uma mãe que já está há mais tempo, que já nos conhece melhor, pra nos ajudar. Mas, na maioria das vezes, nós falamos mais devagar, hablamos despacio, comprendemos, usamos muita mímica [...] nós temos alguns colegas que são cubanos, médicos cubanos, colegas venezuelanos, que trabalham conosco e sempre nos ajudam quando a gente precisa. Quando a gente vê uma pessoa com mais dificuldade, que é o mais difícil de entender, nós já pedimos pro colega: - Vem aqui, me ajuda a conversar, coisas mais técnicas e específicas com essa mãe, pra que ela entenda o que eu tô dizendo realmente, pra que não fique dúvidas - [...]” RRPROFI

As estratégias adotadas, como falar mais devagar, recorrer a colegas bilíngues, utilizar gestos ou contar com a mediação de outras migrantes, demonstram o esforço dos profissionais para minimizar os desafios comunicacionais e oferecer um atendimento mais acessível. No entanto, essas soluções ainda são informais e dependem da disponibilidade de terceiros, o que pode comprometer a qualidade e a precisão das informações transmitidas.

A partir da perspectiva de Bourdieu (1996), a dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde e migrantes pode ser compreendida como uma expressão da distribuição desigual do capital linguístico dentro do campo da saúde. O domínio do idioma português, que representa um recurso valorizado e legitimado nesse campo, confere vantagens a quem o possui e impõe barreiras àqueles que não o dominam, como as migrantes recém-chegadas. A necessidade de recorrer a estratégias improvisadas, como o uso do Google Tradutor, a ajuda de colegas bilíngues ou mesmo a mediação de outras migrantes, reflete a tentativa dos profissionais de ajustar seu *habitus* a essa nova realidade, buscando minimizar os desafios impostos por essa assimetria linguística.

No entanto, essas soluções informais evidenciam a ausência de políticas institucionais eficazes para garantir um atendimento mais equitativo e acessível. Assim, a desigualdade no acesso à saúde não se manifesta apenas na disponibilidade de recursos materiais, mas também na capacidade de se comunicar e se fazer entender dentro desse espaço, o que reforça a necessidade de estratégias estruturais para lidar com a diversidade linguística no atendimento às populações migrantes.

A dependência de estratégias improvisadas, como o uso do Google Tradutor, e auxílio de colegas, evidencia a ausência de políticas institucionais estruturadas para garantir tradução e interpretação nos serviços de saúde.

A falta de mecanismos formais para atender migrantes e indígenas não falantes de português revela uma negligência institucional diante da diversidade linguística, resultando em barreiras significativas no acesso aos cuidados de saúde. A ausência de intérpretes qualificados ou de diretrizes específicas para a comunicação com esses grupos compromete a efetividade da assistência e reforça desigualdades, tornando o atendimento menos acessível para aqueles que não dominam o idioma legitimado pelo sistema.

Além das estratégias adotadas na comunicação direta entre profissional e paciente, os entrevistados destacaram a implementação de adaptações estruturais no ambiente de trabalho, voltadas para facilitar o acesso das migrantes à informação em saúde:

“[...] E a gente trabalha muito a educação em saúde aqui. Então, como são coisas simples, estratégias simples que a gente faz trabalhando com isso. O que que eu fiz aqui, montei rapidinho um cartaz. É assim que eu faço [...] A gente botou uns cartazes lá na frente, botou ali na língua deles [...]”
RRPROF6

A fala evidencia o uso de cartazes bilíngues, um recurso simples, mas estratégico, para superar barreiras linguísticas e garantir que as migrantes compreendam melhor os serviços

disponíveis. Além da sinalização visual, foi identificada a produção de materiais informativos adaptados, incluindo folhetos e vídeos educativos. Essas iniciativas demonstram um esforço contínuo dos profissionais para tornar a comunicação mais acessível e culturalmente sensível.

Outro ponto destacado foi a criação de grupos em redes sociais, que se mostraram úteis para abordar temas delicados, como sexualidade e saúde sexual, que muitas migrantes evitam discutir abertamente por questões culturais:

“[...] O tema da sexualidade as deixa muito desconfortáveis. Elas acabam não estando conosco. Então pra essas um material escrito, um material de audiovisual é melhor aceito [...]” RRGES1

“[...] dúvidas sobre a vida sexual em si, acaba aparecendo mais no individual, na consulta individual, na dúvida: ‘A minha prima...’, aquela coisa de deslocar o assunto da pessoa pra conseguir questões, para discutir questões. E obviamente a gente entende, nós temos um grupo educativo, nesse grupo de discussão, porque eu diria que assim, o assunto de sexualidade como um todo ele, ele é muito tabu para nós em geral, né? [...]” RRGES1

A adequação dos materiais informativos às particularidades culturais das migrantes também foi enfatizada, especialmente para as populações indígenas venezuelanas. A interculturalidade foi considerada um elemento-chave na produção de conteúdos sobre prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), respeitando as diferenças linguísticas e socioculturais:

“[...] O intuito é fazer com que o material seja efetivamente útil pra pessoa que vai usá-lo. Então esse é o aspecto, a questão da interculturalidade, no caso da população indígena e observando bem a questão da interculturalidade [...] A ideia é produzir, existe material mais sofisticado, em termos de prevenção do HIV, IST, mas o que a gente vai fazer agora talvez seja uma coisa mais simplificada como folhetos, de forma que eles possam abrir facilmente e ter facilidade de acesso, compreensão, uma coisa bem simples, que facilite com que eles, além da compreensão, saibam como identificar um serviço de saúde a partir daquilo [...]” RRGES3

De forma geral, as falas destacam o esforço dos profissionais de saúde para superar as barreiras culturais e de comunicação, especialmente em relação a temas sensíveis como a sexualidade e saúde sexual. A sexualidade foi colocada pelos entrevistados como um tema que gera desconforto nas migrantes, onde muitas das quais evitam abordá-lo diretamente, o que

levou à busca por estratégias indiretas de comunicação, como o uso de materiais escritos e audiovisuais.

Contudo, é importante considerar os desafios que essas estratégias podem apresentar. Embora os materiais bilíngues e os grupos virtuais sejam eficazes, nem todas as migrantes podem ter acesso fácil a essas informações, seja por barreiras tecnológicas ou dificuldades na leitura e compreensão dos textos. Além disso, o uso de redes sociais como ferramenta educativa pode gerar exclusão digital para aquelas que não possuem conectividade ou familiaridade com essas plataformas.

A criação de grupos educativos e materiais simplificados, como folhetos e cartazes, também é uma resposta a essa necessidade de uma comunicação mais acessível e culturalmente adequada. A interculturalidade é enfatizada como um aspecto essencial para garantir que os materiais informativos sejam eficazes para as diversas populações migrantes, incluindo as indígenas, levando em consideração as especificidades de seus capitais culturais e a diversidade de idiomas e formas de compreender o mundo. Essas estratégias visam tornar as informações de saúde mais compreensíveis e acessíveis, promovendo a educação em saúde de forma inclusiva e adaptada às necessidades dessa população.

A luz da teoria de Bourdieu (2007), as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde, podem ser vistas como tentativas de adaptar o campo da saúde às necessidades e disposições das migrantes. O uso de recursos como folhetos simplificados e o emprego da interculturalidade nas estratégias educativas refletem uma tentativa de ajustar a comunicação às condições e capitais das migrantes, especialmente ao seu capital cultural, que inclui a língua, o conhecimento prévio e as formas de compreender e lidar com a saúde e a sexualidade.

Ao adotar essas práticas, os profissionais de saúde reconhecem que o capital cultural das migrantes pode ser distinto do capital cultural valorizado no campo da saúde (como o conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, por exemplo). Por isso, as estratégias visam facilitar o acesso a informações de saúde de maneira que seja compreensível e aceitável, respeitando as especificidades culturais dessas mulheres. Nesse sentido, os profissionais tentam ajustar seu *habitus* (suas práticas e crenças) às características do *habitus* das migrantes, de modo a diminuir as distâncias entre esses dois grupos e garantir a eficácia da intervenção.

A capacitação de profissionais atuantes junto às migrantes também foi amplamente percebida através das falas dos participantes.

“[...] Houve uma grande capacitação, inclusive com a participação da UNFPA, nas Unidades de Saúde do município onde todos os postos de saúde estão colocando o DIU. Os enfermeiros foram capacitados. Eles fazem

inserção do DIU, mas primeiro as mulheres assistem a uma palestra, vão conhecer como funciona e as que aceitarem, elas fazem sim [...]” RRPROF3

“[...] Nós capacitamos todos os trabalhadores do humanitário, para questões de saúde sexual e reprodutiva. Capacitamos a rede municipal e estadual pra manejo de violência sexual, pra manejo de orientação, oferta de contraceptivos e informações [...]” RRGESI

“[...] É um programa de PSEAH (Protection from Sexual Exploitation, Abuse and Harassment). É um programa de prevenção contra assédio e violência. Ele é feito basicamente para os homens que vêm trabalhar no humanitário. Tanto das agências, quanto dos parceiros, quanto do exército, para que eles pensem muito bem sobre o papel deles, a função deles aqui como trabalhadores humanitários, sendo de qualquer uma das áreas, para preservar as mulheres e para protegê-las. Para que esses homens não signifiquem mais um inimigo a se ter cuidado [...]” RRGESI

Dentre as capacitações mencionadas nas entrevistas, destacam-se a formação de profissionais de saúde das redes locais para a inserção do DIU, capacitações voltadas para Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e violência sexual, utilização de testes rápidos de detecção de IST's e carga viral, além de uma capacitação especialmente relevante no contexto do trabalho humanitário, direcionada aos homens voluntários, que consistia em um programa de prevenção ao assédio nesses cenários.

Além disso, outra capacitação particularmente relevante abordou a complexidade dos motivos que levavam muitas migrantes a não frequentarem os serviços de saúde, especialmente durante a gestação. Os profissionais aprenderam que essas ausências não se deviam apenas à falta de interesse ou negligência, mas estavam ligadas a fatores complexos, como a falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis, as dificuldades linguísticas, o medo de deportação e o desconhecimento sobre seus direitos no sistema de saúde brasileiro.

“[...] Buscou dar elementos para os profissionais de saúde, os parceiros implementadores, de capacitá-los para entender a complexidade do que seja não ir a um serviço. É mais do que uma decisão, é muito mais do que uma decisão pessoal ‘Aí, eu não vou, eu não quero. Estou com preguiça’ é muito mais complexo [...] quando eu cheguei aqui pra assumir a área de saúde sexual reprodutiva e eu ouvi muito: - Aí, a gente pede exame eles não vão -, - Aí, a unidade de saúde é ali em baixo, pessoal é preguiçoso -. Daí eu precisei fazer toda uma discussão com equipes do humanitário inclusive, falando que você sair da sua casa, atravessar a rua e entrar numa unidade de saúde para

marcar uma consulta pra pegar um remédio, é mais do que vontade pessoal [...]” RRGESI

De maneira geral, os relatos expressam um esforço contínuo para capacitar e educar tanto os profissionais de saúde quanto a população atendida, visando a melhoria no acesso e na qualidade da assistência em saúde sexual e reprodutiva. A capacitação dos trabalhadores de saúde, tanto da rede municipal quanto da assistência humanitária, reflete uma tentativa de empoderamento desses profissionais para lidar com questões delicadas e complexas, como a violência sexual e a contracepção. A discussão sobre a prevenção de violência e assédio nas intervenções humanitárias, especialmente com relação aos homens envolvidos, também aponta para uma tentativa de criar um ambiente mais seguro e respeitoso, onde as mulheres possam acessar os serviços sem medo de violência adicional.

A formação dos profissionais e a adaptação dos serviços às necessidades da população migrante visaram ajustar o campo da saúde para melhor atender a um público com características culturais e sociais diversas. O capital cultural dessas mulheres, incluindo seus conhecimentos, experiências e atitudes em relação à saúde e à medicina, influencia a forma como elas interagem com os serviços. O processo de capacitação e conscientização visa reduzir as distâncias entre o *habitus* dos profissionais de saúde e das migrantes, adaptando o campo de modo a facilitar a integração e o acesso a serviços adequados.

Outras ações educativas também foram percebidas, especialmente aquelas voltadas para as mulheres venezuelanas, que envolvem ações de campo para sensibilização da importância do pré-natal, prevenção de IST's dentre outras.

“[...] E as atividades de base comunitária envolviam as questões de sensibilização pros temas que a gente trabalha. Então são rodas de conversa, sessões informativas, com recortes populacionais distintos, para os temas que a gente trabalha. Sensibilização quanto à importância do pré-natal, sensibilização quanto às opções dentro do Brasil para métodos contraceptivos, sensibilização e prevenção para ISTs, de forma geral são temas que a gente avançou um pouco por enxergar como necessidade, já que são de difícil acesso na Venezuela. Especialmente prevenção de câncer de colo uterino [...]” RRPROF7

Ações voltadas para empoderar as migrantes acerca do funcionamento do SUS e quais serviços estão disponíveis nas regiões para onde elas serão interiorizadas também foram citadas.

“[...] É um trabalho mais de orientação, de informação de que esses serviços existem no Brasil e que a depender das escolhas que as pessoas fazem de interiorização Brasil afora, elas podem encontrar serviços qualificados. E direcionados para esses objetivos. E a gente aproveita esses momentos para informar onde esses serviços estão no Brasil [...]” RRPROF7

Percebe-se um esforço significativo para informar e sensibilizar as mulheres migrantes sobre os serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis no Brasil, enfatizando a importância de se conhecer e aproveitar as políticas públicas e as redes de apoio, principalmente quando as migrantes são interiorizadas para outras regiões. Essa abordagem destaca a relevância de fortalecer a autonomia das mulheres, para que possam buscar os tratamentos de saúde mesmo em um contexto de deslocamento.

A construção de novas formas de conhecimento e as orientações práticas oferecidas buscam alinhar o *habitus* das mulheres migrantes ao contexto brasileiro, proporcionando as ferramentas necessárias para que elas possam navegar no novo sistema de saúde e se beneficiar dos recursos disponíveis. Ao promover a informação sobre os serviços e a interiorização de políticas públicas, há uma tentativa de aumentar os capitais cultural e simbólico das mulheres, fortalecendo sua posição dentro do campo da saúde no Brasil e aumentando suas chances de acesso e qualidade no atendimento.

Para as migrantes indígenas Warao, foi identificado a utilização de facilitadoras culturais e linguísticas por uma das agências para auxiliar nos trabalhos com essa população, no intuito de firmar uma ponte com a comunidade, fortalecer o vínculo e gerar confiança, contribuindo para a realização das ações.

“[...] Foi um projeto da gente ter a possibilidade de trabalhar com facilitadoras culturais e linguísticas, que seriam profissionais da organização. Trabalham enquanto consultoras para a UNFPA, mas desenvolvendo um trabalho de aproximação dessa comunidade de meninas e mulheres pro trabalho que o UNFPA realiza. Então a gente conseguiu fazer isso, em cada um dos abrigos a gente tem uma ou duas facilitadoras culturais

e linguísticas que trabalham no nosso dia a dia de trabalho lá, e fazem uma ponte com a comunidade. Isso gera também uma possibilidade de confiança do nosso trabalho junto à comunidade, e gera uma outra possibilidade de atuação também [...]” RRPROF7

Além disso, especialmente para os serviços do SUS nas duas capitais em análise, em situações não emergenciais quando a migrante ainda não possuía documentação necessária para dar entrada no sistema, os profissionais atendiam primeiro, e depois buscavam regularizar a questão documental, para evitar que a migrante saia sem receber o atendimento.

“[...] Elas estão sem o documento. Como a gente tem que colocar tudo no sistema, no SUS, direitinho, é claro que a gente não vai deixar de dar o atendimento no momento. Se tiver que ser atendida vai ter que ser atendida. De qualquer forma a gente vai ter que atender! Não vai poder mandar essa paciente embora sem ser atendida [...] A orientação é essa: se chegar sem a documentação já recebe o acolhimento lá na frente, já é orientado, as recepcionistas orientam o paciente, para onde ela tem que ir, já dão o endereço direitinho, tudo certinho para fazer sua documentação certinha, para ter o trâmite certinho, a gente orienta o mais próximo da casa, se não conseguir a gente também atende [...]” RRPROF6

As falas destacam práticas de acolhimento e aproximação cultural que buscam estabelecer confiança e empatia entre os profissionais de saúde e a comunidade migrante. A presença das facilitadoras culturais e linguísticas, que atuam como pontes entre a organização e as migrantes Warao, evidencia uma estratégia de inclusão e integração, essencial para superar barreiras linguísticas e culturais. Esse trabalho é fundamental para que as mulheres se sintam mais à vontade e dispostas a procurar os serviços de saúde, criando um ambiente de confiança mútua e respeito à diversidade cultural. O trabalho das facilitadoras culturais e a orientação no acesso aos serviços de saúde representam um reconhecimento da diversidade e a promoção da inclusão dentro do campo da saúde.

Além disso, as práticas de acolhimento sem discriminação e de orientação sobre os direitos das migrantes, especialmente no que diz respeito à documentação, demonstram um esforço para garantir que as mulheres recebam atendimento independentemente da sua condição migratória ou de documentação. Esse compromisso com o direito universal à saúde, mesmo em

situações de vulnerabilidade, reflete a busca por promover a justiça social e assegurar que as migrantes tenham acesso aos cuidados necessários sem obstáculos administrativos.

Por fim, foi observado que alguns dos profissionais atuantes mobilizaram seus próprios recursos, ou capitais, a partir da ótica de Bourdieu (1983), para conseguir atendimento para pacientes venezuelanas, quando se encontravam sem vagas ou com muitas demandas para aquele dia, para evitar que ela saísse sem algum tipo de atendimento. Como identificado na seguinte fala, onde o profissional mobilizou sua rede de contato com outros profissionais de outros pontos da rede no intuito de conseguir alguma vaga para atender a migrante.

“[...] Quando chega uma paciente aqui precisando mesmo de uma avaliação médica, eu mesmo, junto com o diretor, a gente entra em contato com outro diretor de outra UBS, que tem um médico, pra ver se a gente consegue uma avaliação para essa paciente que está precisando [...] Eu tenho liberdade, de por exemplo, com o diretor da UBS (nome retirado), o diretor do (nome retirado), ele me conhece muito bem, então assim, eu tenho essa liberdade com esses diretores, que eles conhecem muito bem meu trabalho, quando eu falo com eles, para eles autorizarem um atendimento agora por exemplo, se eu posso encaminhar, eles falam - Com certeza, pode mandar pra cá - [...]”
RRPROF6

Essa rede de contato também foi mobilizada quando o profissional avisou antecipadamente a ida de alguma paciente migrante gestante que precisa de acompanhamento e vai mudar de área, para ficar atento e não perderem contato com a paciente. Até mesmo levar a paciente até o novo local em seu próprio automóvel foi identificado.

“[...] É assim que eu faço. Ou mando pelo whats, mando escrito direitinho, ou ela mesmo leva encaminhamento, mas eu já deixo o colega avisado para receber mais uma gestante assim, que mudou da minha área pra dele, então, assim, a gente tem esse elo, essa ligação [...] eu mesmo pego o carro, vou lá e levo, deixo lá na Unidade Básica, boto lá dentro com o enfermeiro, com o médico, pronto. Então, assim, é uma forma da gente tentar ajudar o máximo que a gente pode [...]” RRPROF6

Esse cenário revela como o campo da assistência à saúde precisou se adaptar para oferecer não apenas tratamentos, mas também suporte contínuo às mulheres migrantes em sua busca por autonomia e bem-estar. Elas refletem práticas de cooperação e flexibilidade dentro da rede de serviços de saúde, com ênfase na colaboração entre profissionais e unidades de saúde para garantir que as pacientes recebam o atendimento necessário, mesmo diante de limitações ou imprevistos. O uso de relacionamentos de confiança entre os diretores e profissionais de saúde, demonstrado pela capacidade de tomar decisões rápidas e buscar soluções práticas, evidencia um capital social importante para a efetividade dos serviços.

Essas ações também refletem um compromisso com a garantia do atendimento contínuo e eficaz, independentemente da origem do paciente ou da unidade onde ele deveria ser atendido inicialmente. O sentimento de responsabilidade e o esforço pessoal de alguns profissionais, como o de pegar o carro e levar a paciente pessoalmente, são indicativos de um habitual comprometimento com a saúde da população atendida, superando as barreiras administrativas e de logística para alcançar melhores resultados.

De maneira geral, as estratégias e adequações implementadas para atender às mulheres migrantes evidenciam um processo de adaptação no campo da saúde, com o objetivo de superar as barreiras linguísticas, culturais e estruturais presentes nesse contexto. As práticas adotadas refletem uma tentativa de ajustar o *habitus* dos profissionais às condições e necessidades das migrantes, com a utilização de recursos como tradutores, materiais informativos simplificados, a criação de grupos educativos que respeitam a diversidade cultural e linguística das migrantes, e as diferentes capacitações ofertadas. Portanto, as estratégias e adequações observadas são passos importantes para a criação de um atendimento mais inclusivo e acessível, mas ainda refletem a necessidade de um esforço contínuo para melhorar a eficácia da comunicação e garantir que os serviços de saúde atendam de forma adequada às necessidades específicas dessa população, respeitando sua diversidade cultural e proporcionando um ambiente seguro e acolhedor.

Resistência às novas dinâmicas e o efeito de Histerese

Mesmo com todas as adaptações e estratégias que surgiram no campo a partir dessas novas dinâmicas que foram aparecendo, muitos profissionais atuantes tiveram mais resistência com essas mudanças. Podemos observar esse fenômeno a partir do conceito de Histerese, que podemos compreendê-la como uma resistência à mudança do *habitus*, ou seja, quando os agentes continuam mantendo algumas disposições e práticas que já não se ajustam às novas

condições do campo (Bourdieu, 2007). Isso ocorre quando o *habitus*, que foi formado em um contexto específico, se torna inadequado ou, insuficiente, talvez seja a melhor palavra para o contexto deste estudo, para lidar com novas realidades, levando a uma certa rigidez ou atraso na adaptação

A resistência às novas dinâmicas do campo pôde ser percebida nas falas em que alguns participantes relataram que alguns profissionais não aceitavam utilizar palavras em espanhol na sua rotina, ou resistiam a mudar suas rotinas perante as especificidades culturais da população migrante.

“[...] Há uma resistência grande, por mais que os profissionais às vezes conheçam palavras básicas em espanhol, mas há uma resistência muito grande em implementar isso no dia a dia da assistência e atenção [...]” RRPROF7

“[...] A gente vê particularidades, especificidades culturais no atendimento, em alguns casos, às vezes a gente tem uma certa resistência da equipe, de trabalhar com as migrantes, às vezes [...]” RRPROF4

A partir do que foi identificado nas falas, percebe-se que houve uma resistência em alguns profissionais em adaptar suas práticas para atender melhor as mulheres migrantes. Embora alguns conhecessem palavras básicas em espanhol, houve uma grande resistência em implementar o uso do idioma no dia a dia da assistência. Além disso, houve uma resistência em lidar com as especificidades culturais das migrantes, o que indica uma barreira tanto linguística quanto cultural. Isso aponta para um contexto de violência simbólica, que, segundo Bourdieu (1998), ocorre de forma sutil, sem o uso de força física, mas por meio de imposições culturais e cognitivas. Nesse processo, as pessoas internalizam e aceitam normas, valores e hierarquias como naturais, mesmo quando esses mecanismos reforçam desigualdades.

A não concordância com nível de atenção dada à população migrante também foi identificada.

“[...] Inclusive houve muitas divergências entre uns, digamos, alguns eram a favor de dar uma excelente atenção e outros que é contra isso, sabe. Esse impacto pegou de diferentes formas não só no aspecto cultural, material, ou por serviços aqui, senão até na conduta do médico [...]” RRPROF2

Essa resistência também pode ser percebida através da xenofobia presente na assistência, onde alguns profissionais expressavam atitudes xenofóbicas.

“[...] A gente percebe que há uma forma de preconceito, com relação aos venezuelanos [...] Mas não são todos, alguns. A equipe médica, a gente percebe mais, a gente percebeu mais [...]” AMPROF2

“[...] Há uma resistência grande. A xenofobia não está somente no campo social, fora do serviço de saúde, ela tá dentro também [...]” RRPROF7

“[...] Alguns profissionais também, poucos, às vezes reclamam: - Ah, esses venezuelanos estão em todo lugar, não sei o que -. O que sobrecarrega o trabalho deles assim [...]” AMPROF1

Embora nem todos os profissionais demonstrem esse comportamento, há uma percepção de que alguns profissionais apresentavam atitudes xenofóbicas. Alguns profissionais reclamavam da presença dos venezuelanos, colocando que eles sobrecarregavam seu trabalho.

Pode-se perceber a partir disso, que essa rigidez em aceitar as novas demandas do campo não apenas reforçava a exclusão dessas mulheres, mas também perpetuava as tensões no campo, evidenciando como o *habitus* de alguns profissionais não conseguia se reconfigurar para lidar com a realidade emergente e com as necessidades de uma população vulnerável.

Contudo, foi identificado também que com o passar do tempo essa resistência à população migrante no geral, incluindo as mulheres, foi diminuindo.

“[...] a gente já não observa mais esses preconceitozinhos, que chega até, eu considero como violência obstétrica, você falar alguma coisa pela questão da origem da pessoa [...]” AMPROF2

“[...] Acho que ainda tem uma certa cautela, né. Mas também não percebo aquela asperidade ao acolher como no início. Isso tá mais normalizado, eu acho [...]” AMPROF1

O conceito de histerese por Bourdieu (2007), que pode ser entendido como um efeito advindo das mudanças ocorridas no campo, ajuda a compreender a resistência inicial dos profissionais de saúde frente à chegada das migrantes venezuelanas. Onde no início percebeu-se uma postura de maior preconceito e resistência em adaptar suas práticas ao novo contexto

que se apresentava, como o uso do espanhol nas consultas ou o oferecimento de cuidados adequados às migrantes. Essa resistência pode refletir o *habitus* dos profissionais, que havia sido moldado em um campo mais homogêneo, mesmo considerando a grande diversidade étnica e social brasileira, mesmo assim, mais homogêneo quando comparado com a chegada das migrantes, passou a se mostrar insuficiente para lidar com as novas demandas. Levando muitos profissionais a hesitar em aceitar tais mudanças, mesmo que necessárias para a situação.

No entanto, à medida que a entrada das mulheres migrantes foi se tornando mais comum, uma realidade contínua nos serviços, esse campo foi se configurando, e com o tempo os serviços foram se ajustando e passando a abordar práticas mais inclusivas. Embora ainda não seja o ideal, e essas mulheres ainda não estejam plenamente integradas ao SUS, esse processo de adaptação gradual reflete as dinâmicas de configuração e reconfiguração campo e *habitus*, quando estes se encontram num período de perturbação, que embora tenham havido momentos de histerese, ele acabou se ajustando à nova realidade, ou pelo menos criando ações para se ajustar à nova realidade, resultando em uma maior aceitação e reconhecimento das necessidades específicas das migrantes por alguns profissionais.

À medida que o campo da assistência à saúde se ajustava, na medida do possível, para atender às necessidades das migrantes, e apesar das resistências iniciais e tensões associadas à chegada desses novos agentes nesse campo, e consequente adaptação dos profissionais a uma nova realidade, alguns participantes relataram que muitas migrantes expressam gratidão pelo serviço, por terem acesso a um sistema de saúde gratuito, medicamentos e tratamentos que não estavam disponíveis em seu país de origem.

“[...] Elas gostam. A facilidade elas gostam, da facilidade de realização dos exames, a disponibilização dos medicamentos, elas elogiam esse aspecto [...]” AMPROFI

A partir das falas dos profissionais percebe-se que as mulheres migrantes venezuelanas apreciam a facilidade na realização de exames e a disponibilização de medicamentos, elogiando esses aspectos do atendimento.

Da mesma forma foi observado nas falas que alguns dos profissionais de saúde também avaliaram o serviço como satisfatório em muitos aspectos, reconhecendo os diferentes serviços assistenciais oferecidos e as dificuldades superadas.

“[...] O trabalho é bem executado, bem organizado, tem vários tipos de apoios, tanto com os militares, como as agências, dão muito apoio a criança,

a família, a mulher, principalmente, em relação a abusos, a trabalho escravo, tem todo tipo de denúncia que pode ser feita, elas têm tudo pra falar, tem todo um tratamento psicológico, social, então elas são bem recepcionadas, bem acolhidas aqui [...]” AMGES4

Entretanto, alguns deles afirmaram que ainda há muito a ser melhorado, especialmente em termos de infraestrutura e integração de serviços para dar conta da demanda crescente, e atingir a todos os migrantes necessitados, em especial as mulheres, tendo em vista todo o contexto de vulnerabilidade em que se encontram.

“[...] Então assim, isso em todas as agências, realmente a demanda é enorme, e a gente não consegue atingir todas as pessoas que estão em todos os bairros, em todos os centros de aglomeração dessa população aqui. Certamente não, e isso nos aflige, isso nos agonia um pouco às vezes, da gente ver que realmente a gente não consegue cobrir tudo e que a necessidade existe [...]” AMGES5

“[...] Por mais esforços que a gente faça todos os dias para tentar atendê-las da melhor forma que nós podemos, ainda está muito distante de suprir minimamente as necessidades que essas mulheres têm. Então, são mulheres jovens, mas envolvidas em problemas sociais imensos [...]” RRGES14

Percebe-se que apesar das barreiras iniciais e da resistência, o campo da saúde conseguiu avançar, mas ainda enfrenta desafios importantes para garantir um atendimento plenamente inclusivo e eficaz.

Acerca da rede pública local de saúde, embora alguns profissionais tenham percebido que as migrantes demonstraram gostar do serviço oferecido pelo SUS, diversas nuances emergem nas percepções sobre o atendimento às migrantes venezuelanas, várias questões foram levantadas em relação à aplicação prática dos princípios do sistema.

Muitos dos profissionais participantes que trabalham diretamente no SUS nas duas cidades analisadas, enfatizaram a ideia de que o SUS é para todos, garantindo que tudo o que é oferecido às brasileiras também é garantido às venezuelanas. Reforçando os princípios de universalidade e igualdade, característicos do sistema.

“[...] a gente atende igual as brasileiras, a mesma coisa, o acolhimento, atendimento, acompanhamento geral. Elas procuram atendimento, a gente

fornece atendimento, a gente recebe elas, acolhe elas da mesma forma. A gente não diferencia porque é brasileiro, porque é imigrante, não! Todas também têm direito à vaga para ser atendida, conforme o que elas solicitam [...]” RRPROF6

“[...] São acolhidos qualquer queixa que chegue na unidade, são atendidos igualmente como qualquer outro cidadão brasileiro [...]” AMPROF1

A maioria dos participantes destacou a ideia de que o atendimento no SUS é igual para todas, reforçando que o que é oferecido para as brasileiras, também é para as venezuelanas. No entanto, vale destacar que as necessidades das migrantes são mais acentuadas devido ao contexto de vulnerabilidade que o processo migratório impõe, exigindo adaptações e uma atenção diferenciada, valendo-se da ideia da equidade, também um princípio norteador do SUS. O contexto de deslocamento prolongado, as barreiras culturais e linguísticas, e as condições de saúde das migrantes demandam uma adaptação das práticas e uma sensibilidade maior no atendimento, de forma a garantir que a equidade, outro princípio fundamental do SUS, seja realmente alcançada.

Ao longo da análise das práticas assistenciais no atendimento às mulheres migrantes, ficou evidente como o campo da assistência à saúde foi perturbado e consequentemente tensionado pela chegada dessa nova população, e as mudanças decorrentes disso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das percepções de profissionais e gestores, analisadas à luz da teoria de Bourdieu, este estudo evidenciou que o desencontro entre o habitus dos profissionais e os capitais das mulheres migrantes venezuelanas gerou barreiras importantes na assistência à saúde. Essas barreiras são tanto estruturais, refletindo um sistema já fragilizado antes da crise migratória, quanto simbólicas e culturais, relacionadas à dificuldade de integração entre diferentes lógicas de cuidado.

As migrantes apresentaram demandas complexas, influenciadas por condições sociais adversas e pelo contexto do deslocamento, exigindo dos profissionais adaptações nas práticas assistenciais. Ainda que tenha havido resistência inicial, observou-se um movimento gradual de ajuste às novas realidades. No entanto, desafios persistem, especialmente na efetivação do princípio da equidade, considerando as especificidades de gênero, cultura e língua.

A assistência à saúde nas cidades de Manaus e Boa Vista é impactada por barreiras como a sobrecarga do sistema, falta de infraestrutura, escassez de profissionais, barreiras linguísticas e ausência de documentação. A imposição de normas institucionais descoladas das práticas culturais das migrantes, sobretudo no que diz respeito ao parto, à amamentação e ao planejamento familiar, compromete a adesão e a efetividade do cuidado.

O capital simbólico dos profissionais, legitimado pelo conhecimento biomédico, reforça hierarquias no campo da saúde e dificulta a escuta das necessidades das usuárias. Por outro lado, a falta de capital linguístico e informacional das migrantes as posiciona em situação de vulnerabilidade, limitando sua autonomia no cuidado com a própria saúde.

Para garantir uma assistência mais justa e inclusiva, é fundamental investir na capacitação dos profissionais para o cuidado intercultural, implementar estratégias institucionais como a presença de intérpretes e mediadores culturais, além de produzir materiais educativos adaptados aos diferentes grupos migrantes. A articulação entre governo, organizações humanitárias e sociedade civil também se mostra essencial para um atendimento mais coordenado e sensível à diversidade.

Por fim, este estudo reforça que superar as desigualdades na assistência exige uma reconfiguração do campo da saúde, incorporando novas práticas que reconheçam os saberes, trajetórias e direitos das mulheres migrantes, assegurando-lhes acesso digno, humanizado e equitativo ao cuidado, independentemente de sua origem ou condição migratória.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi apoiado pelo Conselho de Pesquisa Econômica e Social [número da concessão ES/T00441X/1]; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) [processos 315493/2023-2 e PVCBS2676-2020]; Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) [processos PPSUS-01830/20]; e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) [código de financiamento 001]. O financiador do estudo não teve papel no desenho do estudo, na coleta, análise, interpretação dos dados, ou na redação do relatório.

REFERÊNCIAS

ACNUDH, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Human rights in the Bolivarian Republic of Venezuela: Reports of the United Nations High. Commissioner for Human Rights on the situation of Human rights in the Bolivarian Republic of Venezuela, 2019. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session41/Documents/A_HRC_41_18.docx>. Acesso em: 25 out. 2023.

ACNUR, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Diferenças entre o reconhecimento da condição de refugiado e a autorização de residência, 2024. Disponível em: <<https://help.unhcr.org/brazil/refugio/conheca-as-diferencas-entre-o-reconhecimento-da-condicao-de-refugiado-e-a-autorizacao-de-residencia-no-brasil/>>. Acesso em 27 nov. 2024.

ALVIM, F. L. K. et al., Enfrentamento de HIV/aids e sífilis em mulheres venezuelanas migrantes na perspectiva de gestores de saúde no Norte do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, [S. l], v. 47, n. 23, Mai. 2023.

ARAÚJO, J. L. P. A hipervulnerabilidade dos indígenas Warao no norte do Brasil em tempos de pandemia. **Ambiente: Gestão e Desenvolvimento**, v. 14, n. 2, p. 70-82, mai/ago 2021.

ARRUDA-BARBOSA, L. D; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E. M. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu/SP, v. 24, maio. 2020, 24: e190807.

ARRUDA-BARBOSA, L. D; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 29, n. 2, 2020

ASSIS, G. O. Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero, redes sociais e migração internacional. **Revista Estudos Feministas**, v. 15, n. 3, p. 745-772, set/dez. 2007.

ASSIS; G. O. ; KOSMINSKY, E.V. Gênero e migrações contemporâneas. **Rev. Estud. Fem**, [S.l], v. 15, n. 3, p. 695- 697, dez. 2007

BAENINGER, Rosana et al. (org.). *Migrações Sul-Sul*. Campinas: NEPO/Unicamp, 2018a. p. 17-23. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/55563756/LIVRO_MIGRACOES_SUL_SUL_versao_PDF_ISBN_978_85_88250_46_4_UNICAMP_UNFPA.pdf> Acesso em: 02 dez 2024

BAENINGER, Rosana. Governança das migrações internacionais: migrações dirigidas de venezuelanos e venezuelanas no Brasil. In: BAENINGER, Rosana; JAROSHINSKI SILVA, João Carlos et al. *Migrações Venezuelanas*. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018b, p. 135-141. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig_venezuelanas/migracoes_venezuelanas.pdf> Acesso em: 02 dez, 2024.

BAENINGER, R.; DEMÉTRIO, N. B.; DOMENICONI, J. O. Migrações dirigidas: estado e migrações venezuelanas no Brasil. **Revista Latino-Americana de População**, v. 16, e202113, 2022. DOI: <https://doi.org/10.31406/relap2022.v16.e202113>.

BAHAMONDES, L. et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. **BMC Public Health**, [s.l.] v. 20, p. 1-8, n .1771, nov. 2020.

BACKSTROM, B. O Acesso à saúde e os fatores de vulnerabilidade na população imigrante. **Alicerces**, p. 79-90, 2010.

BARRETO, T. M. DE A. C.; RODRIGUES, F. D. S.; BARRETO, F. Os impactos nos serviços de saúde decorrentes da migração venezuelana em Roraima: Ensaio **Reflexivo. Humanidades & Tecnologia**, Paracatu/MG, v. 14, p. 32–42, dez. 2018.

BASTOS, J. P. B.; OBREGÓN, M. F. Q. Venezuela em crise: o que mudou com Maduro. **Derecho y Cambio Social**, Lima/Perú, v. 52, p. 1-16, abr. 2018.

BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria da prática**. In: ORTIZ, Renato. (Org.). Pierre Bourdieu: Sociologia. São Paulo: Ática, 1983, p.46-81.

BOURDIEU, P. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education**. New York: Greenwood, p. 241-258, 1986

BOURDIEU, P. **A economia das trocas linguísticas**. São Paulo: Edusp, v. 116, 1996.

BOURDIEU, P. **Sobre a televisão**. Tradução de Maria Lúcia Machado, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, 143p. .

BOURDIEU, P. **Meditações pascalianas**. Tradução de Sergio Miceli, 2º ed, Rio de Janeiro. Editora Bertrand Brasil, 2007, 324p.

BOURDIEU, P. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Tradução de Mariza Corrêa, 9º ed, São Paulo: Papyrus, 2008, 224p.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 7. ed, São Paulo: Perspectiva, 2011a.

BOURDIEU, P. **A Distinção: crítica social do julgamento**. 2. ed, São Paulo: Zouk, 2011b.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Tradução de Maria Helena Kühner, 11º ed, Rio de Janeiro. Editora Bertrand Brasil, 2012, 160p.

BONVECCHIO, A.; BECERRIL-MONTEKIO, V.; CARRIEDO-LUTZENKIRCHEN, A.; LANDAETA-JIMÉNEZ, M.. Sistema de Saúde Venezuelano. **Salud Publica México**, Cuernavaca, v. 53, n. 2, p. 275-286, jan. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26/10/2023.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26/10/2023.

BRASIL. Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 22 de julho de 1997. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9474.htm> Acesso em: 27/11/2024

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes. **Migração Venezuelana Janeiro 2017 - Fevereiro 2024**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024, p. 1.. Disponível em: ,https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2024-03/informe_migracao-venezuelana_jan2017-fev2024.pdf> Acesso em 11/09/2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Operação Acolhida**. Brasília, [2023?]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/operacao-acolhida>. Acesso em: 25 out. 2023b.

BRASIL. Lei nº 13.684, de 21 de Junho de 2018. Dispõe sobre as medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de jun. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13684.htm. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de Maio de 2017, que institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm. Acesso em: 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. **Qualitative Psychology**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 3-26, 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Thematic Analysis. In: COOPER, H.; CAMIC, P. M.; LONG, D. L.; PANTER, A. T.; RINDSKOPF, D.; SHER, K.J. **APA handbook of research methods in psychology**. Vol. 2, Research designs: quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Washington, DC: American Psychological Association, ed. 2, v. 2, p. 57-71, 2012.

CALDERÓN-JARAMILLO, Mariana, et al. Migrant women and sexual and gender-based violence at the Colombia-Venezuela border: A qualitative study. **Journal of migration and health**, 2020, 1: 100003.

CAMPOS, M. A.; DIAS, V. V.; BROWN, C. E. A. Migração, religião e saúde intercultural: Itinerários terapêuticos dos Warao no Brasil e Venezuela. **ESPAÇOS RevTeol e Cult**, v. 27, n. 2, p. 1 - 11, 2019

COELHO, M. A. G. **Os impactos da migração Venezuelana para o Estado Brasileiro de Roraima, à luz da expressão econômica do Poder Nacional**. Monografia (Especialização em Ciências Militares, com ênfase em Defesa). Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2020.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

DAVIES, A. A.; BASTEN, A.; FRATTINI, C. Migration: a social determinant of the health of migrants. **Eurohealth**, v. 16, n. 1, p. 10-12, 2009.

Denzim, NK e Lincoln, YS. Introdução: A Disciplina e a Prática da Pesquisa Qualitativa. Em: Denzim, NK e Lincoln, YS, Eds., *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 4ª Edição, Sage, Thousand Oaks, 1-32, 2011.

DIAS, S.; GONÇALVES, A.. Migração e saúde. **Revista Migrações**, Lisboa, n.1, p. 15-26, set. 2007.

DORNELAS, P. D.; RIBEIRO, R. G. N. Mulheres migrantes: invisibilidade, direito à nacionalidade e a interseccionalidade nas políticas públicas. **O social em questão**, v. 21, n. 41, p. 247-264, mai/ago. 2018.

DOOCY, S., et al. Venezuelan migration and the border health crisis in Colombia and Brazil. **Journal on Migration and Human Security**, v. 7.3: p. 79-91, 2019

FONTANELLA, B. J. B; R, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, Artmed, 2009.

GARCÍA-CASTRO, A. Un asentamiento mixto Warao/criollo en el delta del Orinoco (Venezuela): El “barrio” indígena como estrategia de supervivencia. X Congreso de Antropología Iberoamericana. Salamanca, abr. 2005.

GARCÍA-CASTRO, A. Migración de indígenas Warao para formar barrios marginales en la periferia de las ciudades de Guayana, Venezuela. In: REPRESA PÉREZ, Fernando (coord.) (2006). *De Quito a Burgos: Migraciones y Ciudadanías*. Burgos, Espanha: Editorial Gran Vía, 2006.

GASSÓN, R.; HEINEN, H. D.. ¿Existe un Warao genérico?: Cuestiones clave en la etnografía y la ecología histórica del Delta del Orinoco y el territorio Warao--Lokono--Paragoto. Tipití: **Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America**, v. 10, n. 1, p. 37-64, 2012.

GEHLEN, R. G. S. et al. Vulnerabilidades de mulheres venezuelanas refugiadas: violências e relações sociais interseccionais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 57 (spe):e20220430, 2023

GONZÁLEZ-GARCÍA, M. R.; PENCHASZADEH, A. P.. “¡Todo salía de mi vagina!”: Migración venezolana y trabajo sexual en clave singular. **Revista Estudos Feministas**, v. 32, n. 2, p. e91566, 2024.

GUIJARRO, S. et al., Perspectives of health practitioners on the challenges to accessing sexual and reproductive health care services for Venezuelan migrant women during the COVID-19 pandemic in Quito, Ecuador. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 47, n. 58, 2023.

GUSHLAK, B. D.; WEEKERS, J. MACPHERSON, D. W. Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. **Emerging Health Threats Journal**, v. 2, n.1, jun. 2009.

GRENFELL, M. **Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais** - Tradução de Fábio Ribeiro, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2018, 420p.

GRILLET, M. E., et al. Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 19, n. 5, p. 149-161, fev. 2019.

ISMAEL, V. P.; ROSALIN, J. P.; NASCIMENTO, R. S. O crescimento da fome na Venezuela: a dependência econômica e o papel da ofensiva imperialista. **Estudos Geográficos: Revista Eletrônica de Geografia**, Rio Claro/SP, v. 22, n. 2, p. 124-135, out. 2023

JÚNIOR, S. J. C. A Operação Acolhida e a imigração venezuelana em Roraima. **Pensar Acadêmico**, v. 17, n. 3, p. 430-447, 2019.

LEVISKI; D. S.; LUCAS, D. C. Análise da nova Lei de Migração no contexto da efetivação dos Direitos Fundamentais e Humanos no Brasil. **Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas**, Santo Ângelo, v. 22, n. 42, p. 27-49, jan./abr. 2022

LAMY, Z.C. et al. Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas no Brasil: **Sumário executivo**. Fiocruz e UFMA, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35078/3B7S4N>. Acesso em: 25 out. 2023.

LIMA, M. I. S. As migrações e suas perspectivas: uma análise comparativa das políticas migratórias da Argentina e do Brasil no período pós-ditadura. **Brazilian Journal of Latin American Studies**, [S. l.], v. 18, n. 35, p. 150-171, dez. 2019.

LIRA, R. A. V.; LAGO, M. B. M.; LIRA, F. I. A. V.. Feminização das migrações: a dignidade da mulher venezuelana, migrante e refugiada, e o papel das políticas públicas. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, [S.l.], n. 247, p. 322-340, mai/ago. 2019.

LOPES, F. De Volta aos Primórdios: Em defesa do SUS como uma Política Antirracista. **Boletim de Análises Político-Institucional**, [S. l.], n. 26, p 9-19, mar. 2021.

MATOS; C. C. R. **Trabalho Humanitário, saúde mental e atenção psicossocial: um relato de experiência nos abrigos para migrantes e refugiados venezuelanos em Boa Vista/RR**. Monografia (Especialização em Direitos Humanos na América Latina). Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

MARCONDES, V.; MARTINS, M. de L. Migração venezuelana no Jornal Nacional. **Revista Lusófona de Estudos Culturais**, [S.l], v.6, n. 2, p. 145-162, dez. 2019

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 21, n. 40, p. 151-162, jan/jun. 2013.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C.. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1 p. 26-36, Jan/Mar. 2018.

MELO, D. S., OLIVEIRA, M. H. D., & PEREIRA, D. D. S. (2020). Progressos do Brasil na proteção, promoção e apoio do aleitamento materno sob a perspectiva do Global Breastfeeding Collective. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, e2019296.

MINAYO, M. C. S; GOMES, S. F. D. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 33^a ed. Petrópolis. RJ, Editora Vozes, 2013

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, HUCITEC, 2014. p. 416

MOCELIN, H. J. S., et al. Barreiras e facilitadores do enfrentamento de HIV/aids e sífilis por venezuelanas residentes no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l] v. 47, p. 3, mar. 2023.

NASCIMENTO, Luciano. Operação Acolhida atendeu 950 mil venezuelanos em Roraima desde 2017. **Agência Brasil**. Brasília-DF, 14 set. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-09/operacao-acolhida-audiencia-na-camara#>. Acesso em: 03 jun. 2024.

NETO, A. S. C.; OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. Vulnerabilidade de imigrantes venezuelanos residentes em Boa vista, Roraima. **Rev Esc Enferm USP**. v. 57(spe):e20230074, 2023.

OBINNA, D. N. Violence Across Borders: Venezuelan Women and the Continuum of Violence in Migration and Settlement. **Feminist Criminology**, v. 19, n. 2, p. 107-129, abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). Estratégias para atenção integral à saúde de migrantes internacionais no Brasil. [S.l.: s.n.], 2022. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/Estrategias-para-atencao-integral-a-saude-de-migrantes-internacionais-no-brasil_0.pdf> Acesso em: 14 fev. 2025.

OLIVEIRA, M; KULAITIS, F. Habitus Imigrante e Capital de Mobilidade: a teoria de Pierre Bourdieu aplicada aos estudos migratórios. **Mediações**, v. 22, n. 1, p. 15-47, jan/jun, 2017.

OLIVEIRA, B. M. C; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, jul-set, 2019.

OLIVEIRA, T. S. et al. Grupo Intercultural: uma proposta para ressignificar os impactos da crise migratória na saúde mental de imigrantes e brasileiros em Roraima. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 343--351, 2019.

OIM - Organização Internacional para as Migrações. **Glossário sobre Migração**. Genebra, Suíça, 2009.

PAZ, M. M. S. da, et al. Barreiras impostas na relação entre puérperas e recém-nascidos no cenário da pandemia do COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21: p. 229-232, 2021

RENFREW, M. J. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. **Midwifery**, v. 88, p.102759, 2020.

REIS, A. B. S. et al. Parto humanizado X cesárea: a importância da humanização do parto e suas vantagens. **RAMB Rev Assoc Méd Bras Jr Dr**. v. 2, n. 1, p. 51-54, 2021

R4V. PLATAFORMA. **Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela - Brasil**, 2024. Disponível em: <<https://www.r4v.info/pt/brazil>>. Acesso em: 11 set. 2024.

ROBINSON, O. C. Sampling in interview-based qualitative research: a theoretical and practical guide. **Qualitative Research in Psychology**, v. 11, n. 1, p. 25–41, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>. Acesso em: 06 jun. 2023.

RODRIGUES, M. W. **Mulheres gestantes Warao e as instituições de saúde pública em Porto Alegre: uma análise da interface entre o modelo médico hegemônico e as práticas de autoatenção**. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 91, 2022.

SANJURJO, L. Estudo de Caso: governança e capacidade institucional do Brasil na resposta à migração venezuelana. Brasília: Enap, 2023.

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 477-494, Apr-Jun 2016.

SARMENTO, G. G. S; RODRIGUES, F. Estado e Sociedade Civil no Processo de Migração Venezuelana. **Textos e Debates**, v. 7, n. 1, p. 54-98, jan/jun 2021.

SAUNDERS, B. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality & Quantity**, [S. l.], v. 52, n. 4, p. 1893-1907, 2018.

SAYAD, Abdelmalek. A maldição. In: BOURDIEU, Pierre. A miséria do mundo. 8. ed. Petrópolis: **Vozes**, 2008. p. 651-672

SILVA, P. S. da. Migração venezuelana: reflexões sobre comunicação verbal produzida por enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, nov. 2021

SILVA, P. S; ARRUDA-BARBOSA, L. Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 2, p. 37-43, 2020.

SILVA, J.C. J.; DE ALBUQUERQUE, É. B. F. Operação Acolhida: avanços e desafios. **Caderno de Debates, Refúgio, Migrações e Cidadania**, v. 16, n. 16, p. 47-72, out. 2021.

SILVA, F. C. A. D.; SOUSA, E. M. A migração venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima. **Tensões Mundiais**, [S.l.], v. 14, n. 27, p. 105-110, 2018.

SILVA, F. F.; PESSOA, M. C. P. Inserção no mercado de trabalho brasileiro por venezuelanos: uma Revisão Integrativa. **Trabalho (En)Cena**, v. e023002, 2023

SOEIRO et al. Period poverty: menstrual health hygiene issues among adolescent and young Venezuelan migrant women at the northwestern border of Brazil. **Reproductive Health**, v. 18:238, 2021.

SOUSA, S. V. M. A Teoria do Estado de Bourdieu e o não-lugar do refugiado. **Em Tempo de Histórias**, n. 39, p. 169-178, 2021.

TANIGUCHI, A. C. G; PAIVA, J. Z. S. Resposta da sociedade civil frente à situação migratória venezuelana em Manaus. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 16º Anais eletrônicos, 2019, Brasília-DF. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1282/1252>. Acesso em: 1 out. 2024.

TONHATI, T. M. P.; MACÊDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). **Périplos: Revista De Estudos Sobre Migrações**, v. 4, n. 2, p. 125-155, dez. 2020.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.328-341, jun. 2013.

ZANELLO, V. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. 1. ed. Paraná: Editora Appris, 2020.

VARGAS-GONZÁLEZ, L. E. O Caracazo na Venezuela (1989): da crítica ao presentismo a uma perspectiva acontecimental da história. **Tempos Históricos**, v. 25, n. 1, p. 44-69, abr. 2021.

VARGAS, J. E. V.; SHIMIZU, H. E.; MONTEIRO, P. S. As vulnerabilidades dos imigrantes venezuelanos no Brasil e na Colômbia na perspectiva da Bioética de Intervenção. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 57, ago. 2023

VASCONCELLOS, V. V. **O governo Hugo Chávez e a política externa venezuelana no continente americano**. Monografia (Bacharelado em Relações Internacionais) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

VILLA, R. D. Venezuela: political changes in the Chávez era. **Estudos avançados**, [S.l.], v.19, n. 55, p. 153-172, dez. 2005.

WEISBROT, Mark; SACHS, Jeffrey. Sanções Econômicas como Punição Coletiva: O Caso da Venezuela. **Center for Economic and Policy Research**, [S.l.], mai. 2019.

WENDEN, C. W. As Novas Migrações. **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 13, n. 23, p. 17-28, mar. 2016

WENDLING, K. C. da S.; NASCIMENTO, F. L.; SENHORAS, E. M. A CRISE MIGRATÓRIA VENEZUELANA. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 8, n. 24, p. 01–14, dez. 2021.

ZIMMERMAN, C.; KISS, L.; HOSSAIN, M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. **PLoS medicine**, [S.l.], v. 8, n. 5, maio. 2011.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário de perfil sociodemográfico, profissionais de saúde/membros de ONG/ outros informantes

() Boa Vista () Manaus () São Luís
 () Profissionais de saúde () ONG () Outro informante

1. Nome do entrevistado:		CÓD:
2. Nome da instituição que trabalha/representa:		
3. Tempo de trabalho:		
4. Tempo de trabalho com migrantes/refugiados:		
4. Gênero (1) Masculino (2) Feminino (3) Não binário Descrever _____		
5. Idade (anos):	6. Raça/cor:	
7. Nacionalidade:	8. Situação conjugal:	
9. Profissão:	10. Cargo/função:	
11. Escolaridade:	12. Religião:	
13. Qual é o trabalho que você desenvolve com os migrantes:		

14. Há quanto tempo?		

ANEXO II- Roteiro utilizado nas entrevistas semiestruturada**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE / MEMBROS DE ONG / OUTROS INFORMANTES**

NOME DO ENTREVISTADO _____

Hoje nós vamos conversar sobre a situação de mulheres migrantes, especialmente em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. Queremos ouvir você sobre o seu trabalho e o que pensa acerca de suas necessidades, seus direitos, como buscam cuidado e as barreiras que enfrentam.

1. Noções gerais sobre migração, situação de mulheres migrantes e trabalho

Como você pensa a situação de migração aqui em sua cidade?

Como você vê a situação das mulheres migrantes?

O que destaca como questões mais importantes relacionadas à condição feminina nesta situação de migração?

Como você percebe a situação de mulheres que migram sozinhas ou acompanhadas?

Como essa situação impactou em seu trabalho?

(Aumento de demanda, sobrecarga de trabalho, dificuldade de comunicação pela língua, diferenças culturais,

Como essa situação impactou na saúde da comunidade local?

(Impacto na utilização de insumos (vacinas, medicamentos, outros, fazendo faltar para os brasileiros)

2. Noções gerais sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes

O que você identifica como principais questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes?

Essas questões são diferentes para mulheres adultas e adolescentes? Fale sobre isso.

(Ficar atento às respostas e avaliar a necessidade de questões específicas relacionadas à sexualidade, planejamento familiar, prevenção e tratamento de DST/Aids e outras doenças,

métodos contraceptivos, gravidez, parto/nascimento e puerpério, aborto, violência e abuso/estupro).

3. Necessidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes

Em relação às necessidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, como você acha que estão sendo encaminhadas ou atendidas?

Como você vê o papel das instituições de saúde em relação à essas necessidades?

4. Principais barreiras encontradas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes

Fale sobre as dificuldades que essas mulheres enfrentam em busca de atenção à sua saúde sexual e reprodutiva.

Que fatores facilitam ou dificultam a garantia de seus direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva?

O que você acha que poderia ajudá-las a superar essas barreiras?

5. Discriminação

Você percebe diferenças no atendimento prestado às mulheres migrantes no serviço de saúde?

Descreva essas situações.

6. Para trabalhadores de abrigos:

Quais são as regras do abrigo? (tempo de máximo de permanência, regras de funcionamento, permanência diferenciada para grávidas ou doentes) + Percepção das características da população venezuelana (pacífica, ordeira, conflitos rotineiros, etc)

7. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?