

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

STÉFANNI VARGAS SILVEIRA

MULHERES IMIGRANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
TRAJETÓRIAS VENEZUELANAS NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

PASSO FUNDO

2025

STÉFANNI VARGAS SILVEIRA

**MULHERES IMIGRANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
TRAJETÓRIAS VENEZUELANAS NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de concentração - Atenção Básica - da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo/RS, como requisito para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Priscila Pavan Detoni

Coorientadora: Me. Fabiana Schneider

PASSO FUNDO

2025

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

, Stéfanni Vargas Silveira
Mulheres imigrantes na Atenção Básica em Saúde:
trajetórias venezuelanas no norte do Rio Grande do Sul /
Stéfanni Vargas Silveira . -- 2025.
84 f.:il.

Orientadora: Doutora em Psicologia Social e
Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do
Sul (UFRGS - 2016) Priscila Pavan Detoni

Co-orientadora: Mestra em Produção e Avaliação de
Tecnologias para o SUS (GHC - 2017) Fabiana Schneider
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2025.

1. migração. 2. Saúde da Mulher. 3. relações de
gênero. 4. xenofobia. I. Detoni, Priscila Pavan, orient.
II. Schneider, Fabiana, co-orient. III. Universidade
Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Stéfanni Vargas Silveira

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

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em: 17/02/2025

BANCA EXAMINADORA

Priscila

Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni – UFFS
Orientadora

Fabiana Schneider

Fabiana Schneider – PREF Marau/RS
Coorientadora

gov.br

Documento assinado digitalmente
GRAZIELLE BETINA BRANDT
Data: 05/03/2025 17:17:04-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Grazielle Betina Brandt - UNISC
Avaliadora

Daniela Teixeira Borges

Profa. Ma. Daniela Teixeira Borges – UFFS
Avaliadora

RESUMO

A presente pesquisa, intitulada “*Mulheres imigrantes na Atenção Básica em Saúde: trajetórias venezuelanas no norte do Rio Grande do Sul*”, constitui o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Área de Concentração em Atenção Básica – da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo. Desenvolvida entre julho de 2024 e fevereiro de 2025, a pesquisa integrou as atividades da carga horária teórica do programa, especialmente na disciplina “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência”, organizada em quatro etapas ao longo dos semestres: TCR I – Diagnóstico Territorial; TCR II – Projeto de Pesquisa-intervenção; TCR III – Relatório de Campo e Percurso da Pesquisa; e TCR IV – Artigo Científico. Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória, no formato de pesquisa-intervenção, realizada no território da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, no município de Marau/RS. O estudo teve como objetivo compreender o processo migratório e as percepções de mulheres imigrantes venezuelanas acerca da saúde da mulher no território adscrito. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas e um questionário sociodemográfico com mulheres cadastradas na unidade de saúde. A coleta de dados foi viabilizada com apoio da equipe da ESF e das Agentes Comunitárias de Saúde, respeitando-se os princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos. Os resultados evidenciaram aspectos das experiências migratórias, da inserção das mulheres nos serviços de saúde e das barreiras enfrentadas no acesso à atenção integral à saúde da mulher. A pesquisa contribui para ampliar a compreensão sobre os desafios vivenciados por mulheres imigrantes no âmbito do SUS, fornecendo subsídios para a qualificação das práticas de cuidado, fortalecimento das redes de atenção e formulação de políticas públicas orientadas pela equidade.

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

ABSTRACT

This research, entitled “Immigrant women in Primary Health Care: Venezuelan trajectories in northern Rio Grande do Sul”, constitutes the Residency Completion Work (TCR) of the Multiprofessional Residency Program in Health – Concentration Area in Primary Care – of the Federal University of the Southern Border (UFFS), Passo Fundo campus. Developed between July 2024 and February 2025, the research integrated the activities of the theoretical workload of the program, especially in the discipline “Health Research, Intervention Project and Residency Completion Work”, organized in four stages throughout the semesters: TCR I – Territorial Diagnosis; TCR II – Research-intervention Project; TCR III – Field Report and Research Path; and TCR IV – Scientific Article. This is a qualitative, descriptive and exploratory field study, in the form of intervention research, carried out in the territory of the Santa Rita Family Health Strategy (ESF) in the municipality of Marau/RS. The study aimed to understand the migration process and the perceptions of Venezuelan immigrant women regarding women's health in territory adscrited. Semi-structured interviews and a sociodemographic questionnaire were applied to women registered at the health unit. Data collection was made possible with the support of the ESF team and Community Health Agents, respecting the ethical principles governing research with human beings. The results highlighted aspects of the migration experiences, the inclusion of women in health services and the barriers faced in accessing comprehensive health care for women. The research contributes to broadening the understanding of the challenges experienced by immigrant women within the scope of the SUS, providing support for the qualification of care practices, strengthening care networks and the formulation of public policies guided by equity.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Residentes do 1º e 2º ano – Março de 2023	15
Figura 2 – Localização do município de Marau	16
Figura 3 – Território pertencente à ESF Santa Rita.....	18
Figura 4 – ESF Santa Rita atualmente	19
Figura 5 – Decoração para o Curso de Gestantes	20
Figura 6 – Grupo Bora Conversar	21
Figura 7 – Projeto da nova ESF Santa Rita	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Agência da ONU para Refugiados
ABS	Atenção Básica em Saúde
AB	Atenção Básica
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégias Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FLACSO	Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
G-MUS	Gestão para a Secretaria Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística
MBA	Missão Barrio Adentro
OIM	Organização Internacional para as Migrações
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SISMIGRA	Sistema de Registro Nacional Migratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL.....	11
1.1	INTRODUÇÃO..... 11
1.1.1.	A saúde como um direito de todas e todos: o Sistema Único de Saúde (SUS) 11
1.1.2.	Atenção Primária em Saúde..... 12
1.2.	O TERRITÓRIO E SEUS ESPAÇOS DE AÇÃO: DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA..... 13
1.3.	O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE 13
1.4	CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL..... 15
1.4.1.	A cidade de Marau/RS 15
1.4.2.	Contexto histórico de Marau/RS..... 16
1.4.3.	Contexto socioeconômico 16
1.4.4.	Saúde Pública em Marau/RS..... 17
1.4.5.	Descrição do campo prático - A Estratégia de Saúde Santa Rita 18
1.5	PROPOSTA DE PESQUISA INTERVENÇÃO – MULHERES IMIGRANTES VENEZUELANAS 23
	REFERÊNCIAS 25
CAPÍTULO II - PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO.....	28
2.1	INTRODUÇÃO..... 28
2.2	TEMA..... 30
2.3	PROBLEMAS DE PESQUISA 30
2.4	OBJETIVOS..... 30
2.4.1	Objetivo geral 30
2.4.2	Objetivos específicos..... 31
2.5	HIPÓTESES 31
2.6	JUSTIFICATIVA..... 31
2.7	REFERENCIAL TEÓRICO..... 33
2.7.1	O Sistema Único de saúde e a Atenção Básica..... 33
2.7.2	Aspectos socioculturais da migração Venezuela/ Brasil 34
2.7.3.	A mulher venezuelana imigrante e o acesso à saúde da mulher 36
2.8	METODOLOGIA 39
2.8.1	Tipo de estudo..... 39

2.8.2	Local e período de realização	39
2.8.3	Sujeitos de pesquisa.....	40
2.8.4	Técnica de coleta de dados.....	40
2.8.5	Método de análise dos dados	41
2.8.6	Aspectos Éticos	44
<i>2.8.6.1</i>	<i>Riscos e benefícios.....</i>	<i>45</i>
2.8.7	Orçamento.....	46
2.8.8.	Cronograma de execução.....	47
	REFERÊNCIAS	49
	CAPÍTULO III – RELATÓRIO DA PESQUISA	53
3.1	INTRODUÇÃO.....	53
3.2	LOGÍSTICA E COLETA DE DADOS.....	53
3.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	54
3.4	PERDAS E RECUSAS	55
3.5	PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS	55
3.6	POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS	56
	ANEXO - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	57
	APENDICE A - Questionário Sociodemográfico	60
	APÊNDICE B - Entrevistas Semiestruturadas	62
	CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO	63

CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico territorial refere-se a um meio inicial de investigação e de compreensão no espaço de atuação em saúde. O local, passa a ser chamado de território vivo, pois não se trata somente de coordenadas, mas um espaço-tempo onde a vida resiste e se afirma à frente de quaisquer obstáculos. É um espaço onde podem ser identificados intensos transbordamentos de vida (AMORIM; CHARNEY; PULGA, 2015).

Identificar o que perpassa pelo público pertencente e do lugar visa uma oportunidade de reconhecimento e entendimento de onde se está transitando, por isso o processo de territorialização. Segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ, 2011) “Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios”.

Perceber este local de prática requer um olhar ativo e a compreensão de que este território apresenta condições de vida, de moradia, de trabalho. Sujeitos que amam, odeiam, festejam e adoecem. Assim, os profissionais devem conhecer as características destes territórios, entre outras, dado que influenciam diretamente a história de vida das pessoas e determinam formas de ser. Reconhecer o território, a partir da identificação dos recursos locais, das regras de convivência, às figuras de lideranças, das ameaças à saúde, dos equipamentos e das ações do poder público viabiliza um olhar realmente genuíno ao espaço (MONKEN; ARJONA; PEREIRA, 2021).

Assim, aplicar o diagnóstico territorial na formação em Residência Multiprofissional é uma via de compartilhamento de saberes que se afastam do conceito saúde-doença, mas que visam um meio voltado à promoção à saúde e à comunidade. Assim, pesquisas como estas podem ser uma ferramenta influente para produzir subjetividades e reinventar os processos de formação aos profissionais de saúde.

1.1.1. A saúde como um direito de todas e todos: o Sistema Único de Saúde (SUS)

O sistema de saúde no Brasil ao longo da sua história perpassou pelos processos de colonização, exploração, anulação do saber popular, assim, o modo de cuidado era através do modelo curativo e eurocêntrico. No século XX diante dessas fragilidades no sistema de saúde ofereciam apenas a parte da população direito à saúde pelo estado, movimentos democráticos

como a Reforma Sanitária participavam Conferências Nacionais de Saúde, que em sua 8ª edição, no ano de 1986, por meio da participação popular articulou à base do novo sistema de saúde, que foi inserida na atualizada Constituição Federal de 1988 no art 196, que garantiu saúde como direito de todos e dever do Estado por meio de políticas sociais e econômicas de redução do risco de doença, acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988).

Em 1990, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), através Lei nº 8.080, que em suas diretrizes propõe nos seus princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde, equidade com o objetivo de diminuir das desigualdades no cuidado e integralidade que considera a totalidade do sujeito. Além de parte no campo da atuação se destaca a vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica e de saúde bucal (BRASIL, 1990).

Assim, o SUS surgiu como resultado de um longo processo de eventos históricos, que vão desde a primeira concepção da Saúde Pública da antiga república para os dias atuais. O SUS estabeleceu novos meios de cuidado à população, criado e construído partir de diferentes campos do conhecimento, práticas, que ocorreram em diferentes espaços e épocas políticas (KIRST; DARSIE, 2021). Diante destes movimentos, a atenção básica na comunidade tornou-se a porta de entrada e um dos programas de iniciativa no SUS a fim de destacar a prevenção e promoção à saúde.

1.1.2. Atenção Primária em Saúde

Em 2017, foi Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Primária em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Primária em Saúde (APS) é porta de entrada para o SUS, pelo fato das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família serem instaladas próximas da comunidade e desempenham centralidade no papel de cuidado com o usuário. Assim, é necessário que a APS, tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado. Bem como a gestão das próprias filas, exames e consultas que propiciam a comunicação nas centrais de regulação e serviços especializados, apoio matricial presencial e/ou a distância, e estabelecimento de fluxos e protocolos (BRASIL 2017).

Segundo a PNAB (2017), deve ser oferecida cuidados em saúde na APS de modo totalmente gratuito a todas as pessoas, conforme suas necessidades e demandas, considerando os determinantes e condicionantes em saúde. Visa a equidade, além de ser proibida a exclusão baseada em aspectos de raça/cor, gênero, nacionalidade, orientação sexual, escolaridade,

limitação física, entre outras. Dentro das diretrizes se encontram: Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; e Participação da comunidade (PNAB, 2017).

1.2. O TERRITÓRIO E SEUS ESPAÇOS DE AÇÃO: DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ainda com o SUS, em 1991 foi Programa de Agentes Comunitários de Saúde e em sequência foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) Ministério da Saúde, com o objetivo de contribuir na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. O PSF foi uma das bases para a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se tornou uma importante política pública de atenção primária à saúde no Brasil (BARROS, 2014).

O PSF foi substituído pela Estratégia de Saúde da Família ESF em 2011, mas muitas das suas diretrizes e objetivos foram mantidos. A ESF também é uma política pública de atenção primária à saúde no Brasil que surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que a estrutura clássica das unidades básicas de saúde (UBS) não estava atendendo integralmente à necessidade da população (BRASIL, 2023).

Política Nacional de Atenção Básica (2017) direciona como mínima de Saúde da Família: 1 médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

1.3. O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

No dia 30 de junho de 2005, foi criada a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS constituem modalidades de ensino de pós-graduação Lato Sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço (BRASIL, 2011)

Os programas de residência são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS levando em consideração as necessidades locais e regionais identificadas por meio de aspectos epidemiológicos. Com uma carga horária de 60 horas semanais e duração total de 24 meses, a

residência exige dedicação exclusiva dos participantes, totalizando 5.760 horas de formação (UFFS, 2023).

Os programas de Residência Multiprofissionais devem ser guiados por estratégias pedagógicas que visem promover uma abordagem mais humanizada e preparada para lidar com as necessidades reais da população. Desse modo, a atenção básica é um espaço fundamental para conhecermos a realidade, as potencialidades e os desafios enfrentados. Além disso, esses programas podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades de identificação dos determinantes sociais e de saúde, bem como aprofundar os conhecimentos em áreas como promoção e educação em saúde, planejamento e gestão, entre outros aspectos.

Segundo Amaral (2018, p. 243)

Residência se propõem a dar conta de uma carência que ainda existe nas formações em saúde, no âmbito da graduação, onde os conteúdos e competências são fragmentados e não condizem com a realidade em que vivemos e as necessidades que se fazem presentes na saúde da população usuária.

Para além da equipe mínima, a inserção de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma das estratégias de ampliação com ensino e prática que possibilitam um encontro com o espaço vivenciado na prática e dos demais atores participantes do cuidado (PULGA *et al.*, 2022).

Assim, a RMS da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, campo de concentração Atenção Básica, área temática Saúde da Família, visa a modalidade de ensino de pós-graduação lato-sensu, destinada aos núcleos de Psicologia, Farmácia e Enfermagem, com oferta anual de duas vagas em cada profissão. Com o regime de dedicação exclusiva, totalizando 60h semanais divididas entre cargas práticas e teóricas, dentro do período de 2 anos.

Em 2013, Marau deu início a primeira turma do programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, através do processo de descentralização da Residência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com sede em Porto Alegre. Em 2014, houve a transição de responsabilidade para a Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. A primeira turma pela UFFS começou no ano de 2016, dando continuidade e seguindo a aprovação pelo MEC, que tem como bases político-metodológicas a formação em serviço, além da integração ensino-serviço-comunidade no cotidiano do SUS, especialmente na Atenção Básica e interlocução nas Redes de Atenção à Saúde (PULGA *et al.*, 2022).

Dentre os locais práticos dividem-se em duas ESFs do município de Marau/RS: ESF Santa Rita e ESF São José Operário; além de estágios obrigatórios e opcionais desenvolvidos

ao longo do programa (UFFS, 2022). Das atribuições da residência multiprofissional, cabe a inserção e a doação a nova experiência, para muitos profissionais da cidade, a cultura e o próprio funcionamento da ESF deliberaram estranhamentos, questionamentos e observações. Para isso, a proposta da primeira atividade ser um diagnóstico territorial faz sentido e elucida os próximos passos da pesquisa. Deste modo, será previamente contextualizada a seguir a cidade de Marau e o território abrangente à ESF Santa Rita.

Figura 1 - Residentes do 1º e 2º ano - Março de 2023



Fonte: Schneider, Fabiana (2023).

1.4 CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

1.4.1. A cidade de Marau/RS

O município de Marau foi recentemente emancipado no dia 28 de fevereiro de 1955, está localizado na região norte dentro de uma zona denominada de planalto médio no estado do Rio Grande do Sul. A cidade possui uma área de mais de 649,770 quilômetros quadrados, sendo limítrofe às seguintes cidades: Passo Fundo e Nicolau Vergueiro (norte); Ernestina (noroeste), e por fim, Ibirapuitã (sudoeste). No relevo destaca-se o território ondulado por coxilhas, com aclives e penhascos em margens de rios, com clima temperado de média de 18°C está 650 metros acima do nível do mar (IBGE, 2020; PREFEITURA DE MARAU, 2023).

Figura 2 – Localização do município de Marau



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Marau (2021).

1.4.2. Contexto histórico de Marau/RS

Segundo o site da Prefeitura de Marau (2023) a história local mescla a cultura indígena, missionários jesuítas e colonização italiana. Antes de 1827, a localidade advinha de uma província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados. Em 1827 começa o povoamento branco. Em 1845, Marau, um índio cacique que morreu em combate com os brancos às margens de um rio que passou a ser denominado de Rio Marau, como também as imediações do rio, povoadas por caboclos. Mais além, em 1857, foi criado o município de Passo Fundo, com a ampliação da civilização, os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização de Marau a partir de 1904.

1.4.3. Contexto socioeconômico

Ao considerar o desenvolvimento econômico local, seguindo a linha do tempo, em 1916, o povoado de Marau é elevado à vila e passa a ser a sede do 5º Distrito de Passo Fundo. Em 1923 surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., um marco industrial, que logo se tornaria fornecedor regional e nacional de embutidos e banha. Com a emancipação municipal, a região recebeu visibilidade para novos empreendimentos, as décadas de 1970 e 1980 representam a vinda de empresas do setor de frigorífico e demais setores metal mecânico e couro.

Segundo a Associação Comercial Industrial, Serviços e Agropecuária de Marau, em 1987, as empresas Borella foram adquiridas pela Perdigão Agroindustrial S/A e transformaram-se no Complexo Agroindustrial de Marau (ACIM, 2013). Em 1975, Metalúrgica Arcovila Ltda foi fundada por um grupo de empresários, dentre eles, dois irmãos marauenses que se tornaram

acionistas da METASA S.A Indústria Metalúrgica, fundada em 1986 (METASA, 2023). O crescimento econômico das últimas décadas ocasionou uma intensa migração, e conseqüentemente um alto crescimento demográfico. Gradualmente percebe-se aumento da diversidade de etnias e raças na cidade com moradores oriundos de várias regiões do Estado, do País e até de outros Países.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a renda per capita em 2020 era de R\$ 49.638,88, com a sua população estimada de 45.126 habitantes. Além disso, em aspecto de escolarização, em 2010, Marau contava com 94,5% de 6 a 14 anos. Dentre as instituições de ensino há 11 escolas municipais de ensino fundamental, 01 SEJA, 12 de educação infantil, 4 escolas estaduais, 2 escolas particulares, 02 hospitais, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e 13 unidades básicas de saúde (PREFEITURA DE MARAU, 2023).

1.4.4. Saúde Pública em Marau/RS

Atualmente o Secretário Municipal de Saúde Marau é Douglas Kurtz. Marau possui 12 ESFs distribuídas na cidade para atender a população, são elas:

- ESF Central 1
- ESF Central 2
- ESF Central 3
- ESF Centro Social Urbano
- ESF Fuga/Santa Helena
- ESF Jardim do Sol
- ESF Planalto
- ESF Progresso
- ESF Rural
- ESF Santa Lúcia
- ESF Santa Rita
- ESF São José Operário

A equipe da ESF é constituída por um médico (40 horas/semanais), uma enfermeira (40 horas semanais), uma técnica de enfermagem (40 horas/semanais), uma psicóloga (20 horas/semanais), um cirurgião dentista (20 horas/semanais), uma auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), um auxiliar administrativo (40 horas/semanais), uma sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitárias de saúde (40 horas/semanais).

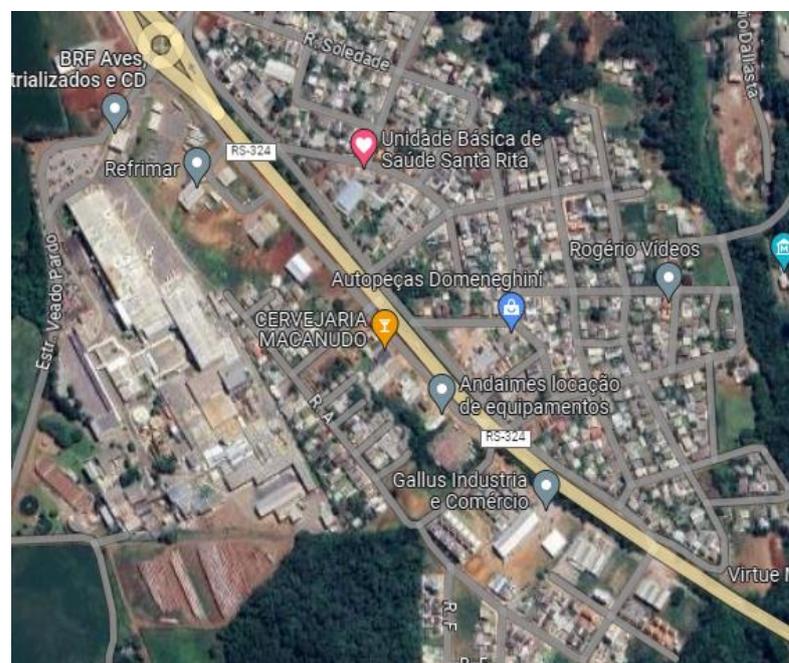
Além da Atenção Primária em Saúde, existem serviços especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) atende de portas abertas os usuários encaminhados pela ESF. Ainda, a rede possui o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) e CRAS (Centro de Referência de Assistências Social) que atendem todos os pacientes sem necessidade de referência/encaminhamento da ESF.

A nível de atenção secundária há o Hospital Cristo Redentor (HCR) que atende via SUS, conta com o Pronto Atendimento (PA) para consultas, urgência e emergência. Marau possui o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os Bombeiros. Ademais, oferece transporte para realizar consultas, exames, radioterapia, quimioterapia e hemodiálise com destino a Passo Fundo, Porto Alegre e outros municípios.

1.4.5. Descrição do campo prático - A Estratégia de Saúde Santa Rita

Apresentar a comunidade Santa Rita é fazer referência à empresa frigorífica Perdigão, que em meados da década de 1985 ao comprar do Grupo Borella, no município de Marau-RS, voltado para o abate de aves e a produção de óleos vegetais (DALLA COSTA, 2015). Anunciada no ano de 2009 e oficialmente trocada a nomenclatura a nível mundial da Empresa para BRF (Brasil Foods), para destacar a fusão das antigas empresas Perdigão e Sadia.

Figura 3 - Território pertencente à ESF Santa Rita



Fonte: Google MAPS

Localizada na RS-324, Km 76, teve a expansão civilizatória aos arredores, desse modo, a população do território cresceu progressivamente nos últimos anos, integrando também migrantes e imigrantes de outras regiões que também vieram em busca de trabalho. Entre as proximidades da ESF o território conta com a Escola Municipal Educação Infantil Mágico de Oz e a Escola Municipal de Ensino Afonso Volpato.

No ano de 2003, inaugurou-se no território a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Rita, que compreende a equipe nº 04 do município de Marau. Atendendo a população adscrita no território e atuando nos princípios e diretrizes previstas pelo SUS. A estrutura da ESF foi adaptada em um antigo salão comunitário ao qual foi cedido à Prefeitura, em troca, foi oferecida a construção de um ginásio à comunidade religiosa católica.

Conta os moradores que antes da criação da ESF, nesse determinado local ocorria atendimentos mensais específicos que eram mobilizados por integrantes da comunidade, que eram chamados de voluntários da Saúde. O espaço foi reformado e recebeu divisórias de material pergolado o qual gera uma acústica não apropriada ao ambiente.

Figura 4 - ESF Santa Rita atualmente



Fonte: Rodrigues, Maria Eduarda da Silva (2022).

A estrutura atual conta com uma sala de recepção uma sala de ambulatório uma sala adaptada para atendimentos multidisciplinares (adaptada em decorrência da alta demanda de atendimentos e pouca disposição de salas); depósito consultório de enfermagem consultório médico (um banheiro); sala de reuniões sala de vacinas consultório médico (adaptado que anteriormente funcionava como a sala de vacina) consultório de psicologia; consultório de odontologia; sala de serviços de higienização dispensa banheiro e cozinha para trabalhadores.

ESF Santa Rita presta diversos serviços à população abrangente, como acolhimento, pré-natal, puericultura, acompanhamento ao idoso, mulher, homem e adolescente, dispensação de medicamentos básicos, planejamento familiar, dispensação de preservativos e contraceptivos, testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatites B e C e gravidez, tratamento para tabagistas, visitas domiciliares, consulta e acompanhamento médico (funcionam através de agendamento pela central telefônica da Secretaria Municipal de Saúde com número 156, sendo a parte odontológica conforme disponibilidade de vagas e a parte médica possui diariamente vagas abertas no turno da manhã), consulta e acompanhamento de enfermagem, acompanhamento odontológico e psicológico, agendamentos de consultas e exames especializados, e exame citopatológico de colo uterino.

Relacionado à prática profissional na RMS, há a semana típica que possui os turnos divididos nas seguintes atividades: ambulatório, vigilância em saúde, educação em saúde, visitas domiciliares. Na parte da psicologia, o ambulatório é o espaço para atendimentos psicológicos individuais, além disso, na ESF Santa Rita temos um turno de acolhimento psicológico, um turno de acesso livre à comunidade, que funciona por demanda espontânea ou encaminhamentos da rede.

O turno de vigilância em saúde é responsável pela produção de notificações e atualizações de indicadores próprios da ESF. O turno de educação em saúde é possível reunir as residentes para planejar e discutir atividades, por serem seis residentes, foram divididos 2 trios de trabalho nas quintas-feiras, sendo um realizado pela manhã e outro pela tarde. Nesses momentos são produzidos trabalhos que acatem as necessidades e disseminem informações necessárias para a população do bairro.

Figura 5 - Decoração para o Curso de Gestantes



Fonte: Frey, Mylena Soares (2023).

Figura 6 - Grupo Bora Conversar



Fonte: Autor

Com previsão para o final de agosto de 2023, a ESF Santa Rita ganhará novo espaço de trabalho, localizada a duas quadras da atual, a nova ESF terá cerca de 400 metros quadrados. Que será na Rua Passo Fundo.

Figura 7 - Projeto da nova ESF Santa Rita



Fonte: Vang FM

A ESF é dividida em 5 micro áreas, microárea 19, que corresponde à parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde; micro área 21, que corresponde à par do Bairro Santa Rita; micro área 22, que corresponde à parte do Bairro Santa Rita; microárea 41, que corresponde ao Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus e; micro área 47, que corresponde à parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lourdes de Oliveira. O monitoramento está sob responsabilidade de 4 ACS. Sendo que uma dessas está em licença maternidade e outra área não é coberta totalmente e sim subdividida com a atual profissional que está afastada.

O território possui diversas casas sem averbação imobiliária correta, apenas contratos de compra e venda, o que dificulta o mapeamento real advindo da prefeitura. Outro aspecto relevante são os modelos das casas construídas: com estrutura elevada com a possibilidade de ser construído um porão, o qual torna-se futuramente uma fonte financeira de aluguel.

Próximo aos limites da territorialização do Santa Rita, mas não pertencente, há uma rua denominada como “beco” que, segundo alguns usuários, apresenta movimentos frequentes de carro e pessoas buscam substâncias psicoativas (SPA) e são dependentes químicos. Tal rua por si só é estigmatizada e delibera curiosidade dos demais moradores do território. Outro aspecto relevante no território de Santa Rita é o odor disseminado pela empresa BRF (antiga Perdigão), pela queima de penas de aves. Durante dias úmidos, o odor se sobressai e prejudica inclusive a estrutura da ESF, que necessita fechar os vidros para evitar mal estar tanto dos profissionais quanto dos pacientes.

Das demandas trazidas pelas ACS, a população traz pontos de reclamação ligados ao acesso a central telefônica (156), alta demanda de pedido de exames (em que a cota disponibilizada termina nos primeiros dias no mês na ESF), problemas ligados ao trânsito (poucas calçadas, que fazem com que as crianças necessitam andar no meio da rua, bem como vários cachorros perambulando).

A população da ESF Santa Rita é considerada em sua maioria de classe trabalhadora oriunda de empresas próximas as quais os semelhantes trabalho perpassam gerações. O processo de globalização e conflitos econômicos externos a imigração e migração tornaram-se potência no espaço de imigrantes, com nacionalidades venezuelanas na região a nível nacional destaca-se população natural de estados do norte como o Maranhão e Pará.

Neste sentido, as ACS trazem que a cada visita nas casas de imigrantes identificam novos integrantes para fazer cadastro nas casas. Segundo elas, residem com mais de 5 pessoas por casa, às vezes com apenas 1 ou 2 dormitórios. Uma demanda apresentada são as dificuldades de comunicação com essa população, queixa também trazida pela equipe na ESF. Em Marau, no dia 27 de março de 2023, foi criado o Balcão do Migrante e Refugiado em parceria com a Organização de Advogados do Brasil (OAB), Universidade de Passo Fundo (UPF) e Prefeitura Municipal.

Dentre as demandas da equipe, em especial, existe uma necessidade de busca ativa dessas mulheres para frequentarem a ESF, como atendimento psicológico, odontológico, de enfermagem, farmacêutico e médico, inclusive em casos em pré-natal e puericultura, em que

tal retorno não acontece, o que repercute em problemáticas, como: mais tentativas de busca ativa, discussões de caso em rede com órgãos como o Conselho Tutelar e Assistência Social.

Em agosto de 2023, através do sistema operacional de atendimento aos usuários GEMUS, foi identificado que na ESF Santa Rita cadastros de 40 mulheres de nacionalidade venezuelanas entre 18 a 49 anos, maiores de idade e com idade fértil.

1.5 PROPOSTA DE PESQUISA INTERVENÇÃO – MULHERES IMIGRANTES VENEZUELANAS

A migração venezuelana para o Brasil tem sido um processo heterogêneo com características sociodemográficas específicas. O estado brasileiro tem desempenhado um papel na gestão deste fluxo, com diferentes categorizações estabelecidas para os venezuelanos com base nas políticas governamentais e mudanças nas diretrizes de política externa (MARTINO; MOREIRA, 2020; BAENINGER; DEMÉTRIO; DOMENICONI, 2021).

Os venezuelanos migraram principalmente por questões econômicas. A instabilidade política e econômica na Venezuela, especialmente durante o governo de Nicolás Maduro, levou a uma crise humanitária no país, com escassez de alimentos, medicamentos e serviços básicos (UEBEL, 2019). Como resultado, muitos venezuelanos buscaram refúgio em países vizinhos, incluindo o Brasil.

Em 2018 foi criada pela ONU, a Operação Acolhida gerida pelo governo brasileiro e concentrada em Roraima com o intuito de receber a população venezuelana em situação de vulnerabilidade social a fim de assegurar recepção, identificação, fiscalização sanitária, imunização, regularização migratória e triagem (BRASIL, 2023). O público migrante de venezuelanas e venezuelanos vieram buscar junto dos seus filhos, familiares e amigos oportunidades no país vizinho, visto questões sociopolíticas ocorridas no seu país de origem. Considerada como migração dirigida, pois teve a presença do Estado Brasileiro pela Operação Acolhida e na política interna de redistribuição das migrações venezuelanas (ACNUR, 2016).

De maneira interna, o governo brasileiro articulou com a Polícia Federal (PF) o encaminhamento dos imigrantes para outras regiões do país, que poderiam ter no município o semelhante órgão de segurança. Assim, surgiu um deslocamento de imigrantes venezuelanos para a região norte do Rio Grande do Sul, especificamente em Passo Fundo por indicação de outros imigrantes venezuelanos ou pelas oportunidades de trabalho oferecidas na região e por Passo Fundo contar com a política. Os imigrantes são orientados por outros venezuelanos ou por empresas de Passo Fundo (COSTA, 2023). Não obstante, parte da população buscou

moradia em Marau/RS, por ter diversas empresas de produção, entre elas, a BRF, localizada no território Santa Rita.

Conforme Amorim, Charney e Pulga (2015) há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, é um esforço para se reterritorializar em outra parte. Deste modo, além do índice de vulnerabilidade do imigrante com o idioma, cultura e distância do seu país de origem, o grupo de mulheres imigrantes correm o risco de vivenciarem mais vulnerabilidades, visto a desigualdade de gênero.

O filme *Salir Adelante* organizado pelo projeto de pesquisa *ReGHID- Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Displacement in Central and South America* (Necessidades e Desafios de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva), liderada pela Universidade de Southampton (Reino Unido) em parceria com a Universidade Federal do Maranhão (Brasil), Fundação Oswaldo Cruz (Brasil) entre outros países, o longa dá protagonismo a essas mulheres e tornam visíveis os desafios de restituição e proteção de direitos em lugares de suposta segurança, onde muitas vezes elas continuam sujeitas à riscos e humilhações de gênero (GARMEIRO, 2023)

O corpo feminino apresenta diferentes reconhecimentos em diversos períodos históricos e culturais que interferem na construção da subjetividade da mulher. A construção da subjetividade feminina está ligada ao modo como a mulher organiza a sua vida, suas relações sociais e afetivas, suas escolhas e suas experiências. Há uma luta contra o patriarcado que tenta deliberar a promoção da igualdade de gênero (BORIS, CESÍDIO, 2007). Assim, a mulher imigrante venezuelana confronta o sistema patriarcal em situações que decide sair do seu país em busca de novas oportunidades de trabalho e se desafia no âmbito da subjetividade em conhecer novas formas de viver em sociedade no país de destino.

No entanto, quando se trata de mulheres imigrantes, do seus deslocamentos, a sensação de vulnerabilidade, o desconhecimento do novo território, as angústias com o confronto cultural podem deliberar sentimentos de medo ligados à proteção, pelo fato de muitas necessitarem se adaptar a habitações com mais pessoas que o desejado, em períodos de acolhimento até a moradia, como no caso de dividirem o espaço com outros imigrantes sem ter especificamente um vínculo familiar.

Diante dos ambientes de cuidado, o sentimento de vergonha pode se manter, o que leva a não procura. A falta de autoconhecimento, de informação e a repressão cultural que a mulher sofreu ou sofre durante anos contribuem para a dificuldade de conversar sobre si e sobre seus

cuidados (RESSEL *et al.*, 2013). Assim, justifica-se o motivo pelo qual as mulheres venezuelanas não buscam atendimento por demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família, especialmente quando se trata de questões com necessidade de abordar questões íntimas que podem envolver o compartilhamento da sua história e atendimentos que podem direcionar aspectos ligados a gênero e sexualidade.

Visto o número considerável e representativo de mulheres migrantes Venezuela no território da ESF Santa Rita, buscar o contato com essa população torna-se relevante e necessário. Desse modo, pretende-se realizar uma pesquisa um estudo qualitativo, a fim de ampliar a compreensão sobre a imigração e o conceito de saúde/doença pelo viés das questões do gênero feminino com mulheres imigrantes venezuelanas que residem no território da ESF Santa Rita. Planeja-se realizar um levantamento de dados por meio de pesquisas sociodemográficas através do prontuário eletrônico e entrevistas semiestruturadas com mulheres imigrantes com idade fértil e maiores de idade pertencentes ao território. Como intervenção, busca-se ampliar ferramentas de cuidado baseadas no trabalho da equipe da Saúde da Família com a população imigrante da Venezuela. Também, vislumbra-se ampliar autonomia e empoderamento das mulheres venezuelanas residentes no Brasil por meio de processos informativos sobre autocuidado.

REFERÊNCIAS

- ACIM. Associação Comercial, Industrial, Serviços e Agropecuária de Marau. **Institucional**. 2013. Disponível em: <https://www.acim-marau.com.br/acim/institucional>. Acesso em: 15 jun. 2023.
- ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **"Refugiados" e "Migrantes"**: Perguntas frequentes. 2016. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/refugiados-e-migrantes-perguntas-frequentes>. Acesso em: 03 ago. 2023.
- AMORIM, A. S. L; CHARNEY, A. W.; PULGA, V. L. Vivências no território vivo: pistas para superar a modelização na formação médica. **Saúde em Redes**, [S.l.], v. 1, n. 4, p. 7-13, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/615>. Acesso em: 20 mai. 2023.
- BARROS, I. C. **A Importância da Estratégia de Saúde da Família**: contexto histórico. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde em Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2023.

BORIS, G. D. J. B.; CESIDIO, M. de H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 451-478, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção1, [S.l.], n. 183, p. 68, 21 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 62p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf. Acesso em: 13 jun. 2023.

BRASIL. Casa Civil. **Sobre a Operação Acolhida**. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/sobre-a-operacao-acolhida-2>. Acesso: 04 ago. 2023.

COSTA, E. **Cerca de 60% dos imigrantes que passam por Passo Fundo são da Venezuela**. **GZH**. 2023. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/ passo-fundo/noticia/2023/03/cerca-de-60-dos-imigrantes-que-passam-por-passo-fundo-sao-da-venezuela-clf8reyk3008i0151eeqkqs50.html>. Acesso em: 16 ago. 2023.

DALLA COSTA, A. J., A Perdigão, a passagem do poder e a profissionalização nas empresas familiares. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA ECONÔMICA, 6.;

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DE EMPRESAS, 7., 5-7 set. 2005, Conservatória. **Anais [...]**. Conservatória: Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica, 2005. Disponível em: <http://www.empresas.ufpr.br/perdigao.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

GAMEIRO, N. **Documentário revela desafios no cuidado à saúde de migrantes venezuelanas**. 2023. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/documentario-revela-desafios-no-cuidado-a-saude-de-migrantes-venezuelanas/>. Acesso em: 12 ago. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Marau**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/marau.html>. Acesso em: 12 jun. 2023.

KIRST, C.; DARSIE, C. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. **ASKLEPION: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 91–112, 2021. Disponível em: <https://asklepiorevista.info/asklepion/article/view/21/51>. Acesso em: 17 ago. 2023.

MONKEN, M.; ARJONA, F. B. S.; PEREIRA, E. de M. Território e territorialização de informações: apontamentos para produção de diagnósticos de condições de vida e situação de saúde. *In*: LIMA, A. L. da S.; VARGAS, A. L. B.; BUENO, L. B. (org.). **Cooperação social, territórios urbanos e saúde: diálogos e reflexões**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. cap. 6.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PULGA, V. L. (org.) *et al.* **Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

UEBEL, R. R. G. Migração venezuelana para o Brasil: considerações geopolíticas e fronteiriças sobre a atuação governamental brasileira. **Aldea Mundo**, [S.l.], v. 24, n. 48, p. 69-80, 2019. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/543/54364091007/html/#redalyc_54364091007_ref26. Acesso em: 15 ago. 2023.

UFFS. Universidade Federal da Fronteira Sul. **EDITAL Nº 995/GR/UFFS/2022**. 2022. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/atos-normativos/edital/gr/2022-0995>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CAPÍTULO II - PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

O Projeto de Pesquisa-Intervenção é uma das modalidades avaliativas do Programa de Residência em Saúde (RMS) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) que visa apresentar atividades ligadas às demandas percebidas na Atenção Básica no campo de prática localizada no município de Marau no Rio Grande do Sul, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita.

A jornada de compreensão dos processos imigratórios, os impactos e os desafios à população em situação de refúgio na proteção e cuidado em saúde ainda são pautas recentes no âmbito brasileiro. O próprio processo de imigração internacional é um tema que exige atenção pelas particularidades de gênero, classe, etnia e religião diante da geopolítica mundial (CFESS, 2017). Um dos principais pontos de comunicação e de compreensão acerca das vivências desta população ocorre pelo cuidado em saúde que pode se tornar uma ferramenta de estudo e ensino.

O Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se a um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que garante acesso universal e gratuito aos usuários com uma atenção integral à saúde, ou seja, que lhe acompanha ao longo da vida, desde a gestação até os cuidados da fase idosa, com foco na qualidade de vida, promoção e prevenção em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). A Atenção Básica (AB) é considerada como porta de entrada do sistema, desenvolvida para estar próxima da vida das pessoas, assim, é necessário que esteja alinhado seus princípios à continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, participação social, vínculo e equidade (PNAB, 2017).

A equidade como um princípio na AB está relacionada a oferecer atenção em saúde à população conforme às suas demandas conforme às suas capacidades de compreensão e acesso aos serviços a fim de minimizar as desigualdades. Assim, estar perto de quem se cuida é uma das propostas das Estratégias de Saúde da Família (ESFs): de promover a reorientação do processo de trabalho e ampliar a resolutividade da saúde das pessoas e coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023a).

Dentre os desafios da saúde pública pelo viés da equidade, a questão da imigração internacional ainda é um assunto que incita preconceito de parte da sociedade, assim como atender a população imigrante a parte técnica identifica dificuldades com: a barreira linguística, percepção de saúde e autocuidado, e por último e não menos importante, a falta de informação do acesso em saúde como uma adversidade (RODRIGUES, AREOSA, BRANDT, 2021).

Conforme Oliveira (2019) a Venezuela em meio à uma crise política e econômica, fluxos migratórios de chegada ao Brasil começaram em 2015 pelo município de Pacaraima, cidade de fronteira localizada no noroeste de Roraima. No entanto, somente em 2017 e 2018 houve uma intensificação, visto as dificuldades em acessar os produtos de primeira necessidade, como remédios, alimentos, etc, além da inflação que diminui o direito de compra, havia a falta de recursos para investimentos nos programas de renda.

O processo de migração por si só é um desafio aos imigrantes do gênero masculino, para o gênero feminino a vulnerabilidade torna-se maior. A Agência das Nações Unidas para Refugiados da Organização das Nações Unidas (ACNUR/ONU), aponta que as mulheres e crianças são vistas em situação de vulnerabilidade invisibilizadas que podem resultar em ocorrência de diferentes tipos de violência seja sexual, física e/ou psicológica (ACNUR, 2017). Desse modo, há um desafio em aprimorar e construir um suporte multidisciplinar, valorizando a vida dessas mulheres sobreviventes a situações de violência e construção da sua dignidade (COSTA, 2022).

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

No Brasil, por meio das políticas públicas, a Atenção em Saúde da Mulher brasileira e imigrante, migrante e/ou refugiada se destacam nas práticas de promoção e prevenção em saúde, afinal, na questão de orientação sexual e de gênero, há determinantes sociais e condicionantes e desigualdades que impactam a vida dessa população. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sancionada em 2006, possui dentre um dos seus objetivos o planejamento familiar no âmbito da atenção integral à saúde, dentre os tópicos está a garantia de acesso à informações e oferta de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2004).

Pela superlotação de pessoas nessa região, a população imigrante foi redirecionada para outras regiões do Brasil, em especial, as regiões sul ampliaram o mercado de trabalho formal para o imigrante, propiciando o aumento do volume de trabalhadoras. Entre as movimentações dentro deste intervalo encontram-se números de registros das nacionalidades sul-americanas e caribenhas como as venezuelanas e haitianas ganharam destaque, o que denota uma tendência ao direcionamento do Brasil como uma das principais rotas migratórias Sul-Sul (TONHATI;

MACEDO, 2020). Resultado da Operação Acolhida, que desde 2018 promove a realocação voluntária e gratuita a estados brasileiros com mais oportunidades socioeconômicas e de integração socioeconômica, beneficiando mais de 100 mil imigrantes venezuelanos (ACNUR, 2023).

A escolha de Marau/RS como território de análise se deu por sua realidade local, a partir da expressiva manifestação da migração internacional na cidade, segundo o IBGE nos últimos dez anos, o crescimento nominal do nível de atividade da cidade foi de 101,8% e a taxa apresentada dos últimos 5 anos foi de 17,6%. Tal correspondência está relacionada ao aumento de empresas frigoríficas de estruturas locais e multinacionais, que oferecem oportunidade de trabalho, inclusive a imigrantes.

Esse projeto pretende compreender o entendimento de mulheres imigrantes venezuelanas sobre a saúde da mulher, que fazem parte do território de abrangência das Estratégias de Saúde da Família Santa Rita no município de Marau/RS, lócus de intervenções dos estudantes do curso de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no norte do estado do Rio Grande do Sul pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo.

2.2 TEMA

Compreensão das mulheres imigrantes venezuelanas acerca da saúde da mulher na Atenção Básica em Saúde no Sistema Único de Saúde.

2.3 PROBLEMAS DE PESQUISA

- Qual o entendimento das mulheres venezuelanas imigrantes acerca da saúde da mulher na atenção básica na região do norte do Rio Grande do Sul?
- Como foi a acolhida das mulheres imigrantes venezuelanas ao Brasil?

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo geral

Compreender o processo de migração e percepções sobre a saúde da mulher de imigrantes venezuelanas adscritas em um território em Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma cidade de pequeno porte, localizada no norte do estado do Rio Grande do Sul.

2.4.2 Objetivos específicos

- Compreender a experiências acerca da migração para a região sul do Brasil;
- Analisar as diferenças e semelhanças entre os sistemas de saúde na atenção à saúde da mulher na Venezuela e no Brasil;
- Investigar a assistência à saúde disponibilizada no Brasil para a população imigrante venezuelana feminino.

2.5 HIPÓTESES

- Visto o processo migratório, o gênero feminino torna-se mais vulnerável, o que repercute um isolamento de serviços públicos.
- Os conflitos existentes no país de origem e o rompimento ou lapso temporal do acesso à saúde adequada.
- Os efeitos culturais e religiosos influenciam o comportamento das mulheres venezuelanas que podem interferir nos direitos sexuais e reprodutivos.

2.6 JUSTIFICATIVA

Em crises humanitárias, mulheres e meninas são mais prejudicadas, pois algumas necessidades específicas dessa população muitas vezes tornam-se inviabilizadas, acarretando na falta de escuta e compreensão das demandas. O processo de feminização das migrações, seja pelas necessidades pessoais ou coletivas de filhos e familiares torna-se um risco à população imigrante feminina, o que pode gerar maiores exposições a riscos de violência (ONU MULHERES, 2021).

Segundo a Organização das Nações Unidas Mulheres (ONU MULHERES, 2021) os programas e políticas públicas devem levar em consideração as desigualdades de gênero que influenciam em etapas do planejamento, avaliação e oferecimento de acolhimento e recursos aos imigrantes, sobretudo, às mulheres imigrantes. A vulnerabilidade do processo migratório e necessidade de se deslocar do seu país podem deliberar condições de risco para as mulheres, o tráfico humano é uma das questões, o objetivo é a exploração da vítima que inclui violações como: prostituição, trabalho forçado, escravidão, remoção de órgãos entre outros (UNODC, 2021).

As mulheres ainda são elencadas em trabalhos dos meios domésticos ou de cuidado com pessoas com deficiência ou com outras especificidades como pessoas idosas ou doentes. A

mulher exercendo um papel de cuidado às demais minorias é um estigma voltado ao gênero e a xenofobia, da desvalidação do saber de pessoas de culturas latinas, inclusive no Brasil. As dificuldades ligadas a tentativa de um emprego formal, levam as mulheres a trabalhos autônomos, sem garantias, com baixa remuneração, com situações de precariedade que podem levar inclusive a abusos e violência (ONU MULHERES, 2021; ACNUR, 2017).

No contexto de migração vivido, existem inúmeros fatores que podem afetar a saúde dos migrantes, aumentando a vulnerabilidade desta população, à atenção aos povos imigrantes venezuelanos torna-se um fator primordial para a sua inserção na sociedade. Assim, exige do Estado medidas que prestam uso dos serviços à saúde, que assuma estratégias que atendam as necessidades destes povos, assumindo como responsabilidade a adoção de estratégias que atendam às necessidades desses povos (VENTURA, 2018). A saúde da mulher imigrante é uma pauta relevante de discussão para compreender e romper barreiras xenofóbicas e discriminatórias.

A saúde da mulher é uma das demandas mais atuantes na Atenção Básica em Saúde, a saúde sexual é uma pauta importante, pois tem como finalidade contribuir na qualidade de vida, autoconhecimento e projeto de vida da população. Apesar de ainda ser tabu em alguns espaços, a sexualidade envolve além do copo, uma história de vida, cultura e relações afetivas. Assim, é uma dimensão fundamental entre mulheres e homens que acompanha do nascimento até a morte, envolvendo questões físicas, socioculturais e psicoemocionais (BRASIL, 2013). Para as mulheres imigrantes os mesmos cuidados, orientações e direitos necessitam ser tomados.

O acolhimento da mulher imigrante pode acontecer pela ESF e pode ser pelo acolhimento multidisciplinar, um espaço comum chamado de produção do cuidado compartilhado, ou seja, o ato de ser corresponsável (BRASIL, 2010). Entre tais assuntos, a saúde da mulher interfere diretamente no processo de atenção, inclusive no compartilhamento de saberes com as próprias sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

No entanto, Brandt, Areosa e Rodrigues (2022) pontuam sobre os diversos obstáculos nos serviços de saúde que atendem a população imigrante que interfere na relação trabalhadores de saúde e usuários como: barreira linguística entre espanhol-português interpela na lacuna de comunicação, falta de informação dos profissionais à diversidade cultural e a falta de informações dos imigrantes sobre o SUS. Tais dificuldades potencializam lacunas de comunicação, conflitos relacionais e suposições referente à cultura venezuelana.

O processo de interiorização da Operação Acolhida trouxe ao Rio Grande do Sul de 2011 a 2021 foram contabilizados cerca de 82.654 trabalhadores ativos (OBMigra, 2022). No

município de Marau. Segundo o sistema operacional de saúde, denominado como Gestão Municipal de Saúde (G-MUS) existem cerca de 1633 imigrantes venezuelanos cadastrados no dia 02 de dezembro de 2023.

Visto a relevância dos dados, o território da ESF Santa Rita em Marau/RS presencia semanalmente a chegada de mais imigrantes mulheres venezuelanas para cadastro de família, e conseqüentemente, a necessidade de cuidados e acompanhamento da saúde. No dia 2 de dezembro de 2023 via sistema G-MUS foram encontrados 160 imigrantes venezuelanas e venezuelanos no território adscrito. Em especial, 48 mulheres imigrantes venezuelanas entre 18 a 49 anos, um número relevante que necessita de informações e apoio relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

Ao longo do ano de 2023, demandas com a população venezuelana emergiram e foram pautas de reuniões de equipe do território adscrito gerando dúvidas a respeito da cultura venezuelana e meios de intervenção sobre a saúde da mulher. Assim, percebe-se a importância de se aproximar destas usuárias para conhecer o entendimento delas sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como gerar uma interlocução entre as usuárias imigrantes venezuelanas e a equipe de Saúde da Família.

Conhecer os aspectos culturais e qualificar a prática é um processo dinâmico de saúde e migração e a nas possibilidades de expansão das políticas públicas, o treinamento adequado aos trabalhadores de saúde aos imigrantes (FERREIRA; DATONI, 2021). Desse modo, o aumento da população imigrante venezuelana no território da ESF Santa Rita nos traz uma demanda de pesquisa, por isso, esse trabalho busca acolhê-las, compreender o processo de migração e compartilhar saberes acerca da saúde da mulher no Brasil, além de reforçar os direitos das mulheres imigrantes.

2.7 REFERENCIAL TEÓRICO

2.7.1 O Sistema Único de saúde e a Atenção Básica

A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou o SUS, com 32 anos de história, continua sendo a base de recuperação da saúde, de proteção, promoção entre outros determinantes importantes para a validação da saúde como um direito (BRASIL, 1990). Este tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade são formas organizativas de representar a operação e organização do sistema, por meios de estratégias que concretizam os valores fundamentais do SUS (MATTA, 2007).

O território apresentado por uma perspectiva de saúde e bem-estar viabiliza rever as condições de trabalho, de moradia e de vida. A identificação destes cuidados, figuras de convivência, lideranças, ameaças à saúde e ações do poder público identificam o perfil dos moradores deste espaço (MONKEN; ARJONA; PEREIRA, 2021). O território faz parte dos cuidados básicos e por isso evidencia a potência de construção de saúde e faz parte do primeiro fundamento e diretriz da Atenção Básica (AB).

O Ministério da Saúde define como Atenção Básica (AB) o conjunto de ações, a níveis individuais e coletivos que abrangem a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento de problemas de saúde mais comuns e relevantes, bem como a reabilitação e manutenção. AB refere-se à porta de entrada no sistema e oferece condições de cuidado mais próximas das casas dos usuários, caso a situação de saúde não alcance as tecnologias existentes na AB, se oferece direcionamento e interlocução com as demais esferas e linhas de cuidado mais complexas. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ocorrem os atendimentos (BRASIL, 2007).

Entre as diretrizes da AB, encontram-se além dos princípios do SUS, ter acesso universal e contínuo, acolhendo os usuários e promovendo a corresponsabilização pelas necessidades em saúde (PNAB, 2012). Nesse modo, o acolhimento à população imigrante necessita da construção de um vínculo. A partir de Seixas e outros autores (2019) o cuidado em saúde da população imigrante se estabelece através do vínculo, sendo este um dos componentes operacionais que aproxima os usuários às suas necessidades de saúde. Na atenção básica, no final dos anos 90, o “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e corresponsabilidade” resulta no convívio contínuo, visando como potencializador a preservação da saúde e de dispositivo de amenizar e solucionar problemas.

Criada como uma proposta de reorganização da atenção básica, surgiu-se a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que favorece a reorientação do trabalho com maior potencial de aprofundar de ampliar a resolutividade e impacto da situação de saúde das pessoas e coletividades. No máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas para cada equipe de Saúde da Família (eSF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Promover a aproximação dos serviços de saúde, a participação e autonomia da população imigrante são alguns dos objetivos do SUS ao se tratar da integralidade e do acesso universal.

2.7.2 Aspectos socioculturais da migração Venezuela/ Brasil

No Brasil, apenas em 24 de maio de 2017 foi viabilizada uma nova Lei nº 13.445 da Imigração que garante equidade, proteção e garantia de direitos aos imigrantes. Anterior a isso,

ainda estava vigente a lei do Estrangeiro, Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980 que dispensava um tratamento ao imigrante distante aos direitos básicos e oferecimento de trabalho formal à população (SIMIONI; VEDOVATO, 2018).

Denominada como crise econômica e social, a Venezuela teve comprometimentos em aspectos de governabilidade que foram pontuados em três motivos e fases: em primeiro lugar, ocorreu a queda do regime de legitimidade de Nicolas Maduro; em segundo lugar, desequilíbrios macroeconômicos no setor externo que refletiu a nível microeconômico, e por último, a generalização da crise social que gerou criminalidade e violências (VAZ, 2017). Cerca de 6 milhões de pessoas já deixaram o país e em torno de 4,6 milhões vivem hoje em países da América Latina e do Caribe (ONU MULHERES, 2022).

Antes de aprofundar os aspectos de transição de parte da população venezuelana para o território brasileira, é importante distinguir imigrantes, migrantes e refugiados. Imigrante, refere-se a pessoas que vêm de um outro país, tal termo é utilizado de modo amplo. No caso de migrantes, a escolha ocorre por escolha para melhorar sua vida, nos âmbitos de trabalho ou por sistema familiar. Em contrapartida, os refugiados se deslocam e não possuem proteção para voltar ao seu país, e para isso, necessita receber respaldo e acolhida como um direito universal (ACNUR, 2022). No caso da população venezuelana, apesar das adversidades socioeconômicas existentes, as pessoas podem voltar ao seu país de origem se um dia optarem. Entretanto, alguns se sentem refugiados, por problemas financeiros vivenciados no país de origem.

O perfil dos imigrantes venezuelanos inicialmente era de homens e mulheres em idade ativa, sinalizando um potencial busca de trabalho para contribuir no desenvolvimento econômico e social do país, bem como agregar valores de diversidade gastronômica e cultural (OLIVEIRA, 2019). No entanto, com a alta demanda e reflexos no cuidado em saúde, existiu um crescente número de mulheres imigrantes atravessando as fronteiras para o território brasileiro e se constituindo no mercado de trabalho acompanhadas de crianças e adolescentes. Apesar da contenção em razão da pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021 (CAVALCANTI; OLIVEIRA; SILVA, 2022).

Segundo o Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) entre a última década (2011-2020) houve o aumento da migração e do perfil dos imigrantes e refugiados que chegaram ao Brasil. O aumento do fluxo de entrada ocorreu ao norte do país, com a passagem de aproximadamente 1,3 milhões de imigrantes, somente no Rio Grande do Sul houve um aumento exponencial de imigrantes em busca de trabalho formal, de 3.612 em 2011 para 20.981 para 2021 (OBMigra, 2021).

Até dezembro de 2021, o Brasil recebeu cerca de 300 mil migrantes e refugiados venezuelanos (OIM, 2022) No ano de 2022 a população venezuelana teve maior número de pessoas solicitantes de reconhecimento para condição de refúgio, com 33.753 solicitações, correspondentes a 67% dos pedidos (OBMigra, 2022).

Para Bauman (2017) os meios de notícias que usam da “crise migratória” sinalizam um colapso no modo de vida que conhecemos e se busca, o que gera um “pânico moral” na opinião pública. Tal movimento social delibera negacionismo, aversão e preconceito à população que necessita de refúgio. Segundo CFESS (2017) as atitudes de preconceito fazem com que o refugiado ou imigrante se isolem e não busquem pelos órgãos competentes.

Os nichos de mercado que imigrantes venezuelanas e haitianas estão atuando no mercado formal estão ligados “auxiliar de escritório”, “operadora de caixa”, “atendente de loja e mercados”, “assistente administrativo” (TONHATI; MACEDO, 2020). A escolha do O aumento da população imigrante venezuelana no Sul como um projeto de realocação organizada desde 2018 pela Operação Acolhida foi uma resposta humanitária a chegada de pessoas refugiadas e migrantes venezuelanas, no intuito de oferecer novos meios de trabalho e de se reunir entre os seus em outros lugares do Brasil, cerca de 100 mil pessoas estão vivendo em outros estados do Brasil, conforme Ministério do Brasil de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (ACNUR, 2023).

2.7.3. A mulher venezuelana imigrante e o acesso à saúde da mulher

O processo de imigração por si só é um desafio aos imigrantes do gênero masculino, para o gênero feminino a vulnerabilidade torna-se maior. A Agência das Nações Unidas para Refugiados da Organização das Nações Unidas (ACNUR/ONU), aponta que as mulheres e crianças são vistas em situação de vulnerabilidade invisibilizadas que podem resultar em ocorrência de diferentes tipos de violência seja sexual, física e/ou psicológica. Desse modo, há um desafio em aprimorar e construir um suporte multidisciplinar, valorizando a vida dessas mulheres sobreviventes a situações de violência e construção da sua dignidade (COSTA, 2022).

Segundo um estudo realizado pelo viés das necessidades em saúde da mulher venezuelana imigrante, o documentário nomeado como Seguir Adiante (Salir Adelante), fruto de pesquisa internacional liderada pela Universidade de Southampton (Reino Unido) em parceria com a Universidade Federal do Maranhão (Brasil), Fundação Oswaldo Cruz (Brasil), Universidad de los Andes (Colômbia), FLACSO (El Salvador) e University of York (Reino

Unido). feita com 2012 migrantes venezuelanas entre 15 a 49 anos que chegaram ao Brasil entre 2018 e 2021 foram entrevistadas em Manaus (Amazonas) e Boa Vista (Rondônia).

A pesquisa aponta que saúde sexual e reprodutiva das imigrantes necessita ir além de aspectos ligados ao uso dos preservativos, das infecções sexualmente transmissíveis e pré-natal, mas demanda por informações acerca do planejamento familiar, prós e contras dos métodos contraceptivos. “Quase 53% saíram do país de origem por causa da fome, 37,8% em busca de acesso a serviços de saúde, 27,3% por sofrerem violência e insegurança e 23,2% em busca de trabalho” (FIOCRUZ BRASÍLIA, 2023).

Se tornar mulher por si só gera processos de transformação, de autoconhecimento, de enfrentamento e apresentação. No caso da mulher migrante, se dá a desconstrução das fronteiras nacionais e na busca de processo de reestruturação de si e da sua reconstrução da capital. Aqui, a migração compreende-se pela vontade pelos seus direitos, da sua qualidade de vida e de não ser oprimida (MOREIRA, 2018). Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2023), é dever do Estado garantir providências adequadas aos seus ciclos de vida ao alcance da igualdade de gênero, bem como reconhecimento das pessoas trans, incluindo acesso a seguridade social, liberdade de expressão, proteção contra violência, tortura e maus tratos.

Dentre as hostilidades e crimes cometidos às imigrantes a aversão, medo, desconfiança e rejeição de pessoas que vêm de fora é denominada como xenofobia. A população migrante venezuelana é diversa, contando com populações negras e indígenas, as mulheres desses grupos enfrentam mais a barreira da xenofobia e do racismo (ONU MULHERES, 2021a). No Brasil, a branquitude projeta o branco sobre o negro, com pactos narcísicos, em especial no que tange ao poder socioeconômico e intelectual (BENTO, 2022). Ser mulher, imigrante, venezuelana, negra, que em processo de aprendizado da língua portuguesa, são camadas densas de discriminações machistas, xenofóbicas e racistas que confrontam a branquitude.

A escassez na saúde na Venezuela propiciou uma falta de acesso ao acompanhamento pré-natal, desnutrição, e mortalidade, as gestantes cruzaram a fronteira para o Brasil por travessias perigosas (ONU Mulheres, 2022) Na acolhida ao Brasil, muitas mulheres imediatamente receberam atendimento pré-natal e puerperal. Nos aspectos de direitos reprodutivos e sexuais, pré-natal e puerpério são demandas que aproximam as mulheres imigrantes venezuelanas pela busca de cuidado em serviços de saúde brasileiro e que potencializam o contato com as ESFs. Por isso, o cuidado com essas mulheres deve ser rebuscado e oferecido as informações de direitos sexuais e reprodutivos do Brasil.

No Brasil, entre os cadernos da Atenção Básica, o número 26 é destinado a saúde sexual e reprodutiva, entre direitos sexuais são elencados os seguintes itens abaixo:

Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a). O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física; O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade; O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução; O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids; O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação; O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013, p. 16.).

No Brasil, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dentre os seus objetivos, um deles está ligado a estimulação, a implantação e a implementação da pretende da assistência em planejamento familiar, no âmbito da atenção integral à saúde para homens e mulheres, adultos e adolescentes, sendo os seguintes tópicos:

“ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade; Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; Ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; Estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica, prevê articular a garantia da saúde sexual e à saúde reprodutiva, que inclui insumos para a prevenção de DST/HIV/Aids, bem como incluir o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção. A educação em saúde, a prevenção de agravos e os vínculos familiares e comunitários são vias de apoio e manutenção dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013). Referente aos direitos reprodutivos encontram-se as seguintes pautas:

“O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, e o Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência” (BRASIL, 2013, p. 15).

A temática de acolhimento às mulheres imigrantes venezuelanas é um desafio no quesito cultural, de linguagem e dos processos de machismo e xenofobia existentes. A formação do SUS no Brasil, apesar de não excluir os imigrantes, apresenta deficiências para a oferta de uma atenção adequada (FERREIRA; DETONI, 2021).

2.8 METODOLOGIA

2.8.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem metodológica qualitativa do tipo pesquisa-intervenção com entrevistas semiestruturadas com mulheres venezuelanas imigrantes do território da ESF Santa Rita.

2.8.2 Local e período de realização

O município de Marau está localizado no norte do estado do Rio Grande do Sul, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o último dado coletado no ano de 2022 aponta cerca de 45.124 habitantes. (IBGE, 2022). Especificamente no território adscrito ESF Santa Rita, segundo o sistema G-MUS no dia 28 de novembro de 2023, haviam 3165 usuários, sendo que 1147 são famílias ativas e 246 inativas. Ao todo com integrantes ativos e inativos, o território conta com cerca de 5791 integrantes.

A respeito da população imigrante, em Marau, os usuários cadastrados no G-MUS, 160 imigrantes entre homens e mulheres residem no território Santa Rita, deste número, 48 mulheres apresentam de 18 a 49 anos.

Perceber este local de prática requer um olhar ativo e a compreensão de que este território apresenta condições de vida, de moradia, de trabalho. Sujeitos que amam, odeiam, festejam e adoecem. Assim, os profissionais devem conhecer as características destes territórios, entre outras, dado que influenciam diretamente a história de vida das pessoas e determinam formas de ser. Reconhecer o território, a partir da identificação dos recursos locais, das regras de convivência, às figuras de lideranças, das ameaças à saúde, dos equipamentos e das ações do poder público viabiliza um olhar realmente genuíno ao espaço.

O estudo será realizado, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa entre o período de março de 2024 a fevereiro de 2025 em uma ESF da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS denomina ESF Santa Rita com a análise dos dados, elaboração de artigo científico, submissão e socialização dos resultados junto com as venezuelanas imigrantes participantes e junto à equipe de Saúde da Família.

2.8.3 Sujeitos de pesquisa

A população-alvo a ser estudada nesse recorte compreende às mulheres imigrantes venezuelanas maiores de idade e em idade fértil que podem acessar a Atenção Básica em saúde para cuidados acerca da saúde sexual e reprodutiva. A partir deste número de participantes, escolhidas mulheres imigrantes venezuelanas que estejam nos critérios de inclusão do projeto para participarem de entrevistas semiestruturadas a fim de aprofundar as questões da pesquisa na perspectiva qualitativa. Pretende-se selecionar 10 mulheres imigrantes venezuelanas para a construção da pesquisa.

Entre os critérios de inclusão foram selecionados estão ser pacientes do sexo feminino, imigrantes de origem venezuelana, com idade fértil e maiores de idade, sendo a faixa etária de 18 a 49 anos e vinculadas ao território adscrito à ESF Santa Rita. Além disso, para efetividade da pesquisa e compreensão da pesquisadora, as participantes selecionadas necessitam ter uma compreensão básica da língua portuguesa.

Entre os critérios de exclusão estarão serem pacientes do sexo masculino, pacientes mulheres não imigrantes Venezuela ou de nacionalidade brasileira, menores de 18 anos e maiores que 49 anos, mulheres venezuelanas em período fértil que não estão vinculadas à ESF Santa Rita e que não possuem compreensão básica da língua portuguesa.

As participantes indicadas serão contactadas individualmente através de visita domiciliar pela pesquisadora e agente comunitária de saúde que apresentará a proposta de pesquisa e a possibilidade de participar desta pesquisa. Caso tenha algum participante que não aceite, serão convidadas outras mulheres com os requisitos de inclusão acima.

A pesquisadora se compromete a manter os dados coletados por um período de cinco (05) anos em um lugar seguro e privativo junto à ESF. Após este período, os dados, tanto físicos como digitais, serão destruídos.

2.8.4 Técnica de coleta de dados

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável conforme segue:

- 1) Será realizada uma busca ativa *online* no sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, o G-MUS - Gestão Municipal de Saúde, mediante *login* e senha da pesquisadora. Serão obtidos os dados das pacientes da ESF em estudo. Será gerado o relatório com a listagem das usuárias imigrantes venezuelanas que residem no território adscrito à ESF Santa Rita com

idade entre 18 a 49 anos, faixa etária que contempla mulheres maiores de idade e correspondentes à idade fértil pontuada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

- 2) O relatório será discutido em reunião com as 5 agentes comunitárias de saúde que atuam no território adscrito a fim de elencar as primeiras 5 mulheres imigrantes venezuelanas que compreendam a língua portuguesa, caso uma aceite, será solicitado indicações de outras mulheres que poderiam auxiliar na pesquisa.
- 3) Receberá uma visita domiciliar pela pesquisadora que apresentará a proposta de pesquisa e caso concorde, será agendada na ESF e/ou em Visita Domiciliar o momento para realização de entrevistas semiestruturadas que serão desenvolvidas pela pesquisadora a partir do instrumento (ANEXO)
- 4) Para a sequência da pesquisa e com o intuito de alcançar o número previsto de 10 entrevistadas, as 5 imigrantes venezuelanas entrevistadas serão convidadas a indicarem 2 participantes da semelhante origem e com os critérios de inclusão de idade elencados acima e será feito, para completar o N 10 (APENDICES A e B)
- 5) Elaboração da transcrição das entrevistas semiestruturadas, perfil sociodemográfico, análise do conteúdo e organização dos tópicos pontuados pelas imigrantes venezuelanas sobre o entendimento e dúvidas sobre a saúde da mulher no Brasil.
- 6) Os resultados da pesquisa serão devolvidos para a equipe (atividade de intervenção) e para a gestão através de relatório impresso. Para os participantes prevê-se a devolutiva através da técnica de grupo focal e restituição na ESF Santa Rita. Ambas as atividades coletivas presenciais poderão contar com convidados com formação e experiência profissional para auxiliar no compartilhamento de informações.

2.8.5 Método de análise dos dados

A pesquisa social questiona os processos de objetivação e amplia os conhecimentos que interpelam os processos históricos, sociais, filosóficos e espirituais que nos constituíram enquanto seres humanos sociáveis. A pesquisa é tateante, mas ao progredir, elabora critérios de

orientação cada vez mais precisos. O objeto das ciências sociais é histórico que determinam o espaço, as configurações nas relações sociais (MINAYO, 2002).

A entrevista como uma técnica na pesquisa qualitativa é o procedimento mais usual no trabalho de campo, por combinar perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2010). Uma das vantagens da entrevista com o viés qualitativo é o levantamento de informações com profundidade, por oferecer detalhes contextuais valiosos para explicar questões específicas (GASKELL, 2011). Através deste procedimento podem ser obtidos dados objetivos e subjetivos. Por tanto, a importância de ser uma entrevista semiestruturada, pelo fato de contemplar aspectos direcionados pelas perguntas estabelecidas e ampliar para o critério subjetivo, conforme o diálogo se amplie para experiências complementares com a temática e de valor no decorrer da discussão dos dados coletados (MINAYO, 2002)

A autora também ressalta a importância do ciclo da pesquisa que apresenta uma linguagem fundada em conceitos, teorias, métodos e técnicas. O processo começa na fase exploratória da pesquisa que visa interrogar sobre o objeto, os pressupostos e a metodologia apropriada para o trabalho de campo. Na sequência, o trabalho de campo refere-se a um recorte empírico da construção bibliográfica. Por último, o tratamento do material se subdivide em três esferas: ordenação, classificação e análise (MINAYO 2002).

A análise de conteúdo é composta por três fases: Pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase se organiza o material, define a unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias, se refere a uma leitura aprofundada e detalhada do que foi adquirido. Na segunda fase é o momento de aplicarmos as definições da fase anterior, sendo esta a mais longa. Na terceira fase, a nível qualitativo se desvenda conteúdos manifestados de forma subjetiva. Considerando os fenômenos sociais presentes (BARDIN, 2016).

A partir deste viés metodológico de pré análise, inicialmente a pesquisa apresenta uma contextualização atual referente ao processo migratório das mulheres venezuelanas para o Brasil, o acesso deste grupo à saúde pública em território brasileiro. Ao pré-analisar estes acontecimentos, as mulheres imigrantes venezuelanas são um público em situação de vulnerabilidade que necessitam do espaço de escuta, acolhimento e informações acerca dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Referente a análise de dados, a autora Minayo (2002) segue uma proposta hermenêutica-dialética, de situar os atores e grupos sociais estudados para uma melhor compreensão da conjuntura socioeconômica, histórica e política; a exploração do material da

proposta se dá em três esferas: a) ordenação dos dados: através do mapeamento dos dados obtidos; b) classificação dos dados: a construção de um questionamento e fundamentação teórica que organize os conteúdos adquiridos e c) análise final: momento de articular e responder as questões da pesquisa com base nos objetivos, dialogando entre o concreto e o abstrato, geral e particular, teoria e prática (MINAYO, 2002)

A ordenação dos dados ocorrerá através das entrevistas que serão gravadas e transcritas. O processo de seleção das mulheres imigrantes venezuelanas ocorrerá pelo método de amostragem bola de neve que se utiliza de uma rede de contatos. O tipo de abordagem é formada por uma amostra não probabilística, é utilizada para fins exploratórios, com basicamente três objetivos: testar a viabilidade de produção de um estudo mais amplo, desenvolver métodos a serem empregados em fases subsequentes ou todos os tudo, e o desejo de melhor compreensão de um tema (VINUTO, 2014).

Dentre as vantagens deste tipo de método de amostra incluem o custo, visto a não necessidade de utilizar-se de algum recurso como outros tipos de amostragem de grupos, propõe facilitar o aceite dos informantes a pesquisa, por serem indicados a alguém conhecido (DEWES, 2013).

Compreender a perspectiva de cuidado em saúde das mulheres venezuelanas e a ampliação do público através da indicação entre as pesquisadas, potencializa o trabalho e qualifica uma escuta pelo viés da diversidade. Assim, as informações e os dados relacionados às entrevistas corresponderão às categorias temáticas e analíticas relacionadas aos objetivos da pesquisa da análise de conteúdo.

Para a validação dos dados e devolutiva, escolheu-se duas formas: a técnica de Grupo Focal e restituição com as imigrantes venezuelanas e capacitação para trabalhadores a partir do turno de educação permanente. Com o intuito de gerar um encontro entre as pesquisadas com os temas que emergirem com dúvidas ao longo das entrevistas, o grupo focal pode ser um espaço privilegiado de discussões e de trocas de experiências conforme temática proposta, o formato incentiva o debate (TRAD, 2009). A restituição seria a validação do processo de pesquisa diretamente com as envolvidas (DEJOURS, 2004).

Além disso, a capacitação dos trabalhadores de saúde é um elemento para conhecer a realidade em saúde dos imigrantes, para contribuir no fornecimento de atendimentos às singularidades culturais dos sujeitos (BRANDT; AREOSA, RODRIGUES, 2022).

2.8.6 Aspectos Éticos

Este estudo está em observância à Resolução n°. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos, e atenderá aos seguintes aspectos éticos:

a) Ciência e concordância da instituição envolvida: este projeto de pesquisa será submetido à apreciação da Gestão Municipal de Marau, RS, através da Secretaria de Saúde, obtendo-se assim o termo de Ciência e Concordância (ANEXO A).

b) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS): o presente projeto de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Residência será submetido a Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Nesse processo, constará o Termo de Ciência e Concordância da Secretária Municipal de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo (ANEXO C) que deverá ser assinado por todos os participantes da pesquisa. A pesquisa somente será realizada após a apreciação e aprovação do CEP/UFFS.

c) Dos participantes: Cada usuária selecionada será convidada a participar, e caso aceite, será solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual deverá ser assinado pelo mesmo e pelo pesquisador responsável. A entrevista somente terá início após a assinatura deste termo (ANEXO B) e o mesmo poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa. A participação não é obrigatória, sendo possibilitada desistência e retirada do consentimento, sem qualquer penalização ou prejuízo no atendimento recebido na unidade de saúde. As informações presentes na pesquisa possuem garantia de sigilo e a identificação não será divulgada, já os resultados serão divulgados em artigo científico e em reunião específica com a equipe de saúde da ESF e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Os TCLEs e as entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) serão guardados em envelopes e permanecerão em total sigilo e anonimato sob responsabilidade da pesquisadora. O nome dos participantes não será mencionado sob nenhuma circunstância. Os arquivos serão mantidos em local privado às pesquisadoras na ESF e serão armazenados pelo prazo de cinco anos, sendo destruídos após o decorrer deste tempo. A coleta dos dados relativos aos Prontuários Eletrônicos se dará com base no Termo de Ciência e concordância da Secretaria de Saúde.

2.8.6.1 Riscos e benefícios

O instrumento de pesquisa foi construído de forma a não identificar as participantes da pesquisa, assim como utilizar todos os cuidados de forma a minimizar aos respondentes os possíveis riscos, sejam físicos, psicológicos ou de exposição social. Embora todos os cuidados sejam adotados, entende-se que mesmo mínimos, haja a possibilidades de riscos.

Nos procedimentos tomar-se-á cuidado para que o participante não seja identificado, nem diretamente e nem indiretamente. Para tanto, construiu-se um instrumento (questionário) que ratifica esse cuidado. Existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, o nome será substituído por número na ficha de transcrição de dados, assim como nas fichas de resposta da entrevista. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe, ainda, o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do questionário. Com o objetivo de minimizar este risco, reforçamos que a pesquisa não é obrigatória e que poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o questionário de forma reservada, visando garantir a privacidade do participante. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável encaminhará para serviço especializado, através de acolhimento psicológico oferecido pelos profissionais da ESF a fim de garantir que esses riscos serão minimizados (Caso algum risco se concretize, o participante poderá ter seus dados excluídos do estudo e a instituição envolvida será informada sobre o ocorrido.);

E possíveis benefícios como: a) aprofundamento dos conhecimentos relacionados a em saúde sexual e reprodutiva vinculados ao território. b) informações sobre o acesso aos meios contraceptivos oferecidos pelo SUS. c) inserção e mais proximidade das(os) trabalhadores da saúde do território. d) possibilidade de conhecer novas mulheres do mesmo país de origem Venezuela e a possibilidade do aumento da rede de apoio entre mulheres. Como benefícios diretos destacam-se a oportunidade da qualificação dos atendimentos à população imigrante, além da possibilidade das pesquisadas tornarem participantes ativas no seu processo de saúde/doença, a pesquisa pode influenciar o, aumento da procura por atendimentos na ESF voltados à saúde da mulher a ser desenvolvido a partir da realização deste estudo. Ainda, como benefício direto, destaca-se o potencial contato terapêutico entre o usuário e o pesquisador. É importante salientar que o pesquisador é um profissional da área da saúde e, no ato da coleta de dados, poderá lhe dar um retorno sobre o seu estado de saúde e sobre a importância do autocuidado. Os benefícios indiretos para o serviço de saúde será a organização

2.8.7 Orçamento

MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	TOTAL (R\$)
Cartucho de tinta preta para impressora a laser	01	250,00	250,00
Pasta simples, com elástico	02	3,00	6,00
Caneta esferográfica diversas	10	3,00	30,00
Folha de ofício	1	25,00	25,00
Tradução para o espanhol do Termo de Consentimento	1	100,00	100,00
Tradução questionário	1	100,00	100,00
Tradução entrevista semiestruturada	1	100,00	100,00

VALOR TOTAL R\$ 611,00

Os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

2.8.8. Cronograma de execução

ETAPAS Período de execução: janeiro 2024 a fevereiro de 2025	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24	Jul 24	Ago 24	Set 24	Out 24	Nov 24	Dez 24	Jan 24	Fev 24
Período de Apreciação do Comitê de Ética (CEP/UFS)	X	X	X											
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Pactuação com a gestão municipal de saúde	X	X												
Levantamento de dados através de Prontuários Eletrônicos			X	X										
Coleta, seleção e organização dos dados dos prontuários				X	X									
Contato e realização de entrevistas semiestruturadas com as mulheres imigrantes venezuelanas				X	X									
Análise dos dados (transcrição das entrevistas e análise dos discursos em categorias classificatórias)				X	X	X	X							
Produção e apresentação do relatório parcial do estudo						X	X	X	X					
Restituição com a população pesquisada e equipe de saúde								X	X	X				

Redação do artigo científico										X	X	X			
Revisão, redação final, entrega													X	X	X
Produção e entrega do relatório final do estudo													X	X	X
Defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)														X	X

A coleta de dados só iniciará após aprovação do CEP/UFFS.

REFERÊNCIAS

- ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **Uma em cada cinco refugiadas é vítima de violência sexual no mundo.** 2017. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2017/06/23/uma-em-cada-cinco-refugiadas-e-vitima-de-violencia-sexual-no-mundo/>. Acesso em: 05 nov. 2023.
- ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **Refugiado ou migrante? O ACNUR incentiva a usar o termo correto?** 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2015/10/01/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. 2023. **Após 5 anos, estratégia de interiorização no Brasil beneficia mais de 100 mil venezuelanos.** Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2023/04/04/apos-5-anos-estrategia-de-interiorizacao-no-brasil-beneficia-mais-de-100-mil-venezuelanos/#:~:text=Esse%20total%20representa%20quase%20um,venezuelanos%20que%20vivem%20no%20Brasil>. Acesso em: 20 out. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo, SP: Edições 70, 2016.
- BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. B. (org.). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.
- BRANDT G. B., AREOSA, S. V. C., RODRIGUES, K. P. Política pública para imigrantes: os desafios no acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) em Lajeado/RS. **Redes**, [S.l.], v. 27, n. 1. 2022. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/17462>. Acesso em 15 nov. 2023.
- BRASIL. **Lei 13.445, de 24 de maio de 2017.** Institui a lei de migração. Brasília, DF: Presidência da República, 24 de maio de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso em: 15 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família.** [2024?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 05 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>. Acesso em: 05 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em 26 out. 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 05 nov. 2023.
- CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Direitos das mulheres**. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoPublicacaoTematica/anexo/2_Cadernos_STF_Genero_Direito_das_Mulheres.pdf. Acesso em: 30 out. 2023
- CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anuar/Relato%CC%81rio_Anuar_-_Completo.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.
- COSTA, A. M. R. **A saúde de mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual no contexto mundial: uma análise da literatura**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55296>. Acesso em: 30 out. 2023.
- DEJOURS. C. A. A Metodologia em psicopatologia do trabalho *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. C. D. (org.). **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo, 2004.
- OLIVEIRA, A. T. R. de. A Migração venezuelana no Brasil: crise humanitária, desinformação e os aspectos normativos. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 219-244, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/24297>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- FERREIRA, D.G da S, DETONI P. P. Saúde e migrações no sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. e:310405, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6jbdHMM4DPGxjNBmXhjW3ms/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2023.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Marau**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/marau.html>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%EDticas%20de%20Sa%FAde%20-Princ%EDpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20DAnico%20de%20Sa%FAde.pdf?sequence=2>. Acesso em 03 nov. 2023.

MOREIRA, V. S. Migrações femininas e a nova lei de migrações. **Caderno de Gênero e Diversidade**, Bahia: Universidade Federal da Bahia. v. 04, n. 04, p. 50-97, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/28127/17488>. Acesso em: 03 nov. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONKEN, M.; ARJONA, F. B. S.; PEREIRA, E. de M. Território e territorialização de informações: apontamentos para produção de diagnósticos de condições de vida e situação de saúde. *In*: LIMA, A. L. da S.; VARGAS, A. L. B.; BUENO, L. B. (org.). **Cooperação social, territórios urbanos e saúde: diálogos e reflexões**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. cap. 6.

NETO, J. H., SIMÕES, A., A Inserção do Imigrante no Mercado de Trabalho Formal Brasileiro entre 2011 e 2021. *In*: CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual OBMigra 2022**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2022. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMigra_2022/RELAT%C3%93RIO_ANUAL/Resumo_Executivo_2022_-_Versa%CC%83o_completa_01.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

ONU MULHERES. **Guia para acolhimento de migrantes, refugiadas e refugiados**. 2022. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2023/05/guia_para_acolhimento_de_migrantes_refugiadas_refugiados.pdf. Acesso em: 28 out. 2023.

OIM BRASIL. **Integração de migrantes venezuelanos e haitianos beneficiários do Programa de Assistência Financeira da OIM no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/study-brief-integracao-de-migrantes-venezuelanos-e-haitianos.pdf>. Acesso em: 21 out. 2023.

RODRIGUES, K. P.; AREOSA, S. V.C. BRANDT, G. B. Política Pública de Acesso de Imigrantes aos Serviços de Rede de Atenção Primária à Saúde (APS). *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 10. 15-24 set. 2021, Santa Cruz do Sul. **Anais [...]**. Santa Cruz do Sul: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul., 2021. Disponível em:

<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/view/21260/1192613454>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SEIXAS, C. T. *et al.* **O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam.** Interface. Botucatu, 2019.

SILVA, G. J. da. Refúgio no Brasil: 25 anos da Lei 9747/1997. *In:* AVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, T. de; SILVA, B. G.(org.). **Relatório Anual OBMigra 2022.** Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2022.

SIMIONI, R. L.; VEDOVATO, L. R. A migração fronteiriça no Brasil: os desafios da nova Lei de Migração, vetos e regulamento. *In:* BAENINGER, R.; CANALES, A. (coord.). **Migrações fronteiriças.** Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018.

TONHATI, T.; MACEDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010- 2019). **Périplos: Revista de Pesquisa sobre Migrações**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 125-155, 2020.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/#>. Acesso: 02 nov. 2023.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 2 dez. 2023.

VAZ, A. C. A crise venezuelana como fator de instabilidade regional: perspectivas sobre seu transbordamento nos espaços fronteiriços. **Centro de Estudos Estratégicos do Exército**, Brasília, v.3, n.3, 2017. Disponível em: <http://www.ebrevistas.eb.mil.br/CEEEExAE/article/view/1171>. Acesso em: 19. nov. 2023.

CAPÍTULO III – RELATÓRIO DA PESQUISA

3.1 INTRODUÇÃO

Este relatório corresponde ao terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com Área de Concentração em Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo. O cenário de prática do Profissional da Saúde Residente é o município de Marau, no Rio Grande do Sul, nas Estratégias Saúde da Família (ESF) São José Operário e ESF Santa Rita.

O objetivo deste capítulo é descrever o percurso do projeto de pesquisa-intervenção, abrangendo desde a avaliação na qualificação, realizada por uma banca composta por docentes da universidade, a análise ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS, até sua execução prática. Adicionalmente, são abordadas as potencialidades e os desafios encontrados na coleta e organização dos dados, com o intuito de analisar o perfil sociodemográfico e interpretar as entrevistas semiestruturadas das mulheres imigrantes venezuelanas atendidas nas duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Marau.

Este capítulo visa também refletir sobre os processos metodológicos adotados, as dificuldades enfrentadas durante o trabalho de campo e as soluções encontradas para garantir a qualidade e a ética da pesquisa. A coleta de dados representou uma etapa fundamental do estudo, não apenas pela obtenção de informações qualitativas e quantitativas sobre a saúde das mulheres, mas também por possibilitar a construção de vínculos de confiança com as participantes, que estão inseridas em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e culturais. A abordagem adotada considerou as particularidades do contexto local, das condições de vida das mulheres migrantes e das dificuldades de acesso à saúde.

3.2 LOGÍSTICA E COLETA DE DADOS

A escolha por desenvolver um projeto guarda-chuva em parceria com a enfermeira Kyara Borgueti surgiu da convergência de interesses temáticos e do contexto compartilhado de atuação das residentes na Atenção Básica do município de Marau/RS. Ambas as pesquisadoras e residentes, inseridas nas Estratégias de Saúde da Família Santa Rita e São José Operário, observaram cotidianamente as demandas específicas da população imigrante, especialmente mulheres venezuelanas, que acessam os serviços de saúde. A proposta do projeto guarda-chuva possibilitou a integração de esforços metodológicos, teóricos e práticos, ampliando o alcance da pesquisa e fortalecendo a interdisciplinaridade do trabalho em saúde coletiva.

O projeto recebeu o nome “*Mulheres imigrantes na Atenção Básica em Saúde: uma análise sob a perspectiva da saúde da mulher*”, refletindo seu objetivo de compreender como essas mulheres vivenciam o cuidado em saúde nos serviços da Atenção Básica. A pesquisa foi estruturada a partir do recorte territorial das duas Estratégias de Saúde da Família do município de Marau/RS em que as residentes desenvolvem suas práticas: ESF Santa Rita e ESF São José Operário. A proposta metodológica previa a escuta de até 20 mulheres imigrantes no total, sendo 10 participantes em cada território. Essa divisão buscou garantir representatividade, respeitando as especificidades de cada território quanto à composição populacional, organização do serviço e vínculo com as usuárias.

Para assegurar a participação das mulheres imigrantes venezuelanas, foi necessário organizar uma logística atenta às especificidades de suas rotinas, considerando especialmente as longas jornadas de trabalho e as responsabilidades com o cuidado familiar. Dessa forma, optou-se pela busca ativa em conjunto com as Agentes Comunitárias de Saúde e pelo agendamento das entrevistas em horários flexíveis, adaptando-se à disponibilidade das participantes.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com 10 questões abertas e um questionário sociodemográfico. As entrevistas foram conduzidas individualmente, permitindo que as participantes compartilhassem livremente suas histórias de vida, desafios e percepções sobre o cuidado em saúde.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados consistiram em um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. O questionário teve como objetivo levantar informações básicas sobre o perfil das participantes, como idade, estado civil, número de filhos, religião, ocupação, escolaridade e hábitos de vida. Já a entrevista semiestruturada foi elaborada com base nos objetivos da pesquisa, contendo 10 perguntas abertas que abordaram temas como acesso à saúde, experiência migratória, percepção do cuidado recebido e desafios enfrentados.

Esses instrumentos foram previamente testados para garantir a clareza e a relevância das perguntas. As entrevistas foram realizadas de forma presencial, gravadas com o consentimento das participantes e, posteriormente, transcritas para análise. A abordagem qualitativa permitiu captar não apenas o conteúdo verbal das respostas, mas também as emoções e expressões das mulheres ao compartilharem suas vivências.

Além dos instrumentos formais, foi utilizado um diário de campo como ferramenta complementar. Nele, foram registradas impressões da pesquisadora, reações das participantes, interações com a equipe de saúde e reflexões sobre o processo de coleta. Essa triangulação de instrumentos enriqueceu a análise dos dados e conferiu maior profundidade à compreensão das experiências relatadas pelas mulheres imigrantes.

3.4 PERDAS E RECUSAS

Durante o processo de coleta de dados, foram previstas até 10 participantes, sendo concluídas 11 entrevistas com aplicação de questionário sociodemográfico. Ao longo dos convites, as perdas se deram, especificamente no período de visitas domiciliares, seja pelo horário, por indisponibilidade das mulheres em função de seus horários de trabalho, dificuldade de deslocamento ou responsabilidades com os filhos, que inviabilizaram o comparecimento à unidade de saúde mesmo com a busca ativa.

Não houve recusas formais. É importante destacar que, mesmo com o aceite prévio, algumas participantes que poderiam optar por não continuar a entrevista ao longo do processo, o que foi respeitado conforme os princípios éticos da pesquisa. A atuação das Agentes Comunitárias de Saúde foi fundamental para reduzir o número de perdas e recusas, pois elas facilitaram o contato inicial e ajudaram a transmitir confiança às mulheres imigrantes. Ainda assim, o contexto de vulnerabilidade e a rotina exaustiva dessas mulheres constituíram um desafio permanente para o engajamento na pesquisa.

3.5 PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

A organização dos dados iniciou-se com a transcrição fiel das entrevistas gravadas, preservando a integridade dos relatos. Cada entrevista foi identificada com um código alfanumérico para garantir o anonimato das participantes. Os questionários sociodemográficos foram digitados em planilhas eletrônicas, permitindo a análise descritiva das informações quantitativas. As transcrições receberam apoio de dois bolsistas, graduandos de medicina, que irão dar seguimento à temática em seus trabalhos de conclusão de curso.

Os dados qualitativos foram organizados com a categorização temática dos principais eixos emergentes das falas. Essa organização possibilitou identificar padrões de sentido, recorrências, contradições e singularidades nos discursos das participantes. Todo o banco de dados foi armazenado em ambiente seguro, com acesso restrito à pesquisadora e orientadoras. Foram adotadas medidas de proteção da confidencialidade e da privacidade das informações,

conforme exigido pelas normas éticas da pesquisa com seres humanos. A preparação cuidadosa do banco de dados garantiu uma base sólida para a posterior análise e interpretação dos resultados.

3.6 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

Entre as principais potencialidades do processo de coleta de dados, destaca-se o fortalecimento do vínculo entre a pesquisadora e as participantes. A abordagem humanizada, a escuta qualificada e o respeito às particularidades culturais das mulheres venezuelanas configuraram elementos centrais na construção de um espaço de acolhimento e confiança. Esse ambiente favoreceu o compartilhamento de narrativas de vida densas, muitas delas atravessadas por experiências de sofrimento, resiliência e deslocamento.

A presença constante da pesquisadora no território mostrou-se uma estratégia fundamental para a consolidação do projeto, promovendo maior aproximação com a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e visibilidade entre as usuárias. Destaca-se, ainda, a atuação das Agentes Comunitárias de Saúde como mediadoras essenciais no acesso às participantes, bem como na mediação cultural e na adequação da linguagem empregada durante as entrevistas, o que contribuiu para a condução ética e sensível da pesquisa.

Por outro lado, diversos desafios emergiram ao longo do processo. A sobrecarga laboral das mulheres imigrantes, associada à escassez de tempo livre e às múltiplas responsabilidades familiares, dificultou a organização e o agendamento das entrevistas. Além disso, o tema da saúde da mulher, em alguns casos, suscitou lembranças dolorosas ou evocou experiências negativas vividas em seus países de origem, exigindo da pesquisadora sensibilidade e preparo para lidar com reações emocionais intensas. A barreira linguística, embora sutil, impôs a necessidade de ajustes comunicacionais, considerando as nuances do espanhol venezuelano em contraste com o português.

Outro aspecto relevante observado foi a forma como as participantes responderam às perguntas sobre orientação sexual. Muitas reafirmavam espontaneamente sua atração por homens, o que sugere a presença de tabus socioculturais em torno do tema e evidencia possíveis influências de normas tradicionais de gênero e sexualidade na construção de suas identidades.

ANEXO - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ACLARADO

Estimada participante de la investigación,

Usted está siendo invitada a participar de una encuesta sobre el conocimiento y comprensión de las mujeres inmigrantes sobre la salud de la mujer recomendada por el Sistema Único de Salud. Esta investigación está asociada al Trabajo de conclusión de Residencia de las residentes Enfermera Kyara Borgheti y Psicóloga Stéfanni Vargas Silveira, de la Residencia Multiprofesional en Salud y orientada por la profesora Dra. Priscila Detoni, de la Universidad Federal de Fronteira Sul (UFFS) y coorientada por las preceptoras Eliana Paula Brentano y Ma. Fabiana Schneider de la Secretaría Municipal de Salud de Marau.

Este estudio tiene como objetivo general comprender el entendimiento de las mujeres inmigrantes sobre la salud de la mujer en la Atención Básica de Salud (ABS) en los territorios de dos Estrategias de Salud de la Familia en el municipio de Marau/RS. Los datos colectados serán a través de un cuestionario sociodemográfico y entrevista semiestructurada realizada en un local reservado, esto llevará alrededor de 40 minutos. La información será archivada, donde solamente las investigadoras podrán tener acceso y después de transcurrido 5 años de investigación, las mismas serán destruidas y eliminadas debidamente. Además, después de la recopilación de datos, las investigadoras responsables realizan el traslado de los datos recopilados a un dispositivo electrónico local, borrando todo y cualquier registro en una plataforma virtual, entorno compartido o "nube".

Se está de acuerdo en participar, las investigadoras tomaron todas las medidas necesarias para mantener sigilo, pero siempre existe la remota posibilidad de romper el sigilo algo involuntario y no intencional cuyas consecuencias serán tratadas por los términos de la ley. Los resultados de este trabajo podrán ser presentados en encuentros o revistas científicas y mostrarán apenas los resultados obtenidos en su conjunto, sin revelar su nombre ni ninguna información relacionada a su privacidad. Además, recibirán devolución sobre el estudio, si acaso lo desean, dejando su contacto para la entrega del material elaborado por las investigadoras.

Siéntase tranquila en dejar de participar en la encuesta en cualquier momento, sin tener cualquier perjuicio, así como de no responder a ninguna de las preguntas que se le hagan. Dos vías de este documento estarán sendo firmadas por usted e y las investigadoras responsables f.

Guarde su copia con cuidado, ya que es un documento que proporciona información de contacto importante y garantiza sus derechos como participante de la investigación.

La legislación brasileña no permite recibir cualquier recompensa financiera por su participación en esta investigación. Usted no tendrá ningún gasto con esta participación. Si por acaso ocurra algún gasto extraordinario asociado a la investigación, se le reembolsará conforme a la ley. Si acaso tuviera algún perjuicio material o inmaterial como consecuencia de la investigación, podrá solicitar una indemnización, de conformidad con la legislación vigente y ampliamente establecida.

Como beneficios directos a las participantes se destacan la oportunidad de calificación de los atendimientos a la población inmigrante, además de la posibilidad de que las investigadas se vuelvan participantes activas de su proceso de salud/enfermedad, además del potencial contacto terapéutico entre usuarias e profesionales investigadoras.

Dado que toda investigación ofrece riesgos y beneficios, es posible mencionar que el riesgo de esta investigación tiene relación con la posibilidad del sentimiento de incomodidad de las personas involucradas al responder las preguntas del cuestionario sociodemográfico o entrevista.

Como forma de reducir dichos riesgos, será disponibilizado un acompañamiento psicológico en los servicios de salud, a las participantes que por la casualidad se sientan emocionalmente afectadas después de participar de esta investigación. .

Se verifica que el beneficio manifestado tiene relación con la profundización de los conocimientos relacionados con la salud de las mujeres, bien como los servicios y cuidados ofrecidos en sus barrios próximos y la proximidad a los trabajadores de salud para la ampliación de la participación de la población en estos espacios.

Las investigadoras responsables se comprometen a conducir la inv 10/2016, que tratan de preceptos éticos y de protección de las participantes en la investigación. Si tiene alguna duda sobre los procedimientos o el proyecto, puede contactar a las investigadoras en cualquier momento a los teléfonos (54) 99661-4010 o (51) 99710-1462 o a los teléfonos (54) 3342-0827 y (54) 3342- 8531 (entre las 7:30 y las 17:00 horas con intervalo de 11:30 a las 13:00 horas), y correos electrónicos kyarasborgheti@gmail.com, con dirección Rua 21 de Maio n° 151, barrio São José Operário y psi.stefanni@gmail.com, con dirección Rua São Pedro n° 274, barrio Santa Rita, CEP 99150000, Marau- RS. También puede contactar al Comité de Ética en Investigación con Humanos de la UFFS por el teléfono (49) 2049-3745, o por correo electrónico a cep.uffs@uffs.edu.br o personalmente en la Universidad

Yo,, he leído este documento (o alguien de confianza lo leyó para mí.) y obtuve del investigador toda la información que consideré necesaria para sentirme tranquila y elegí por mi propia voluntad participar en la investigación.

Marau, de de 2024.

Firma del participante:

Kyara Borgheti - Enfermeira Residente
Email: xxxxxxxxxxxxxx@gmail.com
Telefone: (xx) xxxxx-xxxx

Stéfanni Vargas Silveira - Psicóloga e Residente
Email: xxxxxx@gmail.com
Telefone: (xx) xxxxx-xxxx

Eliana Paula Brentano
Enfermeira e Coorientadora
Email: xxxxxxxxx@yahoo.com.br
Telefone: (xx) xxxxx-xxxx

Fabiana Schneider
Psicóloga e Coorientadora
Email: xxxxxxxxx@hotmail.com
Telefone: (xx) xxxxx-xxxx

Priscila Pavan Detoni – Pesquisadora Responsável
Email: ppavandetoni@gmail.com
Telefone: (xx) xxxxx-xxxx

APENDICE A - Questionário Sociodemográfico

Cuestionario sociodemográfico - Encuesta a mujeres en salud	
1. Código	2. Edad
3. Sexualidad () Heterosexual () Homosexual () Bisexual () Pansexual () Asexual	
4. Raza/color autodeclarado: () Indígena () Negro () Marrón () Blanco	
5. Estado Civil: () Soltera () Casada () Divorciada () Viuda	6. Número de hijos o sin hijos y tipo de nacimiento
7. Ingreso Familiar (Considere la suma de todos los salarios de sus familiares. SM = Salario Mínimo Nacional 2024): () Hasta 1 salario mínimo o hasta R\$ 1.412,00 () De 1,0 a 2,0 salarios mínimos o de R\$ 1.413,00 a R\$ 2.824,00. () De 2,0 a 3,0 salarios mínimos o de R\$ 2.825,00 a R\$ 4.246,00. () De 3,0 a 4,0 salarios mínimos o de R\$ 4.247,00 a R\$ 5.648,00. () De 4,0 a 5,0 salarios mínimos o de R\$ 5.649,00 a R\$ 7.060,00 () Más de 5,0 salarios mínimos o más de R\$ 7.061,00	
8. Espiritualidad/Religión:	
9. Educación:	
10. Vivienda: () casa () town house o condominio () apartamento () alojamiento en una pensión o en un conventillo	
11. Cuántas personas viven contigo?	
12. ¿Tiene familiares que viven con usted? () Sí, ¿cuántos? () No.	

13. Cuál es su rol ocupacional? () Formal – Documento firmado () Informal () Deberes de limpieza	
14. Duración de la experiencia profesional:	
15. Tiempo de trabajo:	16. Tipo de trabajo:
17. Lugar de trabajo:	
18. ¿Ha recibido algún diagnóstico? ¿Usas algún medicamento?	
19. ¿Consumes habitualmente alguna sustancia como tabaco o alcohol? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?	
20. ¿Realizas actividades físicas? ¿Cual? ¿Con que frecuencia?	

APÊNDICE B - Entrevistas Semiestructuradas

Guía de entrevistas semiestructuradas - Investigación con mujeres en FSE

1. ¿Cuáles son las razones por las que emigró al sur de Brasil?
2. ¿Cómo era el servicio de salud en su país de origen o donde residía anteriormente?
3. ¿Realiza o ha realizado seguimiento de salud? ¿Cuánto tiempo?
4. ¿Qué sabes sobre la Salud de la Mujer en Atención Primaria?
5. ¿Qué servicios ha utilizado en Atención Primaria?
 - 5.1. ¿Exámenes - (pruebas rápidas, citopatología, mamografías)?
 - 5.2. ¿Vacunas?
 - 5.3. ¿Medicamentos?
 - 5.4. ¿Grupos?
 - 5.5. ¿Atenciones?
6. ¿Utiliza algún método anticonceptivo? ¿Cómo elegiste este método?
7. ¿Tiene alguna queja ginecológica?
8. ¿Cirugías previas?
9. ¿Cuándo fue tu relación sexual?
10. ¿Cuándo fue tu menarquia?
11. En su opinión, ¿qué podría mejorar la salud de la mujer en Atención Primaria de Salud?

CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO

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

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

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

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

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

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

Introdução

Nos caminhos incertos da mobilidade humana, a esperança se torna palavra guia nos passos dos que buscam refúgio. São vozes silenciadas pela dor, mas também pela promessa de um amanhã quando a terra será mais generosa e acolhedora. Carrega-se na bagagem o peso das memórias e da angústia de reconstruir, enquanto o horizonte se desenha impreciso e distante. Durante a trajetória de migração, as demandas de saúde acompanham os sujeitos em todas as etapas, nos cuidados emergenciais ou na busca por melhores condições de vida. A mobilidade humana passou a ser uma realidade discutida nas políticas sanitárias e tornou relevante a adoção de políticas públicas para o cuidado integral à saúde dos imigrantes (Granada & Detoni, 2017;

Aragão et al., 2023). No Brasil, a assistência em saúde pública, fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é reforçada pela nova Lei da Migração, por intermédio dos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, nos diferentes níveis de complexidade assistenciais (Brasil, 2017)¹.

O SUS constitui um dos sistemas de saúde pública mais complexos do mundo e assegura acesso universal e gratuito aos usuários, por meio de uma atenção integral à saúde (Brasil, 2023). Seu foco é a promoção da qualidade de vida, a prevenção e a promoção da saúde, o que inclui também a garantia de atenção à população migrante. A Atenção Básica à Saúde (ABS) é considerada a porta de entrada ao sistema e foi desenvolvida para estar próxima da vida das pessoas. Assim, é necessário que seus princípios estejam alinhados à continuidade do cuidado, à responsabilização, humanização e participação social, ao vínculo e à equidade (Brasil, 2017).

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

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

Na Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela (R4V), o Brasil está como o terceiro país da América Latina e Caribe a receber refugiados e

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

migrantes (OIM, 2024; R4V, 2024). Em crises humanitárias, mulheres e meninas são mais prejudicadas, pois algumas das suas necessidades específicas, muitas vezes, tornam-se inviabilizadas pela falta de escuta e compreensão. Segundo a Organização das Nações Unidas Mulheres (ONU Mulheres, 2021), o processo de feminização das migrações, seja pelas necessidades pessoais ou coletivas, seja pelas necessidades de filhos ou familiares, torna-se um risco à população migrante feminina e pode gerar maior exposição às violências.

Devido à saturação populacional na região Norte do Brasil, a região Sul acolheu pessoas que migraram com a perspectiva de trabalho na agroindústria, o que resultou em um aumento significativo do número de famílias atendidas pelo SUS nessa região. A macrorregião Norte do Rio Grande do Sul (RS), na perspectiva geográfica das macrorregiões de saúde do SUS, ocupa a segunda posição no ranking de concentração de migrantes internacionais registrada em cadastros vinculados, e fica atrás apenas da macrorregião Metropolitana (39,2%), que abrange a capital do Estado (Sistema de Registro Nacional Migratório [SISMIGRA], 2024). Esse cenário reflete dinâmicas estruturais, como crises migratórias e desigualdades socioeconômicas, que impactam diretamente os sistemas locais de saúde e que trazem desafios para a formulação de políticas públicas inclusivas e eficientes. No âmbito operacional, essas questões se manifestam nas realidades vivenciadas pelas equipes de saúde nos territórios, que precisam lidar com demandas crescentes e diversificadas de cuidado.

A principal porta de entrada e centro de comunicação com as demais redes do SUS é a ABS através da ESF que oferta serviços multidisciplinares (Aragão et al., 2023). Dentre suas responsabilidades, a ESF deve ser espaço de orientação para as famílias e no cuidado integral e longitudinal que considera especificidades culturais e sociais. A saúde das mulheres na ABS é fundamental por englobar ações preventivas e de cuidado integral, e por atender suas necessidades em diferentes fases da vida. Esse nível de atenção, como destaca a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, promove a aproximação das mulheres aos serviços essenciais, como ao pré-natal, ao planejamento familiar e à prevenção de cânceres (Brasil, 2011).

Para a pesquisa que será discutida neste artigo, estudou-se uma ESF de um município de médio porte² que apresenta, entre os cadastros ativos, aproximadamente 4,45% de pessoas com nacionalidade venezuelana, sendo 49,03% do sexo feminino. O território vinculado à ESF estudada possui a maior população venezuelana adscrita. Em vivências em rede foram percebidos desafios no manejo de casos envolvendo a população venezuelana, evidenciadas

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

lacunas significativas no entendimento de aspectos culturais dessa população e fragilidades nas práticas de saúde voltadas para as mulheres. Essa inter-relação entre os âmbitos estruturais e operacionais destaca a necessidade de articular ações de saúde que integrem contextos amplos com intervenções específicas e culturalmente sensíveis no nível local.

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

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

Ponto de partida: a pesquisa-intervenção

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

Assim, a pesquisa-intervenção, aliada à promoção em saúde, possibilita construções coletivas de reflexões e transformações. A partir de Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), busca-se oferecer um espaço para a autonomia dos indivíduos e para a valorização da participação ativa. Essa oferta exige, do ponto de vista metodológico, não apenas investigar, mas também agir de maneira colaborativa e transformativa no território. Ao focar em processos de mudança, a pesquisa deve priorizar a construção de significados e a valorização das experiências

individuais e coletivas, adotando uma perspectiva crítica que favoreça a subjetividade e a reinterpretação das vivências dos participantes. Nesse sentido, esta pesquisa se fundamenta na necessidade de compreender o processo de migração e as percepções, as percepções das mulheres imigrantes venezuelanas a respeito da Política de Saúde da Mulher no Brasil, por meio da escuta ativa, da sensibilidade por suas histórias de vida e da reflexão sobre novas abordagens no cuidado à saúde, mais adequadas às suas realidades e necessidades.

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

A coleta de dados foi realizada nas seguintes etapas: 1) Busca ativa de dados das usuárias no sistema de prontuários integrados das ESF do município, utilizando login e senha da pesquisadora referência na ESF. A busca, realizada em maio de 2024, gerou um relatório com uma listagem de cerca de 42 usuárias, que permitiu identificar necessidades socioeconômicas e de saúde dessa população, bem como aproximar novas ações na ABS (Brasil, 2023); 2) Discussão do relatório em reunião com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do território, a fim de identificar mulheres venezuelanas moradoras de microáreas e as primeiras impressões das profissionais sobre a pesquisa; e, 3) Agendamento e realização de visitas domiciliares. Caso as mulheres concordassem em participar do estudo, via TCLE (redigido nas línguas portuguesa e espanhola e assegurando a voluntariedade e o sigilo das participantes). 4) Amostragem conhecida como “bola de neve”³. Para alcançar o total de 10 entrevistadas, as primeiras 5 mulheres foram convidadas a indicarem mais uma mulher venezuelana que atendessem aos critérios de inclusão; 5) As entrevistas foram agendadas para a aplicação do questionário sociodemográfico e das entrevistas semiestruturadas. O questionário, baseado nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁴, abordou idade, sexualidade, raça/cor autodeclarada, estado civil, renda familiar, espiritualidade/religião, escolaridade, moradia, contexto familiar, ocupação, atividade física e uso de álcool e drogas. A aplicação ocorreu em salas

³A estratégia de indicação, conhecida como amostragem por bola de neve e não probabilística, é utilizada para fins exploratórios, com três objetivos principais: testar a viabilidade de um estudo mais amplo, desenvolver métodos para etapas subsequentes ou aprofundar a compreensão de um tema (Vinuto, 2014).

⁴Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) “os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

multiprofissionais da ESF. As entrevistas semiestruturadas possibilitaram uma análise aprofundada dos processos migratórios e das percepções sobre a Saúde da Mulher (Creswell & Poth, 2018; Flick, 2020). Foram conduzidas em espanhol, português ou ambos, conforme a preferência das participantes. Todo o material foi gravado, transcrito e traduzido do espanhol.⁵

6) Durante todas as etapas da pesquisa, foram realizadas anotações em diário de campo, meio que consiste em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões fundamentais para traçar os rumos da pesquisa-intervenção. A escrita dessas experiências pode gerar reflexões que desencadeiam novos afetos, os quais, por sua vez, provocam novas análises (Kroef, Gavillon & Ramm, 2020); e, 7) Devolutiva na forma de intervenção e atividade da Educação Permanente (EP) com as ACS, e na forma de Educação Popular em Saúde para as mulheres imigrantes participantes.

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

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

Esta pesquisa constituiu-se como o primeiro estudo acadêmico relacionado às mulheres imigrantes venezuelanas no território investigado, com o objetivo de compreender suas vivências no acesso aos serviços de saúde no Sul do Brasil, com ênfase na Saúde da Mulher na ABS. Para tanto, as entrevistas semiestruturadas tiveram duração estimada de 40 minutos por participante. As questões da entrevista abordaram os fatores determinantes da migração, e a comparação com os serviços de saúde do país de origem das entrevistadas e as suas vivências no acompanhamento em saúde e demais áreas no Brasil. Ademais, investigou-se os seus conhecimentos sobre Saúde da Mulher e utilização de serviços, como exames, vacinas,

⁵Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) “os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

medicamentos e atendimentos. Também foram explorados aspectos da saúde reprodutiva, incluindo o uso de métodos contraceptivos e breve histórico clínico. Por fim, a entrevista buscou identificar, a partir da perspectiva das participantes, possíveis aprimoramentos na assistência à Saúde da Mulher na ABS.

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

Tabela 1. Participantes da pesquisa

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

* Renda familiar em salários mínimos.

** TS: Técnico Superior; ES: Ensino Superior; EM: Ensino Médio; Pós: Pós-Graduação; I: Incompleto.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

A partir do mapeamento das informações obtidas nos questionários sociodemográficos e apresentadas na tabela acima, pode-se afirmar que a média de idade das dez mulheres imigrantes venezuelanas entrevistadas pela pesquisa foi de 34,5 anos, e que a maioria se autodeclara parda e de religiões cristãs. Todas as participantes se declararam cisgênero e heterossexuais. A respeito do estado civil, a maioria se apresenta como solteira; contudo, seis delas residem com companheiros e filhos, o que revela uma dinâmica familiar distinta da categoria legalmente registrada.

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

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

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

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

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

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

A permanência de migrantes venezuelanos em situação de rua está ligada à proximidade com os centros urbanos, onde encontram mais oportunidades de renda. Baeninger e Silva (2018) destacam que abrigos e centros de apoio estão concentrados nas periferias das cidades, o que dificulta o acesso a serviços e empregos. Essa realidade pode ser associada às ideias de Fassin (2007) que discute as migrações como "A saúde dos imigrantes e as patologias de importação e exportação". Para o autor, os países receptores lidam com os impactos sociais e econômicos das crises de países de origem, criando situações de marginalização e exclusão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Segundo OIM (2024) a integração social e o acesso ao mercado de trabalho formal permanecem como desafios no Equador e no Peru. No Sul do Brasil, algumas regiões de fronteira adotam políticas como a regularização temporária para facilitar a permanência dos imigrantes. No entanto, Vasconcelos (2021) destaca a autonomia limitada dos venezuelanos devido a entraves ao acolhimento. Sua pesquisa mostra que mulheres venezuelanas, antes professoras e técnicas de enfermagem, ocupam subempregos como faxineiras e atendentes,

reflexo das dificuldades na validação de diplomas e da inserção no mercado formal que limita sua autonomia (Silva & Bispo, 2021).

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

As percepções sobre Saúde da Mulher na Venezuela e no Sul do Brasil

Antes da crise socioeconômica na Venezuela, os modelos de saúde na Atenção Básica eram semelhantes aos do Brasil e bem integrados. A Missão Barrio Adentro (MBA), inspirada no sistema cubano, assemelha-se à ESF no Brasil. Ambos priorizam a atuação das equipes na comunidade, a identificação de riscos, o atendimento das necessidades locais e a realização da vigilância em saúde com participação comunitária no seu planejamento e execução. A MBA e a ABS no Brasil compartilham abordagens preventivas, focadas na saúde materna, pré-natal, parto, prevenção de complicações, rastreamento precoce de cânceres e educação sobre planejamento familiar. A diferença é que a MBA é centralizada e financiada pela exploração petrolífera, enquanto a ESF é descentralizada e financiada por recursos públicos com a participação comunitária formalizada por Conselhos de Saúde e equipes da família.

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

As falas das entrevistadas revelam a deterioração do sistema de saúde na Venezuela nos últimos quinze anos. A venezuelana nomeada na pesquisa como Flor de Bora mencionou que precisou recorrer ao atendimento particular devido às falhas do sistema público durante a gravidez de sua filha. Flor de Araguaney destacou que, antes, o sistema de saúde venezuelano era bom com seguros hospitalares, mas agora é precário, exigindo que os familiares comprem equipamentos médicos. Flor de Cardón complementa dizendo que a qualidade de vida e a saúde

eram boas antes da ascensão do presidente Nicolás Maduro, quando a situação piorou. Essas falas mostram o impacto negativo das mudanças políticas na saúde.

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

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

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

As participantes relataram dificuldades na compra de alimentos e medicações na Venezuela, o que frequentemente as fazia recorrerem a remédios naturais e fitoterápicos. Vasconcelos (2021) aponta que a relação entre renda e alimentação, na Venezuela, piorou ao longo dos anos com uma queda significativa no poder de compra. Em 2017, o salário mínimo permitia a aquisição de menos alimentos do que em 2012, e afetava a diversidade e a qualidade da alimentação. Como Flor de Passiflora relatou: "Quando a gente ficava doente não dava pra fazer nada. Não tínhamos nem o que comer". Já Flor de Bucare destacou: "Na Venezuela, a

única opção era o remédio caseiro, a menos que fosse algo grave”. Essas falas evidenciam as suas estratégias para lidar com a escassez de recursos e a dependência de alternativas caseiras para manter a saúde.

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

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

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

As ACS desempenham a função de identificar e intervir em situações-problema que impactam a qualidade de vida das famílias, como questões relacionadas ao saneamento básico, às condições precárias de moradia, de exclusão social, de desemprego, de violência intrafamiliar, além de acidentes e outros (Brasil, 2009). As ACS também desempenham um papel crucial no cuidado de populações migrantes atuando como mediadoras entre essas comunidades e o sistema de saúde. Por isso, parte da equipe precisa realizar investimentos nessa temática em EP para fazer a interlocução entre as demandas do território, como a recente moradia de famílias venezuelanas e os serviços de saúde disponíveis no município, a vigilância sanitária, o acompanhamento materno-infantil, a prevenção e a promoção de saúde.

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

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

Menos barreiras, mais conexões: desafios para melhor acolher

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

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

Rodrigues (2022) aborda a influência dos contextos individual e institucional na demanda por serviços de saúde no SUS, que se alteram conforme as necessidades pessoais, os recursos disponíveis e a interpretação das equipes de saúde. No diário de campo, foram registradas queixas sobre a dificuldade de agendar consultas de Saúde da Mulher, como relatado por uma

participante: "Às vezes, meus filhos estão doentes e não consigo marcar consulta, ligo e sempre dá ocupado". Apesar de terem a mesma nacionalidade, mulheres venezuelanas enfrentam obstáculos no agendamento aos serviços de saúde, sendo necessária a inclusão de uma Discagem Direta à Distância (DDD) distinta para cada uma. No município pesquisado, os atendimentos médicos e odontológicos são agendados por telefone, com número gratuito, a partir das 6 horas da manhã, de segunda a sexta-feira, garantindo cerca de dez atendimentos por médico para cada ESF. No entanto, persiste a dificuldade de agendamento devido ao DDD de outras regiões ou países. Alguns imigrantes venezuelanos ainda utilizam o código de área internacional ou de estados brasileiros como Roraima e São Paulo.

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

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

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

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

influenciar os valores, a moralidade e a visão de mundo dessas mulheres, aspectos que frequentemente estão ligados à identidade cultural e social de um povo.

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

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

Passos lentos, traços firmes da pesquisa intervenção: a Jornada da Educação Permanente e Popular em Saúde

No diário de campo, constatou-se que, nas reuniões da equipe de Saúde da Família, as pautas sobre mulheres venezuelanas estavam especialmente relacionadas à sua ausência nas consultas agendadas, particularmente em Saúde da Mulher, pré-natal e puerpério. Além disso, intensificaram-se os questionamentos sobre a realidade vivenciada em seus países de origem, acompanhados de manifestações de culpabilização e discursos dicotômicos sobre a migração recente, como “nós” para brasileiros e “elas” para imigrantes. O cuidado à população migrante demanda investimentos significativos, uma vez que envolve a gestão de mudanças interculturais. Informações essenciais, que são amplamente conhecidas pela população brasileira, podem ser desconhecidas ou completamente novas para os imigrantes, exigindo, portanto, estratégias específicas de comunicação e adaptação para garantir a compreensão adequada sobre os serviços.

Além disso, a expressão “nós” e “elas” utiliza de uma segregação discursiva e de uma generalização das imigrantes que desvela xenofobia. Assim, como Martin (2018) expressa, estar de acordo com os documentos, ter o cartão SUS e o direito ao atendimento, não garante por si só um cuidado adequado aos imigrantes. Ademais, diferenças internas entre imigrantes e refugiados de uma mesma nacionalidade são reduzidas a aspectos externos, como língua, sotaque, vestimentas e costumes, que pouco refletem suas visões de falta de garantia de direitos humanos básicos, de alimentação, de moradia, de saúde.

Na intervenção com as ACS, por meio de um processo de EP, utilizou-se mapas e relatos das mulheres imigrantes sobre suas trajetórias até o Sul do Brasil. Essa abordagem não só ilustrou as vivências dessas mulheres, mas também estimulou uma reflexão sobre os desafios enfrentados durante a migração. A atividade de sensibilização teve como objetivo aumentar a conscientização sobre os traumas vividos, utilizar falas anônimas para promover empatia e solidariedade, e criar um ambiente de apoio mútuo entre as participantes. Esse processo ajudou a prevenir a dupla penalização das migrantes, que frequentemente são vistas tanto como vetores quanto receptoras de doenças (Fassin, 2007). Dessa forma, infere-se que os desafios para as equipes do SUS envolvem a inclusão da diversidade cultural e o fortalecimento da cidadania social no cuidado à saúde das mulheres migrantes.

Outros aspectos abordados e devolvidos às ACS foram a remigração das mulheres imigrantes, com foco no Brasil, Equador e Peru, a escassez dos insumos em saúde na Venezuela, as dificuldades no processo de remoção do Implanon no SUS, e a ausência de participação das entrevistadas nos grupos em andamento da ESF. Relatos emocionais intensos expuseram os traumas e desafios enfrentados pelas mulheres durante a migração, proporcionando uma reflexão coletiva sobre suas condições de saúde.

A EP é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e funciona como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento das competências dos profissionais (Farah, 2006). Desde a década de 1980, tem-se promovido a EP como um modelo de educação para adultos, com foco no desenvolvimento de habilidades, na ampliação de conhecimentos e na transformação das práticas nos serviços de saúde. A EP visa à reflexão crítica e à mudança das práticas cotidianas, integrando as experiências de trabalho, família e sociedade em um processo contínuo de aprendizagem (Brasil, 2007).

Este estudo foi desenvolvido com base nos princípios da Educação Popular em Saúde, visando promover autonomia e participação social por meio de uma abordagem dialógica entre a prática e a ética. Esse momento de devolutiva também ressaltou a importância da participação ativa das mulheres imigrantes no controle social para fortalecer a composição e eficácia do SUS.

Além da EP e da Educação Popular em Saúde, o Programa Saúde na Escola, viabilizado pelo SUS, destaca-se como um instrumento essencial na construção de conhecimentos e sentidos em saúde. Esse programa propicia um ambiente seguro para discutir temas como gravidez na adolescência, consentimento e violência sexual, promove a inclusão e o respeito às diversidades de gênero e orientação sexual, e fortalece a autonomia dos jovens (Brasil, 2007).

Em conjunto, essas três abordagens abrangem diferentes núcleos – desde as equipes de saúde até a população em geral, bem como adolescentes e crianças – fornecendo informações e estratégias integradas para a promoção da saúde.

Conclusão/Considerações finais

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

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

A partir da restituição das entrevistas via EP com as ACS e Educação Popular com as imigrantes pesquisadas, foi possível identificar a necessidade de promover espaços de acolhimento e apoio, proporcionar informações sobre métodos contraceptivos e direitos na utilização de todos serviços do SUS, oferecer um ambiente seguro para o compartilhamento de experiências e o fortalecimento de vínculos, e combater xenofobias, discriminações de gênero, raça, classe e religião.

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

A criação de espaços de integração entre mulheres e crianças venezuelanas nos serviços de saúde surge como uma proposta para dar continuidade a esta pesquisa-intervenção, e considera a complexidade das experiências dessa população de imigrantes. Esses espaços podem facilitar o acolhimento, promover o cuidado integral, fortalecer o vínculo com os serviços de saúde e

atender às necessidades específicas. Essa abordagem contribui para superar barreiras no cuidado integral e equitativo, e favorece uma integração mais eficaz no sistema de saúde brasileiro. Também é necessário que os trabalhadores da saúde reconheçam e superem seus preconceitos, rompam com visões estigmatizadas, principalmente as de reprodução da xenofobia e do racismo, garantam um atendimento mais inclusivo e respeitoso, e promovam o bem-estar e a saúde das mulheres imigrantes. Assim, é imprescindível que o SUS, ao acolher as mulheres imigrantes venezuelanas, promova um atendimento que vá além da assistência básica e reconheça suas singularidades e vulnerabilidades.

Referências

- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. (2023). *Após 5 anos, estratégia de interiorização no Brasil beneficia mais de 100 mil venezuelanos*. Recuperado de <https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/apos-5-anos-estrategia-de-interiorizacao-no-brasil-beneficia-mais-de#:~:text=Uma%20pesquisa%20realizada%20em%202021,ou%20iniciaram%20seus%20pr%C3%B3prios%20neg%C3%B3cios>
- Aragão et al. (2023). Demandas e utilização de serviços de saúde entre imigrantes de uma região metropolitana do nordeste do Brasil. *Escola Anna Nery*, 27(e20220068), 1-9. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/zsqkVmyMw6h665CjSWwWnqz>
- Baeninger, R., & Silva, J. C. J. (2018). *Migrações venezuelanas: desafios e perspectivas para a América Latina*. Fundo de População das Nações Unidas. Recuperado de <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/livro-migra%C3%A7%C3%B5es-venezuelanas>
- Bertoldo, J. (2018). Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de políticas e direitos. *Revista Katálysis*, Florianópolis/SC, 21(2), 313-323. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p313>
- Boyd, & Nowak. (2012). Migration networks and migration in chain. In J. Rath (Ed.). *An introduction to international migration studies* (pp. 123-145). Amsterdam University Press. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctt6wp6qz.7>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (2021). *Implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®) para prevenção de gravidez indesejada em mulheres entre 18 e 49 anos no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF. Recuperado de https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210511_relatorio_599_implanon_prevencao_gravidez.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde & Secretaria Executiva. (2023). Capítulo 11: Busca ativa. In *e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2*. [recurso eletrônico]. Brasília, DF. Recuperado de https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_11_busca_ativa/
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. (2007). *Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade*. Brasília, DF:

- Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Manual do Agente Comunitário de Saúde*. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. (2013). *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
- Brasil. (2017). *Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017*. Dispõe sobre os direitos e deveres do migrante e do visitante [...]. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência, Família e Combate à Fome. (2020). *Operação Acolhida*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência, Família e Combate à Fome. Recuperado de <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/operacao-acolhida>
- Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (2021). *Implanon®: Relatório de análise para a recomendação de inclusão no SUS (Relatório nº. 599)*. Brasília, DF: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Recuperado de https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20210511_relatorio_599_implanon_prevencao_gravidez.pdf
- Briceño, B., & Morillo, G. (2006). Catálogo de las plantas con flores de los Páramos de Venezuela: Parte II. Monocotiledóneas (Liliopsida). *Acta Botánica Venezuelica*, 29(1), 89-134. Recuperado de http://homolog-ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0084-59062006000100006&lng=es&tlng=es.
- Bussa, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1), 77-93. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design choosing among five approaches* (4ª ed.). SAGE Publications.
- Cunha, M. S., Rosa, A. M. P., & Vasconcelos, M. R. (2022). Evidências e fatores associados ao fenômeno de adiamento da maternidade no Brasil. *Revista Brasileira De Estudos De População*, 39, e0187. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0187>
- Farah, P. D. (2017). Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. *Revista USP*, 114, 11-30. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i114p11-30>
- Fassin, D. (2008). Políticas da Vítima. *Public Culture*, 20(3), 363-367. Recuperado de <https://read.dukeupress.edu/public-culture/issue/20/3>
- Fassin, D. (2007). A saúde dos imigrantes e as patologias de importação e exportação. In Fassin, D. *Políticas da diversidade: Direitos humanos e dignidade* (pp. 123-145). São Paulo: Editora Unesp.
- Ferreira, D. G. S., & Detoni, P. P. (2021). Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4), e310405. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310405>
- Flick, U. (2020). *An introduction to qualitative research* (6ª ed.). SAGE Publications.
- Granada, D., & Detoni, P. P. (2017). Corpos fora do lugar: Saúde e migração no caso de haitianos no Sul do Brasil. *Temáticas*, 25(49), 115–138. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v25i49/50.11131>
- Kroef, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 464-480. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>

- Lei da Migração, Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017*. Dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. Recuperado de <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/463842904/lei-13445-17>
- Martin, D., Goldberg, A., & Silveira, C. (2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 26-36. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018000100004>
- Mendes, R., Pezzato, L. M., & Sacardo, D. P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1737-1746. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>
- Minayo, M. C. de S. (2002). (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Organização das Nações Unidas Mulheres (ONU Mulheres). (2022). *Guia para Acolhimento de Migrantes, Refugiadas e Refugiados*. ONU. Recuperado de http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2023/05/guia_para_acolhimento_de_migrantes_refugiadas_refugiados.pdf
- Organização Internacional para as Migrações. (2024). *Informe sobre a migração venezuelana: janeiro de 2017 a setembro de 2024*. Recuperado de https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2024-12/informe_migracao-venezuelana_jan17-set24.pdf
- Organização Internacional para as Migrações. (2024). *Em São Paulo, OIM promove intercâmbio de boas práticas entre governos locais e autoridades do Chile, Equador e Peru*. ONU. Recuperado de <https://brazil.iom.int/pt-br/news/em-sao-paulo-oim-promove-intercambio-de-boas-praticas-entre-governos-locais-e-autoridades-do-chile-equador-e-peru>
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723-1728.
- Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela. (2024). *Refugiados y migrantes venezolanos en la región*. Recuperado de <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>.
- Rodrigues, K. P. (2022). *Desafios no acesso e serviços prestados à imigrantes na Atenção Primária em Saúde (APS) de Lajeado/RS*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Rodrigues, K. P., Areosa, S. V. C., & Brandt, G. B. (2021, setembro). Política pública de acesso de imigrantes aos serviços de rede de atenção primária à saúde (APS). *Anais do Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional – Atores, Ativos e Instituições: O Desenvolvimento Regional em Perspectiva*, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Silva, J. B., Bispo, L. V. S. (2021). Perfil Laboral de Refugiados Venezuelanos no Brasil. *Revista Renove*, 2(2), 57-71. DOI: <https://doi.org/10.52302/ren9ve.2679-0479.2021.v2.n2.4>
- Silva, I. M. R., Santos, N. P., Reis, L. A., Almeida, B. C., & Araújo, W. P. G. (2020). O Arco de Maguerez na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: fortalecendo a saúde mental comunitária. *Revista Foco*, 17(1), e4077. DOI: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2024-6166412-pt>
- Silva, J. C. J., Villaça, G., & Boson, V. P. (2024). Espacialidade e controle dos corpos: Boa Vista e a mobilidade humana venezuelana. *Cadernos Metrópole*, 26(61), e6166412.
- Vasconcelos, I. dos S. (2021). *“Desejáveis” e “indesejáveis”: diferencialidades e paradoxos no acolhimento de venezuelanos/as em Roraima e no Amazonas*. (Doctoral dissertation). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. Recuperado de <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/14574>

- Vargas J. E. V., Shimizu. H. E., & Monteiro, P. S. (2023). The vulnerabilities of Venezuelan immigrants in Brazil and Colombia from the perspective of Intervention Bioethics. Ver. Esc. Enferm. USP, 57(spe), e20230081. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0081en>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate entre os critérios de rigor e a fenomenologia. *Temáticas*, 22(44), 203-220. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>