



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Arruda-Barbosa, Loeste de; Sales, Alberone Ferreira Gondim; Souza, Iara Leão Luna de
Reflexos da imigração venezuelana na assistência em
saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa
Saúde e Sociedade, vol. 29, núm. 2, e190730, 2020
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902020190730

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406266588018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa

Reflexes of Venezuelan immigration on health care at the largest hospital in Roraima, Brazil: qualitative analysis

Loeste de Arruda-Barbosa^a

 <https://orcid.org/0000-0002-2679-5898>


E-mail: loeste.arruda@gmail.com

Alberone Ferreira Gondim Sales^b

 <https://orcid.org/0000-0003-2686-1880>

E-mail: alberonegondim@gmail.com

Iara Leão Luna de Souza^a

 <https://orcid.org/0000-0002-5309-2979>

E-mail: iara-04@hotmail.com

^aUniversidade Estadual de Roraima. Departamento de Ciências Biológicas e Saúde. Boa Vista, RR, Brasil.

^bUniversidade Estadual de Roraima. Boa Vista, RR, Brasil.

Resumo

O crescente fluxo de imigração venezuelana provocou discussões acerca da inserção dessa comunidade no território brasileiro. Atualmente, o sistema de saúde roraimense tem o desafio de efetivar a universalização do acesso à saúde ao imigrante. Logo, este estudo objetiva conhecer as repercussões desse fenômeno sob a ótica de profissionais de saúde. Para isso, trata-se de um estudo qualitativo com abordagem exploratória que analisou a percepção dos técnicos de enfermagem do maior hospital de Roraima sobre os reflexos da imigração nos serviços de saúde e na qualidade da assistência. A análise das entrevistas semiestruturadas foi pautada na técnica de avaliação de conteúdo, sendo elencadas categorias. Por meio de análise da categoria de entraves na assistência de saúde, observaram-se problemas estruturais, como as fragilidades de infraestrutura e a carência de profissionais técnicos, resultando na sobrecarga de trabalho, e étnicos-culturais, como a barreira linguística, que representa um fator limitante para a realização de um atendimento de saúde com qualidade, além da maior fragilidade na condição de saúde dos imigrantes. Os achados deste trabalho podem auxiliar o estado de Roraima a refletir criticamente acerca do emprego correto dos investimentos na saúde, para garantir eficácia, dignidade e humanidade aos imigrantes, bem como aos brasileiros.

Palavras-chave: Saúde e Migrações; Acesso à Saúde; Sistemas de Saúde; Saúde e Cidadania; Serviços Técnicos Hospitalares.

Correspondência

Loeste de Arruda-Barbosa

Rua 7 de Setembro, 231. Boa Vista, RR, Brasil. CEP 69306-530.

Abstract

The growing flow of Venezuelan immigration has provoked discussions about the insertion of this community in Brazilian territory. Currently, the health system of Roraima has the challenge of effecting the universalization of access to the immigrant population. Therefore, this study aims to understand the repercussions of this phenomenon from the perspective of health professionals. As such, this is a qualitative study with an exploratory approach that analyzed the perception of nursing technicians of the largest hospital in Roraima about the effects of immigration on health services and quality of care. The analysis of semi-structured interviews was based on the content evaluation technique, and categories were listed. Through the categorical analysis of obstacles in health care, we observed structural problems, such as frailties in infrastructure and lack of technical professionals, resulting in work overload, as well as ethnocultural problems, such as the language barrier, which represents a limiting factor for performing quality health care, in addition to the greater frailty in the health condition of immigrants. The findings of this study may help the state of Roraima to reflect critically on the correct use of investments in health, to ensure efficacy, dignity and humanity to immigrants, as well as Brazilians.

Keywords: Health and Migration; Health Access; Health Systems; Health and Citizenship; Hospital Technical Services.

Introdução

Atualmente, a Venezuela atravessa a maior crise de sua história, resultando em um êxodo em massa de venezuelanos fugindo dessa grave crise política e socioeconômica e da ausência de cuidados em saúde. Nesse sentido, a migração ocorre principalmente para os países latino-americanos de língua espanhola. Entretanto, o Brasil tem recebido milhares de refugiados venezuelanos que, em sua grande maioria, entra no território nacional pela fronteira com o estado de Roraima em busca de melhores condições de vida ou mesmo para escapar da fome (García; Aburto, 2019; Lima, 2018).

Assim, esse crescente fluxo de imigração vem provocando grandes discussões acerca da inserção dessa comunidade no território brasileiro. A maioria dos imigrantes almeja trabalhos temporários e outros buscam, com urgência, por cuidados médicos, pois o sistema de saúde venezuelano está em colapso. Tudo isso acarreta sobrecarga do sistema público de saúde de Roraima. Embora a migração não repercuta necessariamente como uma ameaça à saúde, ela pode aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos. Não obstante, a sobrecarga no sistema não pode ser motivo de restrições automáticas de atendimentos aos imigrantes, considerando que isso representa uma grave violação aos direitos humanos (Ayres et al., 2003; Guerra; Ventura, 2017; Lima 2018; Roa, 2018).

Nesse contexto, pode-se afirmar que Roraima atravessa um dos maiores desafios de sua história: acomodar e integrar parte dos milhares de imigrantes da grande diáspora venezuelana, fugitivos do caos socioeconômico e humanitário enfrentado no país. Consequentemente, Boa Vista, capital do estado, busca construir estratégias para acolher e melhorar as condições da população imigrante venezuelana, que habita, em grande parte, espaços públicos e ruas, impactando nos determinantes de saúde e fragilizando ainda mais a situação de saúde desse grupo, contribuindo para o decréscimo de sua qualidade de vida e para o desordenamento do espaço geográfico local, impactando na dinâmica do funcionamento da cidade.

Corroborando essa linha de pensamento e em face dos importantes reflexos orçamentários gerados pela imigração venezuelana em Roraima, sobretudo

no setor da saúde, o governo estadual decretou emergência em saúde pública nos municípios de Pacaraima e Boa Vista (Roraima, 2019). Dentro desse panorama, percebe-se, *in loco*, que os serviços de saúde por toda capital estão superlotados e grande parte da clientela é de imigrantes venezuelanos, que permeiam desde a atenção primária até os serviços de maior complexidade, como os grandes hospitais.

A literatura já reconhece que o fenômeno da imigração tem representado um importante desafio na área da saúde pública, com impacto no nível das dinâmicas dos serviços dos países de acolhimento (Dias et al., 2010) e, nesse contexto, um dos locais com maior aumento de demanda foi o Hospital Geral de Roraima (HGR), maior hospital do Estado, referência para todos os seus municípios e para os países fronteiriços, principalmente Guiana e Venezuela.

Dessa maneira, o sistema de saúde local tem o desafio de efetivar a universalização do acesso à saúde de qualidade ao imigrante e de impactar o mínimo possível nas condições de acesso e eficiência dos serviços já recebidos por brasileiros. Imbricados nesse desafio estão os profissionais de saúde, que tiveram suas rotinas de trabalho profundamente alteradas em virtude do intenso processo migratório.

Dentre esses profissionais, destacam-se os técnicos de enfermagem que compõem a frente do cuidado em saúde, mas que também são um grupo com menor autonomia devido, dentre outros fatores, a dificuldade prática na delimitação dos papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que acentua esse aspecto (Ferreira; Lucca, 2015). Logo, hipotetiza-se que esses seriam os profissionais de saúde mais vulneráveis aos maiores impactos em suas rotinas de trabalho e cuidados, por conta do aumento da demanda nesse hospital de referência.

Diante disso, este estudo objetiva conhecer as repercussões da migração venezuelana sob a ótica de técnicos de enfermagem do hospital supracitado. Frisa-se que esse fenômeno de deslocamento populacional tem afetado a saúde pública em toda a região Norte e, sobretudo, em Roraima. Contudo, a literatura ainda carece de dados científicos aprofundados sobre o impacto da imigração venezuelana nos serviços de saúde locais de Roraima (Barreto et al., 2018).

Logo, enfatiza-se a ausência de estudos voltados a mensurar e/ou entender como essa população de

imigrantes tem impactado nos serviços de saúde. Assim, esses resultados serão os primeiros na literatura científica e poderão servir como base para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a essa população e para a melhoria dos serviços de saúde em Roraima e em todo o extremo Norte.

Metodologia

Este estudo apresenta um delineamento qualitativo com abordagem exploratória. Os estudos qualitativos são caracterizados por se concentrarem fundamentalmente nas experiências humanas, permitindo conhecer sua subjetividade nos multivariados atores da sociedade (Benjumea, 2015). O caráter exploratório tem como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto que se pretende investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, o que permite analisar o tema sob diversos ângulos e aspectos – dentre eles, o que envolve entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (Prodanov, 2013).

O *loco* da pesquisa foi o HGR, na cidade de Boa Vista, e o universo da pesquisa foi composto pelos técnicos de enfermagem que lá trabalham. Participaram deste estudo 15 técnicos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar no hospital há mais de três anos, tempo em que a imigração começou a se intensificar, e ser funcionário efetivo. Os critérios de exclusão foram: possuir ensino superior ou ser estrangeiro.

Para seleção dos entrevistados que atendessem aos critérios supracitados, o contato inicial foi feito com os enfermeiros dos setores onde os técnicos trabalham, a citar: pronto atendimento, grande trauma e duas unidades de terapia intensiva (UTI). Aos enfermeiros foram explicados os objetivos da pesquisa e sua metodologia. Em seguida, eles reuniram os técnicos e lhes repassaram as informações sobre o estudo. Logo após foram feitos os convites de voluntários para participar das entrevistas; os primeiros a aceitar foram eleitos para as entrevistas, desde que dentro dos critérios.

Do total de entrevistados, quatro trabalhavam no grande trauma, quatro no pronto atendimento, quatro na UTI 01 e três na UTI 02. Dentro de cada setor, buscou-se entrevistar um técnico por equipe

de trabalho (geralmente há quatro equipes por setor), para haver maior amplitude das vivências e menor interferência das experiências vivenciadas coletivamente por uma dada equipe de enfermagem.

O limite amostral foi baseado na técnica de saturação de dados (Saunders et al., 2018). Adicionalmente, usou-se uma entrevista semiestruturada, elaborada e gravada pelos autores, questionando os impactos da imigração nos serviços de saúde e na qualidade da assistência. Houve validação interna do roteiro com a realização de duas entrevistas, as quais não foram incluídas na amostra. Destaca-se que, quando o roteiro é adequado, o ponto de saturação geralmente é atingido em, no máximo, 15 entrevistas (Rhiry-Cherques, 2009 apud Nascimento et al., 2018). A duração média das entrevistas foi de 18 minutos e elas ocorreram em junho de 2019.

Em concordância com Streubert e Carpenter (2013), considera-se que o uso de múltiplos métodos de colheita de dados é importante, pois aumenta a credibilidade dos resultados. Nesse sentido, no intuito de fortalecer a interpretação dos dados captados pelo roteiro de entrevista, optou-se também pela técnica de observação participante.

Atualmente, é possível afirmar, de forma sintética, que a observação participante se caracteriza pela promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem, com a imersão do pesquisador na realidade do pesquisado. Para isso, pressupõe convívio e intercâmbio de experiências primordialmente por meio dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar, experimentar (Fernandes; Moreira, 2013).

Nesse contexto, utilizou-se como instrumento auxiliar no processo de observação participativa, como recomendado por Malinowski (1984), um roteiro de campo com as diretrizes a serem exploradas na observação, com aspectos que se devem observar de acordo com os objetivos da pesquisa, sem a preocupação de segui-los com rigidez absoluta, deixando espaço para “imponderáveis”, situações inesperadas e percepções do observador (Fernandes; Moreira, 2013).

A observação participante, nos moldes supracitados, foi realizada durante uma semana por todos os autores, de modo individual, em diferentes turnos e em todos os setores do hospital.

Para análise e tratamento dos dados das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2008), fundamentada com literatura pertinente. Os dados provenientes da observação participante serviram para fundamentar a análise das entrevistas. Os depoimentos foram separados em unidades de conteúdo, com posterior agrupamento em categorias.

Quanto aos critérios éticos, respeitou-se o que preconizam a Declaração de Helsinque e a resolução nº 466/2012, que trata sobre pesquisa com seres humanos. Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Roraima, sob o parecer de número 3.357.346 e CAAE 12031518.5.0000.5621. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os depoimentos foram codificados com a letra “E”, que representa a entrevista em questão, e um numeral arábico, representando o número dado à referida entrevista.

Resultados e discussão

Este estudo contou com a participação de 15 técnicos de enfermagem, oito mulheres e sete homens. O tempo de experiência no HGR variou de três a 15 anos. Duas categorias foram construídas para sintetizar os resultados: entraves na assistência de saúde e condições de saúde do imigrante.

Categoria I: entraves na assistência de saúde

Abordam-se aqui os principais desafios e dificuldades na assistência em saúde no hospital e para o cuidado de enfermagem como resultado da intensa imigração. A categoria foi subdividida em duas: entraves estruturais e dificuldades étnico-culturais.

Entraves estruturais

Esta categoria foi composta pelos diálogos que explicitam a carência de profissionais técnicos, do aprimoramento da infraestrutura e do aporte de insumos, deficiências essas que são prévias à imigração, configurando-se como empecilhos para assistência de saúde de qualidade:

Esse hospital é referência para o estado, Guiana e Venezuela, mas não para esse quantitativo de

pessoas, aí a situação que já era complicada, ficou crítica. De 10 leitos, sete são ocupados por venezuelanos. (E8)

O número de leitos não mudou e está sempre ocupado. De 10 leitos, três ou quatro são venezuelanos. Mas não houve aumento da equipe nem houve melhorias na infraestrutura para acomodar os estrangeiros. (E1)

A gente atende mais venezuelano do que brasileiro. Na fila da alimentação é quase 70% acompanhante e paciente venezuelano. (E10)

E a falta de material já era grande, com a entrada dos venezuelanos aumentou mais ainda. Agora de dez atendimentos, cinco, seis é venezuelano. Aí pra o povo brasileiro tá faltando. Já faltava. Aí, piorou muito mais! (E15)

Se não tem o leito, consigo uma cadeira, num tem um escalpe, usa um gelco com ele. Não tem torneirinha, a gente deixa o acesso direto, deixa o soro pendurado e pede pra ele segurar. Aqui estamos sempre dando um jeito. (E2)

Ressalta-se que todos os entrevistados relataram não haver mudanças na infraestrutura hospitalar, descrevendo também estratégias de improvisos para contornar as deficiências estruturais e materiais para a assistência de enfermagem. Muitos desses improvisos foram confirmados pela observação participante.

Com base nos depoimentos que, na visão dos entrevistados, retratam a ausência de investimentos e melhorias no HGR para acolher a demanda aumentada e melhorar a assistência para todos os usuários, é razoável inquirir que a aplicação dos recursos extras recebidos foi ineficiente ou investida em outros espaços – pois, frente aos problemas relatados, parece que não houve atenuação da crise da saúde no estado. Roraima recebeu, após a intensificação da imigração venezuelana, quase 200 mil reais destinados à assistência em saúde, para reforço e ampliação do atendimento hospitalar e da atenção básica, além de assistência aos imigrantes venezuelanos (Governo..., 2019; Roraima..., 2018). Contudo, ressalta-se também que o loco deste estudo,

embora seja o principal hospital do estado, não é o único a assistir esse grupo.

Os participantes deram muita ênfase que a sobrecarga de trabalho está assentada em duas causas principais. Primeiramente, há o enorme aumento de demanda, quantificada subjetivamente pelos entrevistados entre 50 e 70% de atendimentos direcionados a venezuelanos. Isso abre espaço para ideias de futuros estudos quantitativos que possam se debruçar sobre essa abordagem, visto que os autores deste trabalho, por serem profissionais da saúde atuantes em Roraima (e por meio da observação participante), acreditam que houve superestimação do percentual de atendimentos a venezuelanos nos relatos – estima-se que esse número fique entorno de 20% a 25%. Ainda assim, mesmo com a hipótese dos autores de aumento de demanda superestimada, ainda se trata de um crescimento considerável, principalmente por ser abrupto, com muitos reflexos reais e potenciais deletérios na assistência em saúde e na qualidade dos serviços.

Como segunda causa, está a ausência de novos profissionais dessa categoria da enfermagem, pois ainda que houvesse contratações em número proporcional ao incremento de demanda de usuários pelo serviço de saúde, apenas seria mantido o *status quo* prévio à problemática aqui discutida. Nesse sentido, pode-se afirmar que a manutenção do número de profissionais para um maior e crescente número de pacientes necessariamente contribui para a fragilização do cuidado e para a diminuição da qualidade da assistência de enfermagem e do serviço de saúde como um todo. A observação participante também trouxe uma forte percepção de que há sobrecarga do trabalho da equipe de enfermagem, mas não se pode fazer uma relação direta dessa sobrecarga apenas com o processo migratório.

Dois participantes citaram que os desafios enfrentados pelo setor hospitalar são ainda menos dramáticos que na atenção primária, onde a demanda é maior, com se pode ler nos depoimentos a seguir:

Aqui [HGR] aumentou a demanda, mas na atenção básica é bem mais. Aumentou bastante a quantidade, ainda mais eu que trabalho na vacinalá, todo mundo vem sem cartão, pra você ter uma

ideia. Então todo mundo vem sempre iniciando, todo dia alguém vem iniciar. (E3)

Colegas que trabalham em [Programa de Saúde da Família] PSF falam que a demanda é bem maior. (E9)

Com base nesses achados, acredita-se que parte do aumento dos atendimentos e do fluxo de imigrantes que buscam pelos serviços de alta complexidade se deve à sobrecarga também dos serviços da atenção primária nos municípios de Roraima, sobretudo da capital - ou, hipoteticamente, pela sua incapacidade de resolver os problemas sensíveis à atenção primária em saúde, ou ainda por alguma falha no sistema de redes de atenção à saúde e seus sistemas de referência e contrarreferência.

Em uma reflexão, Holz et al. (2016) afirmam que as principais demandas do hospital provêm de casos não urgentes, cuja resolução é de responsabilidade da atenção primária. Essas demandas notadas no estudo citado podem contribuir para sobrecarga do serviço hospitalar, no caso de Roraima. Também há relatos na literatura sobre a insuficiência das unidades básicas de saúde no comprimento de suas demandas frente à imigração (Dias, 2019), o que pode contribuir para a sobrecarga do setor terciário aqui notada. Não obstante, estudos demonstram que o sistema de referência e contrarreferência, quando bem executado pela então coordenadora da rede de atenção à saúde - a atenção primária -, diminui a procura pelo serviço hospitalar (Almeida; Santos, 2016).

Portanto, são extremamente necessários estudos que abordem também essa temática, posto que a inclusão de imigrantes em serviços de atenção primária é um processo complexo devido ao preconceito, muitas vezes presente no atendimento ao imigrante, e à dificuldade de acompanhamento (Martin; Goldberg; Silveira, 2018), principalmente por conta da dinâmica acelerada nos processos migratórios, da dificuldade de o imigrante se estabelecer em residência fixa ou, ainda, no caso de Boa Vista, de muitos viverem em abrigos, espaços públicos ou pelas ruas.

Essa realidade consta na literatura a partir de estudo de Baeninger e Silva (2018), cujos levantamentos demonstram grande quantidade de imigrantes venezuelanos sobrevivendo nas ruas,

da solidariedade do povo boa-vistense. Ademais, no mesmo estudo, há reflexões sobre a operação brasileira militar, executada de forma conjunta com organizações não governamentais e Nações Unidas, denominada Operação Acolhida, que abriga grande quantidade dos imigrantes, refugiados ou não.

Dificuldades étnico-culturais

Nota-se o idioma como a mais importante barreira cultural da assistência, pois a língua é um dos veículos para praticidade, vínculo e resposta do usuário frente à terapêutica. Não obstante, com base nas falas dos entrevistados, validadas na observação participante, a maior parte dos técnicos de enfermagem possuem resistência ao uso do espanhol. Conquanto, acredita-se que o utilizar quando possível seria proveitoso para humanização do cuidado de saúde.

O idioma interfere mais por parte deles! Eles não se empenham nem um pouco em aprender a falar o português. A gente se esforça para tentar passar a informação, muitos deles acham que a gente tem que aprender a falar espanhol. Eu falo: “Não! Vocês têm que aprender a falar português, vocês tão no Brasil. Vocês que tem que aprender”. (E10)

Segundo estudo conduzido por Chubaci e Merighi (2002), durante a hospitalização de japoneses, notou-se que o idioma compõe barreira não somente para compreender a doença e o tratamento, mas também para se relacionar com a equipe de saúde. Portanto, a falta de proficiência na língua contribui para um sentimento de desconfiança, necessidade de ajuda dos familiares, sofrimento e arrependimento por não falar português. Logo, não se descarta a possibilidade de que os imigrantes venezuelanos também vivenciem esses sentimentos que podem fragilizar ainda mais seu processo de saúde-doença, tornando-os ainda mais vulneráveis e agravando seus possíveis sentimentos de impotência.

Em estudo mais recente conduzido por Guerra e Ventura (2017), demonstrou-se que tal barreira cultural é acentuada quando a doença é mais grave, uma vez que os procedimentos de alta complexidade e os termos técnicos se tornam mais abundantes nessas situações. Ademais, para Aguiar e Mota

(2014), tanto o profissional da saúde quanto o usuário imigrante relatam que o outro possui dificuldade em entender seu idioma.

Isso pode ser observado neste estudo e comprovado pela observação participante, uma vez que os técnicos de enfermagem consideram que os venezuelanos são “desinteressados” em aprender a língua portuguesa, demonstrando dificuldade no entendimento das informações. Os entrevistados também relatam que os imigrantes acham que os profissionais de saúde que devem se adaptar ao idioma do paciente. Durante a observação em uma das UTI, a mãe de um paciente pediátrico venezuelano se mostrou extremamente aflita por não compreender nem detalhes do prognóstico e nem o tratamento da grave situação de saúde pela qual passava sua filha, e o principal empecilho foi a barreira linguística.

Todavia, acredita-se que parte da humanização do cuidado em enfermagem se pauta na compreensão da situação socioeconômica e das vulnerabilidades sociais dos que necessitam de cuidados em saúde. Nesse caso, não é razoável exigir que pessoas que passam pelo inesperado processo de imigração forçada sejam penalizadas, em termos assistenciais em saúde, por ainda não dominar o idioma do país acolhedor. Pelo contrário, os profissionais de saúde deveriam redobrar os esforços para se atingir uma comunicação eficiente, ou mesmo cobrar dos serviços de saúde capacitações para lidar com essa problemática.

Quando o profissional de saúde se recusa ou não está inclinado a adaptações às barreiras linguísticas no cuidado ao imigrante, uma das principais estratégias para a promoção da saúde e prevenção de agravos, que é a educação em saúde, fica seriamente comprometida. Isso fragiliza não só o cuidado de enfermagem, mas a assistência global em saúde, independentemente do nível de complexidade do sistema.

Além disso, diferenças comportamentais aqui elencadas pelos entrevistados, mas não confirmadas durante o período de observação participativa, indicam que os imigrantes exigem veementemente o preenchimento de suas necessidades. Todavia, ainda que assim seja, essa demanda é constitucional, já que o Sistema Único de Saúde (SUS) é universal, integral e equitativo.

[Venezuelanos] são muito arrogantes e exigentes, querem prioridade e atendimento logo, não querem esperar, aí eu dou uma de muda e ignoro às vezes (E13)

Eles estavam habituados lá [Venezuela] com um tipo de alimentação e nós temos outra. Apesar de estarem como refugiados e apesar da fome, eles não comem qualquer coisa (E5)

Eles são muito alterados às vezes, exigem muito, coisas que nós não podemos fazer (E14)

Só tem capacitação de [área] enfermagem, mas para atender estrangeiro não. Inclusive tem paciente de Lethen, na Guiana, e também imigrantes do Haiti (E8)

Acredita-se que os entrevistados possivelmente estejam habituados com a passividade dos usuários brasileiros em relação à cobrança pelos seus direitos, ainda mais que o país atravessa uma polarização cultural e ideológica nos últimos anos, colocando até mesmo o SUS e seus princípios em risco (Teixeira; Vilasboas; Paim, 2018). Assim, percebe-se nas falas dos técnicos que há uma negação, ou desacordo, dos direitos adquiridos dos usuários do SUS, representada pela surpresa dos entrevistados frente às exigências dos imigrantes.

Os entrevistados também carecem de educação permanente no âmbito do cuidado ao imigrante. Essa educação, se presente, poderia atenuar parte dos problemas aqui relatados, pois seria mais prudente o prestador do cuidado e assistência em saúde se adaptar e entender as necessidades e limitações dos seus pacientes do que o inverso.

Ademais, para a formação em saúde se pressupõe que o profissional tenha bases teóricas e técnicas e, além disso, possua um bom aporte socioantropológico, que o permita lidar mais facilmente com choques culturais, além de treinamento para sensibilização e humanização da assistência e do cuidado em saúde.

De modo similar, um estudo etnográfico sobre a imigração haitiana na região Norte aponta diferenças culturais como barreiras à assistência. Como estratégia de contorno, o governo do Amazonas criou cursos de português para haitianos e estabeleceu parceria com os Médicos Sem Fronteiras,

visando treinamentos para profissionais de saúde dos municípios e do estado sobre “cultura haitiana”, além de noções de vocabulário e abordagem para o atendimento em saúde, com resultados exitosos na qualidade da assistência prestada pelo SUS nesse município (Santos, 2016). Estratégias bem-sucedidas como essas poderiam ser encampadas pelos gestores em saúde também no estado de Roraima.

Categoria 2: condições de saúde do imigrante

Esta categoria se debruça sobre as principais condições de saúde e aspectos relacionados ao processo saúde-doença da população imigrante.

Nós temos saúde coletiva, e lá eles não tinham. Então, muitos pacientes - oncológicos, HIV - vieram pra cá. (E9)

Eles têm saúde muito baixa, mais precária que o povo da roça, é ainda pior. (E13)

Eles são campeões de tuberculose, também trouxeram febre amarela, malária, sarampo que se espalhou pelo Brasil. (E5)

Eles vêm com as piores doenças que você imaginar, as mais horríveis. (E6)

O padrão [de saúde] deles é bem horrível, já vêm praticamente de lá todos sequelados, são muitos pacientes graves. Eles não têm lá [Venezuela] o tratamento que a gente tem, vacinas em dia, eles não têm a rotina de se preocupar com a saúde. (E12)

O sarampo eles trouxeram de volta e disseminou para o Brasil todo. (E7)

Há demanda enorme dos venezuelanos com algumas doenças que no Brasil já foi [sic] abolida, como pólio, rubéola e sarampo. (E13)

A partir dos diálogos captados, nota-se que os imigrantes possuem maior fragilidade nas condições de saúde quando comparados aos brasileiros. Isso acontece, certamente, por conta da deterioração dos determinantes sociais na Venezuela, resultado do

colapso econômico instalado nesse país, o que teve profundos impactos no sistema de saúde venezuelano.

De fato, estudos mostram que a Venezuela atualmente passa por profunda crise generalizada e apresenta falta de medicamentos, insumos hospitalares, recursos humanos e financiamento básico - ou seja, seu sistema de saúde está em ruínas -, além dos determinantes sociais desfavoráveis para a qualidade de vida e saúde da população (Roa, 2018; The collapse..., 2018).

Embora seja difícil ter informes confiáveis provenientes dos órgãos estatais da Venezuela sobre o sistema de saúde e as condições de saúde da população, pois o governo Maduro nega essa escancarada crise, a literatura científica tem divulgado estudos e relatos de experiências que nos mostram o incomensurável caos na saúde venezuelana, com condições deploráveis, falta de medicamentos, de profissionais de saúde e de insumos tanto no sistema público quanto privado. Esses problemas se intensificaram no governo Maduro, gerando uma das maiores migrações forçadas do século (Fraser; Willer, 2016; Lima, 2018; Muci-Mendoza, 2014; Roa, 2018).

Na migração forçada, os determinantes sociais em saúde são influenciados pelo padrão migratório, o motivo da imigração, o sistema de saúde existente, o sistema social e demográfico e as necessidades de saúde dos migrantes forçados (Pacheco-Coral, 2018).

Não obstante, a elevada vulnerabilidade social de grande parte dos imigrantes no estado de Roraima contribui para o decréscimo da qualidade de vida e para a fragilidade das condições de saúde, alterando o processo saúde-doença na direção da doença. A exclusão social e o viver nas ruas sob as intempéries do ambiente, aliados à má nutrição e ao acesso restrito aos cuidados em saúde, constroem condições favoráveis ao desenvolvimento de agravos à saúde, sejam eles de ordem infecciosa ou não. A partir da observação participante, foi possível verificar que muitos pacientes venezuelanos realmente chegam no hospital em condições mais delicadas: alguns maltrapilhos, outros com quadro de saúde mais grave; muitos chegam aparentemente subnutridos e com aspecto sofrido.

De fato, faz-se perceptível que está havendo o recrudescimento de muitas das doenças infectocontagiosas em Roraima. Temos, por exemplo, a tuberculose, que tem aumentado de modo

significativo no estado, com parte importante dos casos concentrada nos imigrantes venezuelanos. É uma doença que tem relação direta com determinantes sociais, como pobreza e subnutrição (Boa..., 2019). Pode-se citar também que houve aumento do número de casos de HIV no estado e que essa infecção, quando não tratada, tem também impacto na epidemiologia da tuberculose (Rodrigues, 2019). Ademais, não se poderia deixar de citar que em 2018, na Venezuela, houve um surto de sarampo que atingiu nove dos 23 estados e que culminou na reintrodução do sarampo no Brasil, por Roraima, gerando surto em outras regiões (Branco; Morgado, 2019; Brasil, 2019).

Assim, os entrevistados atribuem o reaparecimento de doenças controladas no Brasil à população migrante. Nesse contexto, o ressurgimento dessas enfermidades infecciosas imunopreveníveis demonstra que a cobertura vacinal da Venezuela está insuficiente, possibilitando o retorno de doenças previamente controladas, como rubéola, poliomielite e sarampo (Unicef, 2017).

Entretanto, essas doenças, intermediadas pelos patógenos outrora controlados no Brasil, poderiam, em parte, ter sido evitadas mediante adequada cobertura vacinal da população roraimense. Assim, surtos de doenças imunopreveníveis indicam fragilidades no cumprimento das metas de imunização de todas as populações envolvidas. Sabe-se que 73,3% dos municípios não atingiram a meta da cobertura vacinal para sarampo em Roraima (Mendes, 2019).

Considerações finais

Diante do exposto, percebe-se que o estado de Roraima carece de investimentos eficazes e inteligentes na saúde, apesar dos repasses realizados para atenuar o aumento abrupto da demanda. Isso porque a infraestrutura e o aporte de insumos são deficitários atual e previamente à imigração, e não houve acréscimos nas contratações de técnicos de enfermagem. Nesse sentido, com a sobrecarga de trabalho dos técnicos, tornou-se um desafio para eles proverem os cuidados de enfermagem e a assistência à saúde.

Ademais, a barreira cultural mais destacada neste estudo é a língua. Foi identificada forte resistência ao uso do espanhol pelos entrevistados, alinhada à falta

de investimentos no aprendizado da língua nativa dos imigrantes. Desse modo, a oferta de cursos da língua, tanto de português para os imigrantes quanto de espanhol para os profissionais de saúde, seria uma estratégia interessante de melhora na assistência.

As entrevistas mostraram que os venezuelanos se demonstraram mais incisivos na cobrança de seus direitos e isso não foi bem recebido pelos técnicos de enfermagem. O estado de saúde desses imigrantes é notadamente fragilizado e isso, na visão dos entrevistados, corrobora como o principal fator um quadro de surtos de doenças antes controladas no Brasil. Parte desses achados demonstra uma visão xenofóbica dos profissionais de saúde aqui estudados, uma vez que desconsideram determinantes sociais importantes na saúde dos imigrantes e sua condição de alta vulnerabilidade social, atribuindo a eles esse estado de calamidade e emergência em saúde pública em Roraima, bem como grande parte dos problemas dos serviços de saúde.

Por fim, este trabalho possui como fragilidade a baixa abrangência das classes de profissionais de saúde e ter como locus apenas o principal hospital do estado. Portanto, estudos que ampliem o debate da qualidade de assistência frente à imigração forçada são misteres para direcionar o poder público em seus investimentos, na identificação de determinantes sociais, na sensibilização e no treinamento dos profissionais de saúde. Além disso, para ampliar a visão já introduzida aqui, cabe a novas pesquisas se debruçarem sobre o impacto da imigração no âmbito da atenção primária e análises que quantifiquem os impactos da imigração no sistema de saúde. Desse modo, mais informações serão angariadas para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas aos imigrantes em Roraima, no intuito de promover sua inserção social de forma digna e humanizada.

Referências

- AGUIAR, M. E.; MOTA, A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 493-506, 2014.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes

regionalizadas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, p. 80, 2016.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Org.). *Migrações venezuelanas*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2018. v. 1. Disponível em: <<https://bit.ly/2ULmffG>>. Acesso em: 14 nov. 2019.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARRETO, T. M. A. C. et al. O impacto nos serviços de saúde decorrentes da migração venezuelana em Roraima: ensaio reflexivo. In: BAENINGER, R.; JAROCHINSKI-SILVA, J. C. (Org.). *Migrações venezuelanas*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2018. p. 369-373.

BENJUMEA, C. La calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 883-890, 2015.

BOA Vista reforça combate à tuberculose após aumento de 14% nos casos em 2018. *G1*, Roraima, 23 mar. 2019. Disponível em: <<https://glo.bo/33X80xa>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

BRANCO, V. G. C.; MORGADO, F. E. F. O surto de sarampo e a situação vacinal no Brasil. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, Teresópolis, v. 1, n. 1, p. 74-88, 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Situação do sarampo no Brasil - 2018-2019*. Informe nº 37. Brasília, 19 mar. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2UOCuIB>>. Acesso em: 4 ago. 2019.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 805-812, 2002.

DIAS, R. S. *As implicações da imigração venezuelana sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Pacaraima*. 2019. Dissertação (Mestrado em

Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde “Joaquim Venâncio”, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

DIAS, S. et al. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arquivos de Medicina*, Porto, v. 24, n. 6, p. 253-259, 2010.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FERREIRA, N. N.; LUCCA, S. R. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 68-79, 2015.

FRASER, B.; WILLER, H. Venezuela: aid needed to ease health crisis. *The Lancet*, London, v. 388, n. 10048, p. 947-949, 2016.

GARCÍA, J.; ABURTO, J. M. The impact of violence on Venezuelan life expectancy and lifespan inequality. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 48, n. 5, p. 1593-1601, 2019.

GOVERNO destina R\$ 14 milhões para assistência a imigrantes venezuelanos. *Governo do Brasil*, Brasília, DF, 15 fev. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2UGE3Iw>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

HOLZ, C. B. et al. O hospital na rede de atenção a saúde: uma reflexão teórica. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, Cruz Alta, v. 4, n. 1, p. 101-115, 2016.

LIMA, J. F. Regimes totalitários e a imigração: uma análise do caso de imigração dos venezuelanos para o Brasil à luz do direito natural. *Fibra Lex*, Belém, v. 1, n. 4, p. 1-12, 2018.

MALINOWSKI, B. *Os argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

- MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018.
- MENDES, A. Ministro alerta secretários de saúde para ampliar a cobertura vacinal do sarampo. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 14 fev. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/39wmReq>>. Acesso em: 5 ago. 2019.
- MUCI-MENDOZA, R. Venezuela: violence, human rights, and health-care realities. *The Lancet*, London, v. 383, n. 9933, p. 1967-1968, 2014.
- NASCIMENTO, L. C. N. et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018.
- PACHECO-CORAL, A. D. P. Statelessness, exodus, and health: forced internal displacement and health services. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00027518, 2018.
- PRODANOV, C. C. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- ROA, A. C. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00058517, 2018.
- RODRIGUES, E. RR registra quase 2 mil casos de AIDS e HIV e maioria são homens. *Folha de Boa Vista*, Roraima, 26 jun. 2019. Disponível: <<https://bit.ly/2ylkpuk>>. Acesso em: 29 mar. 2020.
- RORAIMA. Decreto nº 26.577-E, de 24 de fevereiro de 2019. Declara estado de calamidade na Saúde Pública do Estado de Roraima, em face da crise humanitária e violência na Venezuela impactando o serviço de saúde nos hospitais do Estado localizados nos municípios de Pacaraima e Boa Vista. *Diário Oficial do Estado de Roraima*, Boa Vista, ed. 3425, p. 2, 25 fev. 2019.
- RORAIMA ganha reforço de R\$ 187 milhões em resposta à imigração. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 15 maio 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2WU4PQx>>. Acesso em: 24 jun. 2019.
- SANTOS, F. V. The inclusion of international migrants in Brazilian healthcare system policies: the case of Haitians in the state of Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.
- SAUNDERS, B. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 1893-1907, 2018.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 5. ed. Tradução P. S. S. Espada. Loures: Lusociência, 2013.
- TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q.; PAIM, J. Mais que nunca, é preciso lutar. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 5-10, 2018.
- THE COLLAPSE of the Venezuelan health system. *The Lancet*, London, v. 391, n. 10128, p. 1331, 2018.
- UNICEF - UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage: 2018 revision. Nova York, 28 jun. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/39Bb9zi>>. Acesso em: 4 ago. 2019.

Contribuição dos autores

Loeste Arruda-Barbosa, Alberone Sales e Iara Souza conceberam o projeto, coletaram e analisaram os dados. Loeste Arruda-Barbosa redigiu o artigo. Todos os autores colaboraram na revisão final do texto.

Recebido: 25/08/2019
Reapresentado: 09/01/2020
Aprovado: 16/01/2020