



<http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.43.120.AO01>

Representações sociais de médicos da Atenção Básica sobre a migração venezuelana ao Brasil

Social representations of doctors on Venezuelan migration to Brazil

Las representaciones sociales de los médicos en la migración venezolana a Brasil

Paola Bazzanella Santos
Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG)
<https://orcid.org/0009-0006-7911-647X>
paolabazzasantos@gmail.com

Pedro Henrique Conte Gil
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0003-1158-8199>

Adolfo Pizzinato
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-1777-5860>

Resumo

O objetivo deste trabalho foi de analisar as narrativas que sustentam as representações sociais de médicos da Atenção Básica sobre a migração e o atendimento em saúde da população venezuelana, em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de um estudo de caso múltiplo com entrevistas de cinco profissionais médicos da Atenção Básica, cujos dados foram analisados através de uma leitura psicanalítica. Organizou-se os resultados em dois tópicos principais: 1) Subalternização da capacidade intelectual, educacional e de cuidado dos venezuelanos, e 2) (Des)afetos na relação transferencial nos atendimentos com venezuelanos. Percebeu-se que, na medida em que os venezuelanos se aproximam de uma representação social do que é ser brasileiro, estes são lidos como mais fáceis de serem atendidos. Ainda, constatou-se que as representações sociais implicam em diferentes (des)afetos nos médicos, impactando na relação transferencial profissional-usuário e no vínculo, algo que é imprescindível para o trabalho na Atenção Básica.

Palavras-chave: Representação Social. Migração Venezuelana. Médicos. Estudo de caso múltiplo.

Abstract

The objective of this study was to analyze the narratives that support the social representations of Primary Care doctors about migration and health care for the Venezuelan population in a municipality in the countryside of Rio Grande do Sul (RS). This is a multiple case study with interviews with five Primary Care doctors, whose data was analyzed using a psychoanalytic approach. The results were organized into two main topics: 1) Subalternization of the intellectual, educational and care capacity of Venezuelans and 2) (Dis)affections in the transference relationship in care for Venezuelans. When Venezuelans get closer to a social representation of what it is to be Brazilian, they are seen as easier to be assisted. The conclusion is that social representations imply different (dis)affections in doctors, impacting on the professional-user transference relationship and the bond, which is essential for working in Primary Care.

Keywords: Social Representation. Venezuelan migration. Doctors. Multiple case study.

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las narrativas que sustentan las representaciones sociales de los médicos de Atención Primaria sobre la migración y la atención a la salud de la población venezolana en un municipio del interior de Rio Grande do Sul (RS). Se trata de un estudio de caso múltiple con entrevistas a cinco médicos de Atención Primaria, cuyos datos se analizaron mediante un enfoque psicoanalítico. Los resultados se organizaron en dos temas principales: 1) Subalternización de la capacidad intelectual, educativa y asistencial de los venezolanos y 2) (Des)afecto en la relación de transferencia en la atención a los venezolanos. Se observó que, a medida que los venezolanos se acercan a una representación social de lo que significa ser brasileño, son vistos como más fáciles de tratar. Se concluye que las representaciones sociales implican diferentes (des)afectos en los médicos, impactando en la relación transferencial profesional-usuario y en el vínculo, esencial para el trabajo en atención primaria.

Palabras-clave: Representación social. Migración venezolana. Médicos. Estudio de casos múltiples.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela organização e articulação da saúde pública no Brasil, sendo um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo (Brasil, 1990). Sabe-se que cerca de 160 milhões de pessoas em território brasileiro dependem exclusivamente dos serviços e atenção de saúde do SUS (Neto, Antunes & Oliveira, 2019), incluindo pessoas de outras nacionalidades, que se encontram em diferentes condições e processos migratórios (Brasil, 1990). A operacionalização do SUS se dá em diferentes níveis de atenção à saúde, sendo: Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária (Brasil, 2010). Esses diferentes níveis se pautam de acordo com distintas necessidades hierarquizadas em saúde, sobretudo por densidades tecnológicas específicas para a prevenção, promoção e recuperação em saúde de indivíduos e coletividades (Brasil, 2010).

A Atenção Básica é a porta de entrada dos usuários ao SUS, sendo que a sua principal forma de atuação acontece a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2006). Dentre suas prerrogativas, está colocada uma gama de serviços e ações em saúde, os quais buscam a promoção e a proteção em saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação e a manutenção em saúde. Também preconiza pelos princípios de integralidade e territorialidade, isto é, os serviços e profissionais de saúde deste nível de atenção precisam considerar e validar as especificidades sociais e culturais da população atendida em seus territórios de abrangência, em termos dos cuidados em saúde e daquilo que entendem por bem viver (Brasil, 2006). Usualmente, as categorias profissionais alocadas nas UBS são: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo que esta equipe pode conter outras especialidades na saúde, como psicólogos, dentistas, nutricionistas e assistentes sociais, a depender de repasse de verbas da gestão municipal (Tanaka, 2011).

Importante situar que o trabalho da Atenção Básica e de seus profissionais de saúde se pauta no paradigma de cuidado integral e longitudinal, em que os usuários são acompanhados de maneira sistemática e proximal, sustentados a partir do vínculo entre profissional-usuário (Brasil, 2006). Essa proposta é um avanço em relação ao modelo biomédico, em que as demandas de saúde eram entendidas puramente como de ordem orgânica e, portanto, seriam sanadas por vias de tratamentos cirúrgicos ou medicamentosos (Amarante & Costa, 2012).

Desta forma, em seus pressupostos, a atuação na Atenção Básica preconiza por atender e compreender as dimensões psíquicas, sociais, políticas e ambientais dos indivíduos, além de marcadores históricos, culturais e étnico-raciais para a efetivação do cuidado em saúde (Brasil, 2006; Buss & Filho, 2007). Isso demanda que os profissionais de saúde busquem por outros referenciais em saúde para além dos biológicos, uma vez que a adesão aos tratamentos por parte

dos usuários está diretamente ligada à validação dessas outras dimensões da saúde, incluindo seus escopos culturais e simbólicos (Nespolo et al., 2014).

No Brasil, há uma epistemologia específica, denominada Saúde Coletiva, que se configura como um campo de conhecimento e âmbito próprio de práticas em saúde (Osório & Schraiber, 2015). De natureza interdisciplinar, a Saúde Coletiva se baseia principalmente na epidemiologia, no planejamento e administração de saúde e nas ciências sociais em saúde. Muito embora o paradigma positivista ainda prevaleça nessas articulações, questão que se sustenta no modelo biomédico não superado na prática, há movimentos tímidos na compreensão de indivíduos enquanto pulsionais, que escapam dessa racionalidade cartesiana (Onocko-Campos, 2012; Val, Modena, Onocko-Campos, & da Gama, 2017).

Nesse sentido, reconhece-se que a Psicanálise tem a contribuir no pensar e promover cuidado e saúde no SUS, especialmente atuando na contramão da lógica biomédica, em que um sintoma está associado única e exclusivamente à uma disfunção orgânica. Por exemplo, uma leitura psicanalítica dos fenômenos pode desvelar uma nova compreensão sobre os processos de adoecimento e recuperação em saúde, a partir da revisão do ideal de cura do discurso biomédico representado na figura do médico, retificando o *furur curandis* freudiano (Freud, 2020/1920), além de ampliar o entendimento sobre o diagnóstico em saúde e o vínculo entre médico-paciente, por vias do estabelecimento e sustentação da relação transferencial (Freud, 2010/1912).

Embora tímidas, existem evidências científicas que se propõem e fazer essa articulação entre Psicanálise e Saúde Coletiva, utilizando dos pressupostos psicanalíticos para compreensão dos fenômenos na saúde, propondo novas formas de pensar e fazer saúde dentro desses espaços (Gil & Lopes, 2024; Onocko-Campos, 2012; Val et al., 2017). Acredita-se que essa interlocução é promissora, pois promove uma compreensão sobre cuidado que extrapola a lógica positivista, cartesiana e biomédica que, embora superada teoricamente, ainda apresenta fortes tendências na atuação sobretudo na figura do profissional de saúde médico, sendo nos mais variados contextos e dispositivos de saúde do SUS (Amarante & Costa, 2012; Nespolo et al., 2014). Contudo, mais especificamente, são ainda mais limitados os estudos que exploram essas articulações teórico-práticas no contexto das relações etno-raciais e culturais, especialmente quando se trata de processos migratórios (Gil & Lopes, 2024), foco deste trabalho.

Neste sentido, sabe-se que a migração compõe a história do Brasil, seja desde os processos migratórios iberoamericanos do país colônia ou de latinoamericanos mais recentemente, sendo os com maior expressão de haitianos e venezuelanos. Atualmente, o êxodo venezuelano tem recebido maior notoriedade, tendo em vista seu grande contingente

populacional em deslocamento. De acordo com os dados da Organização Internacional para as Migrações, a estimativa é de que mais de 7 milhões de venezuelanos já tenham deixado seu país de origem (IOM, 2024). O Brasil, por ser um dos países fronteiriços, tornou-se um importante destino para os venezuelanos, sobretudo aos que se encontram em frágeis condições socioeconômicas e de saúde, uma vez que os migrantes que possuem maiores recursos financeiros buscam os EUA como país de acolhimento, ou até mesmo o continente europeu, quando possuem cidadania europeia (Bastos & Obregón, 2018). Segundo dados da Polícia Federal, desde 2018 até 2023, mais de 600 mil venezuelanos entraram no Brasil (IOM, 2024).

Invariavelmente, tal intenso fluxo migratório venezuelano ao Brasil implica que essa população passe a utilizar do SUS para tratar condições de saúde, tanto prévias ao processo migratório, quanto às que se estabeleceram ao residirem no país. Tendo em vista a crise sociopolítica e econômica do país, os venezuelanos parecem carregar uma representação social específica do que é “ser venezuelano” para os brasileiros, em detrimento da condição de apenas “imigrantes” de outras pessoas em deslocamento forçado que se estabelecem no país (Gil et al., 2024). Ou seja, os venezuelanos parecem ser lidos pelos brasileiros enquanto sujeitos que precisam ser salvos dos horrores do comunismo, que seria o motivo pelo qual os teria levado a sair de seu país e a se encontrarem em condições de vulnerabilidade (Chagas et al., 2019; Gil et al., 2024).

Diante dessa conjuntura, aponta-se que não há evidências na literatura específica sobre a representação social quando pensamos a nível de profissionais de saúde médicos, e a relação dos migrantes com os serviços de saúde, especialmente falando do fluxo migratório mais recente ao Brasil, de venezuelanos. É neste íterim que esse estudo se propõe a se inserir. Assim sendo, o objetivo deste trabalho foi de conduzir uma análise das narrativas que sustentam as representações sociais de médicos da Atenção Básica sobre a migração e o atendimento em saúde da população venezuelana, em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS).

Salienta-se que se estudo baseou-se na epistemologia psicanalítica para a investigação e leitura dos fenômenos “escutados” e apresentados neste material (Rosa, 2002; 2004), ao passo que utilizou da teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2012) para dar contornos nas interpretações e discussão dos resultados. Destacamos que, para Moscovici (2012), representação social é entendida não apenas enquanto um produto psicológico e social, mas também pelo próprio processo que um indivíduo ou um coletivo reconstitui a realidade, ao passo que lhe atribui uma significação específica, seja qual for o objeto de análise (Moscovici, 2012). Isto é, a teoria das representações sociais preocupa-se com a inter-relação entre sujeito/objeto, sujeito/sociedade e conhecimento científico/senso comum, no processo de

construção de saberes e leituras dos fenômenos sociais. Algo que situa a teoria em um limiar entre conceitos sociológicos e psicológicos, muito embora o autor parta de pressupostos teóricos-metodológicos da psicanálise para formulação de suas bases (Moscovici, 2012).

De todo modo, entende-se que esse entrelaçamento entre essas teorias e o campo de produção de conhecimento da saúde pública no Brasil, a Saúde Coletiva, pode auxiliar no entendimento das dinâmicas inconscientes presentes nas relações entre profissionais de saúde e usuários (Onocko-Campos, 2012; Val et al., 2017; Rosa, 2004). Desta forma, também é possível identificar os desafios subjetivos e da própria prática profissional implicados nos contextos de saúde, considerando o foco deste artigo, as representações sociais dos médicos com relação a migração e os atendimentos da população venezuelana.

Método

Delineamento

Esse relato consiste em um estudo de caso múltiplo (Stake, 2006), de caráter transversal. Este tipo de delineamento permite a análise das semelhanças ou diferenças de fenômenos, populações ou narrativas em certo número de casos. Não obstante, o conjunto de informações de múltiplos casos proporcionam melhor compreensão ou teorização sobre o objeto de estudo que, no caso, são as narrativas que sustentam representações sociais de médicos sobre a migração venezuelana ao Brasil (Stake, 2006).

Participantes

Participaram deste estudo cinco profissionais de saúde, de formação médica, vinculados(a) à duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Os dados sociodemográficos dos participantes estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1*Dados sociodemográficos dos participantes*

UBS	Participante	Raça/Etnia	Identidade de Gênero	Escolaridade	Tempo de atuação na UBS
1	P1	Branca	Mulher Cisgênero	Superior Completo	2 anos
2	P2	Branca	Homem Cisgênero	Superior Completo	8 meses
2	P3	Branca	Mulher Cisgênero	Superior Completo	<1 mês
2	P4	Branca	Mulher Cisgênero	Superior Completo	2 anos
2	P5	Branca	Mulher Cisgênero	Superior Completo	3 meses

Fonte: tabela desenvolvida pelos autores (2024).

Esses participantes compõem o banco de dados de um projeto de pesquisa guarda-chuva, o qual é intitulado “Indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos: um estudo longitudinal”. Por sua vez, este projeto guarda-chuva tem por objetivo primário investigar longitudinalmente as relações entre indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos residentes em cidades do interior do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva desses migrantes e de profissionais de saúde dos territórios com a presença da população venezuelana.

Para o presente material, selecionou-se todos os profissionais de saúde de formação médica, os quais advém de duas UBS de um município do interior do RS. Essas UBS foram selecionadas através de indicações de migrantes venezuelanos (participantes do projeto guarda-chuva supracitado) sobre quais serviços de saúde acessaram em seus territórios. Sabe-se, por meio de informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, que essas UBS possuem o maior número de migrantes venezuelanos adscritos.

Para seleção dos participantes, privilegiou-se profissionais médicos que já tivessem experiências com os atendimentos em saúde para a população migrante venezuelana. Com relação a quantidade de participantes, a amostragem é por conveniência (Gil, 2022), já que o intuito é fornecer uma compreensão em profundidade dos casos analisados, sobretudo em termos de semelhanças e diferenças nas narrativas e representações sociais construídas pelos participantes (Stake, 2006).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: ficha que levantou os dados dos participantes: idade, profissão, nacionalidade, naturalidade, raça/etnia, identidade de gênero, estado civil, escolaridade, função no SUS, tempo de atuação no SUS-Atenção Básica e no território atual.

Roteiro de entrevista: o roteiro foi elaborado e conduzido a partir dos pressupostos teórico-metodológicos da entrevista semiestruturada (Gil, 2022). Essa organização de entrevista estabelece questões à priori, mas apenas tópicos abrangentes que levem ao entrevistado a falar livremente sobre o tópico apresentado. Sem intervenções do pesquisador, entende-se que o momento da entrevista preconiza por propiciar um espaço de escuta em que o participante possa seguir suas próprias associações sobre as questões.

No entanto, há subquestões que atuam com o objetivo de convidar o entrevistado a ampliar seu relato sobre a temática. Em termos dos tópicos das entrevistas, estes foram organizados em três principais eixos: 1) formação e experiência profissional, que abordava subquestões sobre trajetória na saúde pública e capacitações para atender a diversidade étnico-cultural; 2) saúde e apoio social, que acessou a narrativa sobre saúde e integração comunitária dos migrantes venezuelanos; e 3) assistência à saúde dos migrantes venezuelanos na Atenção Básica, que abarcou as experiências dos profissionais nos atendimentos em saúde da população.

Importante salientar que essas entrevistas tópicas foram orientadas pelos pressupostos teórico-metodológicos da teoria psicanalítica (Rosa, 2002; 2004). Sabe-se que o método psicanalítico promove um entrelaçamento entre teoria, prática e pesquisa, não do conceito ao fenômeno, mas de um movimento pendular do fenômeno ao conceito (Rosa, 2004). Neste sentido, torna-se possível utilizar de uma escuta psicanalítica para colher depoimentos e entrevistas, ainda que em função do desejo do pesquisador, pois entende-se que o inconsciente não fica restrito à prática clínica, mas atua em todo enunciado e recorta as narrativas pela enunciação que o transcende. Portanto, a relação transferencial, que é o dispositivo que possibilita a escuta e a produção de (novos) saberes, mesmo que imaginariamente colado às representações de atendimento clínico, pode ser ampliado para pesquisas empíricas e leituras de fenômenos sociais (Rosa, 2002).

Para que tal movimento aconteça, isso convoca o entrevistador a transitar da posição clínica para escutar em uma posição que rompa com as limitações do sujeito psicológico ou social, que é efeito de seus predicados, para então vivenciar a experiência compartilhada com o outro: a escuta como testemunho e resgate da memória (Rosa, 2004). Orientados por esse paradigma epistemológico, esse relato de pesquisa empírico considera que há tanto identificações quanto resistências dos pesquisadores na produção tanto do estudo quanto em

seu relato. Isso acontece desde aquilo que foi possível suportar e compartilhar com os participantes, que pode ser de sofrimento, seja de seus próprios ou do outro.

Procedimentos

Em termos de procedimentos, o projeto guarda-chuva foi submetido a SMS do município para autorização da condução do estudo. Após aprovação, as duas UBS com maior contingente de migrantes venezuelanos adscritos foram contactadas para participar do estudo. Nesse momento, apresentou-se o projeto para as coordenadoras das UBS e os profissionais de saúde que sinalizaram interesse em participar, preencheram uma ficha de contato. Após, os pesquisadores vinculados ao projeto agendaram as entrevistas com os interessados, as quais ocorreram individualmente, no local e horário de trabalho dos participantes. As entrevistas, que foram gravadas e transcritas para análise, aconteceram entre novembro e dezembro de 2022, sendo que a duração média de tempo foi de 40 minutos.

O presente estudo consiste em uma produção da Iniciação Científica da primeira autora, a qual é vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) voluntária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob coorientação e orientação do segundo e terceiro autor, respectivamente. O projeto guarda-chuva foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (CEP; Proc. CAAE Nº 59079522.3.0000.5334) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (Proc. Nº 599/2022). A pesquisa obedeceu todos princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra “P” seguidos de uma numeração sequencial para garantir suas confidencialidades.

Análise de dados

Conduziu-se uma leitura psicanalítica dos dados das entrevistas (Rosa, 2004). Essas análises permitiram que conteúdos manifestos e latentes fossem considerados nas narrativas dos participantes. Isto é, os conteúdos os quais, aparentemente, eram desprovidos de representações ou que fugiam do texto literal, mas que carregavam conteúdos latentes, foram possíveis de serem lidos pelos pesquisadores enquanto ditos não-ditos. Trata-se de um movimento de encontro de subjetividades, de pesquisador-pesquisado a partir do texto (Forno & Macedo, 2021).

Os pesquisadores se mantiveram em uma postura arqueológica para com os dados, em um processo de ir e vir ao texto das entrevistas e, conseqüentemente, às narrativas produzidas

pelos participantes. Assim sendo, foi possível observar conteúdos que, embora não enunciados verbalmente, se apresentaram na relação transferencial, tanto no momento da entrevista quanto no áudio e leitura das transcrições. Esse processo consistiu em se situar em uma posição de não teorização a priori, na qual os pesquisadores orientaram sua leitura dos dados a partir da atenção flutuante de Freud (2010/1912, p. 150), em que se deve “*escutar sem se preocupar em notar coisa alguma*”. Por isso, não foram produzidas teorizações no primeiro momento, para evitar que as leituras fossem comprometidas de tal forma que a experiência de “escutar” e ler os dados fosse prejudicada.

No momento a seguir, para interpretações dos fenômenos, utilizou-se da articulação de conceitos clássicos da Psicanálise e da teoria de Representação Social (Moscovici, 2012), ao passo que se articulou com observações das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva. Neste momento, importante destacar que essas leituras partiram da compreensão de que os médicos não são a origem absoluta de seu discurso, mas que estão imbricados na (re)produção de narrativas e representações sociais vigentes em seu contexto histórico e territorial (Caregnato & Mutti, 2006), no caso, sobre a migração e os atendimentos aos venezuelanos no município do estudo.

Resultados

O material recolhido foi submetido à uma leitura psicanalítica dos dados (Rosa, 2002; 2004). Percebeu-se que os dados convergem para uma categoria abrangente que se relaciona com diferentes níveis de vulnerabilidade, transcrita em dimensões sociais, financeiras, afetivas e de saúde. Diante disso, organizou-se dois eixos específicos para apresentação, sendo: 1) Subalternização da capacidade intelectual, educacional e de cuidado dos venezuelanos; e 2) (Des)afetos na relação transferencial nos atendimentos com venezuelanos.

Além destas categorizações, houve um consenso entre os profissionais em duas dimensões importantes cuja inferência nas categorias de análise pode ser facilmente captada: nenhum dos médicos(as) entrevistados(as) obteve uma capacitação específica sobre o atendimento às populações migrantes. De forma semelhante, caracterizaram a cidade que atuam como preconceituosa e bairrista, inclusive com relação a pessoas de outros estados brasileiros. Mesmo que o objetivo deste artigo seja olhar para o fenômeno da migração para além das barreiras linguísticas na comunicação entre médico-paciente venezuelano, é válido mencionar que todos os participantes citaram o idioma como um dos maiores desafios nos atendimentos às populações migrantes, sobretudo venezuelana.

Subalternização da capacidade intelectual, educacional e de cuidado dos venezuelanos

Diante das falas dos entrevistados, percebeu-se que há uma subestimação não só do nível de escolaridade, mas da capacidade de compreensão cognitiva-intelectual dos migrantes venezuelanos: *“Muito além da questão de saúde, realmente eu não sei, por exemplo, o grau de instrução deles. [Eu] sempre pergunto se sabe ler, pra escutar receita, essas coisas, se eles tiveram uma formação, qual foi o acesso à educação que eles tiveram ou não”* (P1). Dessa forma, há uma inferência e suposição de um baixo nível de escolaridade, visto que as perguntas feitas aos venezuelanos já são direcionadas, tendo como base uma representação social de que esses migrantes não teriam a possibilidade de uma educação de qualidade, bem como uma capacidade para desempenhar um ideal de intelectualização e raciocínio cognitivo.

Nesse sentido, é possível perceber na fala da profissional que houve uma quebra de expectativa por se deparar com pacientes venezuelanos diferentes daqueles esperados por sua representação social, que, em linhas gerais, figuraria um sujeito iletrado: *“Quase mesmo pessoas mais idosas e tal quase todo mundo sabe ler dos que eu atendi. Te explica um tratamento, eles entendem o que tu tá explicando. Coisas que aqui às vezes a nossa população que em tese teria mais acesso”* (P1). Ainda, o recorte denota que os pacientes brasileiros são colocados como superiores aos migrantes venezuelanos, com relação ao acesso à educação, bem como de sua capacidade de assimilação e desempenho intelectual.

Não obstante, admitiu-se que há uma diferença no tratamento com pacientes venezuelanos, algo que pode ser lido de maneira dicotômica: *“Mas aí é venezuelano, então precisa de mais tempo, mais tempo de consulta, daqui a pouco precisa de uma orientação melhor da enfermeira”* (P3). Questiona-se o quanto essas falas estão ligadas ao conceito de equidade do SUS, que prevê uma adequação do atendimento de acordo com as demandas de cada paciente, ou a uma inferência/subestimação da capacidade de compreensão dos usuários. Salienta-se que essas duas leituras podem coexistir e se sobrepor, ora respeitando a diferença, e em outras, pressupondo novos níveis de vulnerabilização da população.

Ao mesmo tempo em que essas representações sociais reducionistas se apresentam, os profissionais por vezes colocam os pacientes venezuelanos em uma posição de maior estima do que pacientes brasileiros: *“Eu vejo diferença deles no nível de instrução e compreensão, enfim, porque da nossa população, que às vezes a nossa população está muito acostumada com assistencialismo que se criou assim uma mentalidade do tipo, tudo é direito e quase nada de dever assim, sabe? Então, eles vão atrás e tal.”* (P1). Assim sendo, aqui não só os seus níveis de instrução e compreensão foram valorizados, mas também seus comportamentos de

proatividade e iniciativa.

No entanto, salienta-se que essa valorização não vem desacompanhada de uma representação social de vulnerabilidade financeira, social e até mesmo cultural: *“É uma limitação muito mais financeira do que cultural assim, vamos dizer, sabe? Acho que se eles tivessem num contexto social mais favorável, seriam pacientes que várias vezes teriam condições melhores do que vários pacientes daqui, entende? [...] Então, eu vejo assim que tipo, às vezes eles tem mais condições assim de compreensão da situação e tal do que pacientes daqui”* (P1). Por mais que em alguns casos isto se conecte com a realidade de famílias venezuelanas, ainda assim essa generalização pode promover barreiras no encontro de subjetividades de médicos-pacientes, prejudicando a relação transferencial e o cuidado longitudinal.

Notoriamente os médicos entrevistados equacionam a representação social de um suposto déficit intelectual e educacional como uma certa incapacidade de cuidado dos venezuelanos com suas crianças e bebês. Levando em conta a cultura regionalista da cidade pontuada pelos profissionais, evidenciou-se a inscrição de que os valores e costumes relacionados à prática de cuidado de migrantes venezuelanos seriam circunstanciados por comportamentos de negligência, como um suposto comportamento inadequado: *“Eu vejo que eles têm uma higiene muito diferente da nossa. Eu vejo que eles não têm muitos hábitos de higiene, assim, eu tenho que orientar bastante isso nas consultas, sabe?”* (P4).

Em uma fala de outra profissional é possível destacar um tom de surpresa quando esta não se depara com comportamentos de negligência por parte dos cuidadores venezuelanos, denotando uma quebra de expectativa: *“Olha, na verdade eu nunca vi essa diferença cultural, pra mim vem a mãe com a criança e é normal, não vi nenhuma negligência com as crianças. Também todos que vieram às consultas se portaram bem. Então eu nunca vi essa diferença, em forma vestimenta, alimentação...”* (P5). Isto indica que, antes desse confronto entre representação e como o caso se apresentou na realidade, possivelmente havia enraizada uma outra representação social pautada em uma precarização do cuidado, já que este comportamento é colocado como a diferença cultural possível.

É perceptível, portanto, que há uma idealização da prática de cuidado dos brasileiros em detrimento de outras culturas latino-americanas, como a venezuelana, que são vistas como limitadas: *“E aí tipo, mas a questão cultural em si, não vejo assim muito, sabe? Assim grandes, sabe? É que até não atendo tanta criança. Acabo atendendo bem mais adulto. Mas porque daí tem pediatra três vezes na semana, eles acabam... a criança acaba atendendo mais com o pediatra, mas assim limitações culturais não cheguei a ver tanto, sabe?”* (P1). Ou seja, se por

acaso surgissem diferenças culturais no atendimento, as práticas venezuelanas de cuidado representam uma conduta limitada quando comparada às brasileiras. Esta postura de superioridade também apareceu no âmbito da comunicação com as crianças: *“Às vezes eu não conseguia, como é que eu posso dizer? Me comunicar com a criança ou até mesmo acalmar a criança de uma forma que a gente faz aqui no Brasil, né? Nós sabemos uma forma mais carinhosa de chegar, falar [...]”* (P3). Logo, associados a isso, os saberes referenciados também implicam que, além de um maior cuidado às necessidades básicas e de saúde, os cuidadores brasileiros tratariam suas crianças com uma maior afetividade.

(Des)afetos na relação transferencial nos atendimentos com venezuelanos

Diante das representações anteriormente veiculadas, em que os profissionais médicos sustentam uma representação social de que os venezuelanos possuem menores condições e capacidades intelectuais, educacionais e de cuidado, percebeu-se que esses paradigmas impactam diretamente nos (des)afetos dos participantes para com a população. Neste sentido, outro importante conteúdo de análise se constituiu a partir de falas que ditavam implicitamente os pacientes venezuelanos como questionadores: *“O venezuelano já tem uma postura mais questionadora, eles são bem mais questionadores e se mostram, eles mostram assim [...] Os venezuelanos questionam mais, colocam um ponto de vista de como era lá, comparando como é aquilo, lá era X, era Y, ‘porque que aqui...’ sabe?”* (P1).

Observa-se que o comportamento de questionar é colocado em tom negativo, transparecendo a existência de uma representação social que possivelmente os define, além de confrontadores, como pacientes difíceis: *“E aí às vezes os pacientes tem bastante relutância em aceitar medidas de intervenção [...] mas às vezes é isso que eu digo assim eles confrontam mais, tipo: ‘bah, acho que na Venezuela não seria esse tratamento, sabe?’ Então, às vezes eu acho que eles acabam não aderindo porque eles não confiam na minha conduta”* (P1). Para além, também são considerados agressivos: *“Elas ficam mais assim, tipo, um pouco agressivo porque não tem não tem vaga, essas coisas”* (P1). Desta forma, pode-se dizer que, apesar de o seu direito de acessar o serviço de saúde não estar sendo impedido, as condições de ser protagonista no que tange o tratamento de sua própria saúde está comprometida pelos desafetos da profissional, pois são taxados como questionadores, confrontadores e agressivos pela mesma médica.

Esta questão da agressividade também foi relatada por outra profissional: *“Só teve um caso que eu não gostei, mas não era por ser um venezuelano, mas por ser da pessoa mesmo, que o cara entrou e falou assim: ‘Eu vim aqui porque eu tô com dor de garganta e eu preciso*

antibiótico, é a única coisa que me resolve'. Tipo assim, já chega dando a conduta médica [...] a partir dali eu não gostei, porque foi uma coisa muito agressiva, sabe? Mas foi por ter falta de educação, não por ser venezuelano. Não tem esse estigma, porque isso acontece com o brasileiro também, tem muita gente mal educada.” (P5). Por mais que a entrevistada tenha dito que não se tratava da nacionalidade, mas sim da pessoa em si, interroga-se em que medida a profissional estaria atendendo uma desejabilidade social no momento da entrevista, já que em outros instantes já havia referido aos venezuelanos enquanto pacientes agressivos, bem como com relação aos brasileiros, essa representação não emergiu em suas narrativas.

Outra característica designada aos pacientes venezuelanos corresponde a uma postura defensiva e por vezes ríspida, que é apresentada primeiramente por uma introdução de vulnerabilidade: *“Não é de problemas específicos de saúde, mas sim esse lado mesmo de defesa dessa população, às vezes são um pouquinho mais ríspidos em responder e querer exigir alguma coisa, mas eu acho que é defensiva deles, não propriamente na parte de saúde especificamente” (P2). Aqui não somente o sentimento de medo foi introduzido, mas a noção generalista de que os pacientes venezuelanos seriam os principais responsáveis pela dificuldade em se estabelecer a relação transferencial e vínculo entre médico e paciente, como se o profissional não estivesse implicado nessa relação também.*

Junto disso, o comportamento agressivo citado anteriormente surge novamente, mas desta vez vinculado a uma representação social que os coloca como reprodutores de um comportamento de desconfiança: *“Não dizem o motivo de terem vindo, porque que vieram, quanto tempo vão ficar, onde vão ficar, eles vêm mesmo para cuidar da saúde. Mais demandas pontuais, não sei se eles têm medo de alguém querer denunciar alguma coisa, sabe? De não querer passar tantas informações, é mais é nesse sentido né? Acho que eles não gostam realmente de responder algumas questões como a idade, onde mora... tem certas coisas que eles preferem nem tocar no assunto.” (P1). Neste caso, de forma não contida, é detectado uma suposição de que o processo migratório dos usuários teria ocorrido de “forma ilegal”, denotando uma representação social de que por se tratar de uma população em vulnerabilidade, esta “ilegalidade” lhes seria uma única opção. Chama a atenção também que a profissional coloca como primeira hipótese uma “regra nacional sendo burlada”, como um não respeito às fronteiras e bordas, para explicar a resistência deste público em fornecer informações pessoais antes de se considerar outros fatores.*

Ao mesmo tempo, apareceram falas com (des)afetos contrários a estas, mostrando uma maior sensibilidade dos profissionais: *“Mas a maioria é positiva, são pessoas educadas, têm esses casos, exceções, como sempre tem, mas a maioria são educados, carentes, que necessitam*

realmente de atendimento. Não são pessoas que vêm aqui à toa, eles realmente precisam, precisam da atenção (P5)". Ainda que a descrição tenha sido composta da representação de venezuelanos como carentes e necessitados de atenção, não deixando o fator de vulnerabilidade de fora da narrativa, a maioria dos pacientes foram descritos como pessoas educadas. Isto é, pode-se pensar que houve uma tentativa por parte da profissional de não permitir que situações pontuais servissem como referencial geral para toda a população venezuelana. Por outro lado, questiona-se quais processos e defesas psíquicas possam ter atuado para que a profissional apresentasse uma nova narrativa, contrariando a anteriormente apresentada, que fixava os venezuelanos como exigentes e agressivos.

Outras falas retratando de forma mais explícita esta relação médico-paciente venezuelano foram recortadas: *"E eu acho bem legal, na verdade eu acabo criando um vínculo bem legal, porque eu sou curiosa também, né? Então acabo conversando mais e tentando fazer com que eles se sintam à vontade no nosso sistema. Esse é o papel do médico de família, né? Também a pessoa se sentir acolhida."* (P4). Aqui a profissional parece se implicar na relação transferencial e na criação do vínculo, que é imprescindível para o estabelecimento de uma relação de confiança e, conseqüentemente, para a adesão dos usuários ao tratamento em saúde: *"E eles têm voltado, por exemplo, eu solicito exames, tem vários brasileiros que não fazem, eles até agora não tiveram nenhum [venezuelano] que não ou que fez e não voltou, que não foi de atrás, sabe? Então eu gostei bastante, porque tu tens o povo que tem demanda, mas também eles estão indo ali atrás. Eles estão querendo, estão buscando ajuda, então isso pra mim está bem bom."* (P5). Em ambos os relatos, os pacientes venezuelanos não foram descritos como questionadores, desconfiados ou agressivos. Tal movimento pode denotar que a realidade experienciada pode colocar em questão as ideias anteriormente veiculadas, desde que o profissional esteja aberto aos (novos) movimentos e disponível para questionar seus (des)afetos e representações sociais.

Por outro lado, há de se ponderar um elemento importante. Os pacientes os quais fora estabelecido algum tipo de vínculo foram comparados com os brasileiros pelas mesmas profissionais: *"E os venezuelanos eu acho eles muito brasileiros, assim [...] E ela (paciente venezuelana), nossa, eu acho ela super brasileira assim, ensinei ela que ela tem que exigir um bom atendimento, ela fez isso mesmo, sabe? Ah, trouxe a mãe agora dela para cá, sabe? Então, acho que não, acho que os venezuelanos eles têm mais um, um jeito mais brasileiro assim, muito mais do que os haitianos."* (P4). Em outras palavras, as médicas entrevistadas colocaram os costumes brasileiros como normativos em detrimento dos costumes que se entendem como

venezuelanos e até mesmo haitianos: *“Então pra mim é basicamente igual ao brasileiro, nem sei te dizer quais são as diferenças, porque eu não notei isso, pra mim bem normal”* (P5).

Portanto, os venezuelanos que apresentam um comportamento que se aproxima daquilo que se entende quanto brasileiro, como habitual, são mais fáceis de serem atendidos, enquanto que aqueles que porventura carregam consigo características pertencentes ao repertório de uma representação social do que se entende como venezuelano (questionador, desconfiado e agressivo) são entendidos como “menos brasileiros” e, assim, mais difíceis de serem atendidos. De certa forma é como se os comportamentos entendidos como disfuncionais fossem definidos como “mais venezuelanos”, ao passo que ao se portar “mais adequadamente” seria ser “mais brasileiro”. Cabe questionar em que medida esse movimento está sustentando em primeiro, uma cisão do indivíduo venezuelano em uma parte brasileira e, por conseguinte, uma projeção dos médicos para com os migrantes, na identificação que possibilitaria um afeto mais fácil de ser lido pelos profissionais em seu trabalho com a população.

Por fim, a profissional, sem se dar conta, reitera uma separação entre brasileiros e venezuelanos: *“Não existe nenhum preconceito, né? Porque a gente acaba, às vezes, tem essa história, né? De ‘ah, meu Deus, eles vêm aqui para roubar nossos empregos’, ‘eles vêm aqui para...’, não, não vejo isso aqui, eu vejo que a gente é muito acolhedor com eles [...] Aliás, eu acho que, às vezes, a gente trata muito melhor eles, às vezes, do que os nossos próprios usuários, porque eles demandam mais, né?”* (P4). Mesmo que sua narrativa literal descreva que não há preconceito, no próprio recorte a profissional separa “eles”, os venezuelanos, de seus “próprios usuários”, os brasileiros, denunciando uma representação social que a população migrante venezuelana ainda não faz parte do escopo de usuários desses serviços de saúde.

Discussão

Identificou-se que os participantes profissionais médicos da Atenção Básica deste estudo possuem representações sociais sobre a migração venezuelana e atendimento da população que se circunscrevem dentro de um bojo de vulnerabilidades. Por sua vez, essas vulnerabilidades se situam desde os campos intelectuais e educacionais, mas também reverberam na capacidade de cuidado de bebês e crianças venezuelanas. Tratando-se de um fenômeno recente, ainda é escassa a literatura a respeito da temática, no entanto, um relato de experiência sobre um processo de interiorização de venezuelanos no sul do Brasil (Gil et al., 2024) discute elementos semelhantes. A vulnerabilidade desta população pareceu suscitar afetos ambivalentes nos brasileiros, já que ao mesmo tempo que carregam representações

sociais calcadas no racismo e na xenofobia, de que são pessoas “perigosas” que vieram “para roubar nossos empregos”, também precisam ser acolhidas, pois são vítimas do comunismo, uma política que teria destruído seu país e os obrigado a migrar para o Brasil.

Nesse sentido, o estudo de Chagas et al. (2019), ao investigar grupos de WhatsApp de orientação política de extrema-direita, identificou narrativas sobressalentes que endossam tal perspectiva ao inferir que o “Brasil vai virar uma Venezuela”, caso, na época, partidos de esquerda vencessem as eleições. Conjectura-se que essas representações sociais pairam sob parte da população brasileira que é alheia ao tema, os convocando a uma postura ambivalente: excluir *versus* acolher. De todo modo, essas representações sociais reforçam um lugar vulnerabilizado e marginalizado da população venezuelana que migra ao Brasil, pois supostamente não haveria outro desfecho para estes migrantes que não aponte para uma condição de precariedades.

Essas representações sociais também circulam a nível mais localizados, quando os participantes subalternizam as capacidades intelectuais e educacionais da população. Como consequência, constroem uma imagem do venezuelano que seria incapaz de cuidar de seus filhos. Essa representação está calcada em uma lógica classista e preconceituosa, que pormenoriza o cuidado de uma população por um viés especialmente socioeconômico (Fonseca, 2012). Cabe questionar essa presunção, uma vez que esse movimento dos profissionais médicos pode produzir impactos iatrogênicos nesses cuidadores, já que podem ser constantemente convocados a responder dessa posição de alteridade ao se identificar com esse lugar incapacitante: um cuidador desprovido de potencial de cuidado (Onocko-Campos, 2012). Por outro lado, os profissionais precisam atentar-se aos sinais de potência desses cuidados, pois por mais economicamente vulnerável que uma família se encontre, são sempre os próprios indivíduos que podem fornecer indícios de potencialidades escondidas. Portanto, enfatiza-se que as vulnerabilidades não devem ser equacionadas a um cuidado precário, mas, de outra forma, precisa-se questionar esses determinismos (Fonseca, 2012), a fim de produzir tensões nessas representações sociais em torno da subalternização da população venezuelana.

Ainda, interessante notar que, quando os venezuelanos destoam dessas representações sociais fixadas, os profissionais médicos se referem que eles seriam “mais brasileiros”. Além do inerente apagamento da identidade étnico-cultural, os participantes desvelam tolerar o sujeito que está em consonância com seu escopo de representações sociais hegemônicas, negando ou transformado em outra coisa aquilo que é colocado como dissidente. Pode-se pensar tal movimento enquanto um ato psíquico resultante do etnocentrismo (Laraia, 2020), em que há uma tendência dos coletivos de fazer um enquadramento do estranho-estrangeiro para dentro

de seu próprio repertório cultural, com o intuito de torná-lo familiar e possível de ser incorporado às representações sociais já disponíveis nos coletivos.

Em outro aspecto, invariavelmente, as representações sociais de vulnerabilidade da população venezuelana impactam a relação entre médico-usuário, e conseqüentemente, o vínculo estabelecido entre serviços de saúde e comunidade. Neste sentido, pensa-se que a constituição das relações e do vínculo entre profissional e usuário, que se trata de uma concepção utilizada pela Saúde Coletiva (Mitre, Andrade & Costa, 2012), pode ser pensada e sustentada pela transferência, conceito clássico da Psicanálise (Freud, 1912/2010). Ao descrever a transferência, Freud postula que esta é, em sua essência, amor. No contexto clínico, trata-se da reatualização dos afetos infantis do sujeito transferidos para a figura do analista, em novas configurações, mas que reproduzem padrões repetitivos de suas primeiras relações. Pode-se apresentar como “positiva”, na admiração e zelo pela figura do analista, assim como “negativa”, na depreciação e resistência ao tratamento. Contudo, o que garante efetivamente uma situação analítica é justamente esta posição simbólica assumida pelo analista no percurso de uma análise, alvo de ambos os conteúdos transferenciais. Fundamentalmente, é a relação transferencial que sustenta o trabalho de análise. Sem transferência, a análise não acontece (Freud, 1912/2010).

Ressalta-se que a transferência não é exclusiva da Psicanálise, nem mesmo dos contextos de terapia, mas um fenômeno implicado nas relações sociais (Rosa, 2004). Por isto, da mesma forma que os afetos são endereçados ao analista em uma análise, fora dela, estes conteúdos psíquicos podem ser dirigidos a outras figuras notórias e detentoras de supostos saberes, como, por exemplo, a figura de políticos, professores, profissionais dos serviços de saúde e demais (Freud, 1912/2010). Desta forma, é possível a extensão da ética e das concepções psicanalíticas para outras esferas, como em fenômenos circunscritos no social e no político, e não estritamente ligados ao tratamento analítico (Rosa, 2004).

Assim, a relação transferencial pode ter seu cunho terapêutico ampliado para outros contextos de saúde, como, no recorte deste estudo, para o estabelecimento do vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, sobretudo os que carregam representações sociais depreciativas, como os venezuelanos. Isto é, pode-se pensar que da mesma forma como em uma análise, em que é a transferência é o que sustenta a relação analista-analisante, é a relação transferencial que propicia e sustenta o vínculo entre profissional-paciente nos atendimentos (Rosa, 2004), fundamental na prestação de cuidados em saúde (Mitre et al., 2012).

Muito além de uma simples prestação de serviços em saúde, o contato entre médico-migrante precisa ser norteado por uma escuta qualificada, capaz de facilitar o vínculo, fruto da

relação transferencial, que é construído no dia a dia, respeitando o tempo do sujeito (Mitre et al., 2012). Além disso, essa relação só se estabelece quando o médico não ocupa o lugar de quem tudo sabe, atuando em posição de poder sob o usuário. Por sua vez, o vínculo é facilitado quando os profissionais adotam a posição de “aprendizes da clínica” (Onocko-Campos, 2012), servindo-se das narrativas dos usuários como norteadores de suas práticas de saúde, e não totalizando-se em seu escopo de representações que podem impedir que um real encontro de subjetividades se estabeleça. Tal movimento desloca o sujeito da posição objetificada e contemplativa, imposta pela autoridade no mestre, e o insere como protagonista no seu tratamento (Val et al., 2017). Na perspectiva clínica, a psicanálise já aponta que o sujeito já chega ao analista com uma resposta – o sintoma – à uma pergunta da qual nada sabe, mas que almeja acessar no decorrer de seu tratamento (Calligaris, 2019).

É nesta relação de vínculo e transferência que o médico pode proporcionar um espaço de escuta para que o usuário elabore um “saber”, ao passo que se oportuniza que o próprio profissional abra fissuras nessas representações sociais totalizantes e possibilite que novas construções sejam possíveis (Val et al., 2017). Nesse movimento, trata-se de legitimar não apenas o “lugar de saber” dos usuários, mas o próprio saber cultural do sujeito, sustentando um espaço de escuta que permita ao paciente associar suas queixas à sua história, assim também construindo um novo olhar dos profissionais sob a população. O “saber”, neste caso, não se trata de informações ou conhecimentos técnico-científicos mutuamente partilhados, mas se revela na experiência de responsabilização, a qual possibilite aos sujeitos teçam suas próprias narrativas dentro dos dispositivos de saúde, e os profissionais confrontarem seus ideais e representações cristalizadas.

Por isso, postula-se que o vínculo e a construção de novas representações acontecem quando se faz do atendimento uma escuta, uma experiência, um encontro (Onocko-Campos, 2012). Esta escuta envolve, também, uma espécie de silêncio ao fundo, na consideração de que há um espaço vazio deixado para aquele que é cuidado o ocupe, caso deseje. O cuidado é o inverso do controle, e o oposto da antecipação. Aquele que cuida do outro “apesar do outro”, porque fantasia saber o desejo do outro ou atua na prepotência de atribuir ter uma posição superior, deveria chamar isto de controle ou governo sobre o outro. Controle é quando se coloca o outro no lugar de instrumento, sem seu consentimento ou satisfação. O cuidado é a espera, em reserva, do encontro e da escuta (Dunker & Thebas, 2019).

Em termos práticos da escuta, Figueiredo (2004) aponta que quando os médicos adotam um olhar que não se restringe apenas ao sintoma, não tomados pelas representações sociais totalizantes, mas atento às singularidades da história de cada sujeito, estes propiciam um espaço

de escuta que possibilita que demandas não apenas de ordem biológicas, mas subjetiva, surjam nos atendimentos. Ou seja, o diagnóstico se torna mais assertivo quando interpelado não apenas pela fala do usuário, mas pela escuta do profissional, que se disponibiliza ao encontro real com o sujeito-paciente e não com o sujeito já absoluto das representações sociais (Figueiredo, 2004). Nesta direção, algumas das queixas endereçadas aos profissionais de saúde podem não ser passíveis de solução pela racionalidade biomédica, o modelo pautado exclusivamente na intervenção técnica e/ou medicamentosa. Eventualmente, certo sofrimento psíquico está subjacente, o qual também é passível de ser acessado quando o profissional se disponibiliza para realmente escutar o sujeito ali colocado, e não a sua doença ou a si próprio (Onocko-Campos, 2012).

Portanto, nesse encontro de subjetividades, é necessário que o profissional se doe como sujeito (Onocko-Campos, 2012). Doar a si, seus recursos psíquicos, implicando-se na sustentação da transferência. Há como um deslocamento do trabalho meramente técnico para um trabalho subjetivo, na qual a própria subjetividade do profissional se revela. No entanto, por suas próprias questões narcísicas, os profissionais podem se sentir convocados a responder todas as demandas de seus pacientes. Assim, na medida em que se identificam com as queixas e vulnerabilidades dos usuários, conteúdos contratransferenciais podem se apresentar, como o medo, a raiva e a frustração. Eventualmente, quando entram em contato com esses sentimentos, tendem a se defender de seus afetos com posturas técnicas e evitativas, manifestas em encaminhamentos para setores especializados, na tentativa de resistir e afastar-se do sofrimento (Onocko-Campos, 2005). Importante lembrar que a integralidade do serviço de saúde e do cuidado não diz respeito a encaminhamentos isolados para diferentes frentes de assistência, mas de uma clínica ampliada, que atente para aspectos biológicos, subjetivos e sociais.

Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi de analisar as narrativas que sustentam as representações sociais de médicos da Atenção Básica sobre a migração e o atendimento em saúde da população venezuelana, em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Identificou-se que as representações sociais dos profissionais médicos subalternizavam a capacidade intelectual, educacional e de cuidado dos migrantes venezuelanos. Esse movimento impactou direta e indiretamente os (des)afetos dos participantes na relação transferencial com os pacientes venezuelanos. Em certos momentos, foi-lhes atribuída uma posição de questionadores e

agressivos, mas quando se apresentavam de maneira mais consonante às representações sociais idealizadas dos médicos, os venezuelanos eram lidos enquanto “mais brasileiros”.

A vinculação do usuário com o serviço de saúde é imprescindível, sobretudo na Atenção Básica, que prevê a oferta de um cuidado integral e longitudinal, onde a figura do médico ocupa um papel central não só no atendimento clínico, mas também na elaboração e execução de estratégias de saúde à curto, médio e longo prazo. Logo, estas representações sociais, através do fenômeno da contratransferência, podem se apresentar como barreiras na relação médico e paciente venezuelano, afetando diretamente o vínculo com o profissional e, por consequência, os indicadores de saúde da população. Por compreender que as representações sociais não são exclusivamente fruto de uma elaboração individual, os achados deste estudo denunciam possíveis constructos de um potente imaginário coletivo que, ao não ser confrontado, se solidifica enquanto fonte de conhecimento e possível recurso psíquico acionado nos atendimentos da população.

Entende-se, também, que o estudo apresenta limitações, sobretudo a nível da quantidade de casos analisados, que dificultam a compreensão de uma representação social da categoria médica. No entanto, o material nos proporciona nuances de como essas narrativas se interpelam e constroem um tecido discursivo que sustenta as representações sociais. Para os próximos estudos, sugere-se que sejam investigados profissionais médicos que atuem em outros contextos, tanto a nível de saúde pública, quanto de espaços privatizados, com o intuito de compreender se há semelhanças e diferenças nas narrativas de profissionais que atuam em diferentes frentes de saúde.

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq, agência de fomento responsável por bolsas de autores deste manuscrito. Informamos que o segundo autor P.H.C.G. possui Bolsa de Doutorado – GD CNPq e terceiro autor A.P. possui Bolsa de Produtividade CNPq. Agradecemos, também, aos estudantes de Iniciação Científica da UFRGS, Gabriel Baltazar, Natally Buzzatto e Marina Basotti, os quais compuseram a equipe de coleta de dados do projeto guarda-chuva em distintos momentos.

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram que o presente manuscrito não apresenta conflitos de interesse.

Referências

- Amarante, P., & Costa, A. M. (2012). *Diversidade cultural e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Bastos, J. P. B. & Obregón, M. F. Q. (2018) Venezuela em Crise: O que mudou com Maduro? *Derecho y Cambio Social*, 52, 1-16. https://www.derehoycambiosocial.com/revista052/VENEZUELA_EM_CRISE.pdf
- Brasil (1990). Lei nº 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. (4th Ed.). Série Pactos pela Saúde.
- Brasil (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Buss, P. M. & Filho, A. P. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Calligaris, C. (2019). Curar ou não curar. In C. Calligaris (2019), *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. São Paulo, Planeta do Brasil.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4), 679-684. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFctbZDZHgNP/?lang=pt>
- Chagas, V., Modesto, M., & Magalhães, D. (2019). O Brasil vai virar Venezuela: Medo, memes e enquadramentos emocionais no WhatsApp pró-Bolsonaro. *Esferas*, 14, 1-17. <https://pdfs.semanticscholar.org/170e/5e00ce517b8d9f8454c2ce7299eeb971b35b.pdf>
- Dunker, C. & Thebas, C. (2019). Cuidado ou controle? In: C. Dunker & C. Thebas. *O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas*. 3ªed. (p. 129-132). São Paulo: Planeta do Brasil.

- Figueiredo, A. C. (2004). Construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoam. Psicopat. Funda*, 1, 75-86. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
- Fonseca, C. (2012). Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas “alternativos” de educação para a primeira infância. In C. Fonseca, F. Rohden, & P. S. Machado (Orgs.), *Ciências na Vida: Antropologia da ciência em perspectiva* (pp. 1–27). Editora Terceiro.
- Forno, C D., & Macedo, M. M. K. (2021). Pesquisa Psicanalítica: da transferência com a Psicanálise à produção do ensaio metapsicológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e37406. doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37406>
- Freud, S. (2010). Obras completas volume 10 – *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia (“O caso Schreber”)*: artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913) (P. C. Souza, Trad.; pp. 147–162). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2020). Obras completas volume 14 - *História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”)*, *Além do princípio do prazer e outros textos* (1917-1920). (P. C. Souza, Trad.; pp. 161-239). Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1920).
- Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gil, P. H. C., Honesko, F. S. de A., Costa, P. K. A. da, & Pizzinato, A. (2024). Interiorização de coletivo venezuelano no sul do Brasil: Relato de experiência. *Revista Da SPAGESP*, 24(2), 82–95. Recuperado de <https://nesme.emnuvens.com.br/SPAGESP/article/view/83>
- Gil, P. H. C., & Lopes, R. de C. S. (2024). Desafios de profissionais no atendimento à diversidade de cuidadores de bebês na Atenção Básica. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 13, e5383. Recuperado de <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2024.e5383>
- International Organization for Migration (IOM). (2024). McAuliffe, M. and L.A. Oucho (eds.), 2024. *World Migration Report 2024*. International Organization for Migration (IOM), Geneva. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>
- Laraia, R. B. (2020). *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Mitre, S. M., Andrade, E. I. G., Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(8), 2071-2085. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>
- Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem, seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Nespolo, G. F., Duarte, E. R. M., Rocha, C. M. F., Ferla, A. A., Ferreira, G. E., Oliveira, G. C. de, & Lima, B. S. de S. (2014). Pontos de cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores. *Comunicação Saúde Educação*, 18(Supl. 2), 1187-1198. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0367>
- Neto, G. C. C., Antunes, V. H., & Oliveira, A. (2019). A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), e00170917. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>
- Onocko-Campos, R. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 573-583. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>
- Onocko-Campos, R. T. (2012). *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec.
- Osmo, A. & Schraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 205-218. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
- Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Textura: Revista de Psicanálise*, 2(2), 42-46. Recuperado de <https://psicanalisespolitica.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/06/33-rosa-m-d-uma-escuta-psicanal3adtica-das-vidas-secas-textura-sc3a3o-paulo-sc3a0o-paulo-v-2-n-2-p-42-47-2002.pdf>
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-61482004000200008
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis: Case studies*. London: The Guilford press.

Val, A. C., Modena, C. M., Onocko-Campos, R. T., & da Gama, C. A. P. (2017). Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis*, 27(4), 1287-1307. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>

Tanaka, O. Y. (2011). Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 927-934. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>