

Artigo Original

Arruda-Barbosa L, Santos AAA, Rodrigues SS, Lima GM, Fonseca BC, Santos ECM, et al. Perspectiva dos profissionais de saúde sobre os desafios transculturais no cuidado pré-natal às gestantes imigrantes venezuelanas.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250183.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250183.pt>

Perspectiva dos profissionais de saúde sobre os desafios transculturais no cuidado pré-natal às gestantes imigrantes venezuelanas

Perspective of health professionals on the cross-cultural challenges in prenatal care for pregnant Venezuelan immigrant women

Perspectiva de profesionales de la salud sobre los desafíos transculturales en la atención prenatal de mujeres embarazadas inmigrantes venezolanas

Loeste de Arruda-Barbosa ^{a,b} <https://orcid.org/0000-0002-2679-5898>
Alicia Araújo Alves dos Santos ^a <https://orcid.org/0009-0009-4423-3272>
Sarah Soares Rodrigues ^a <https://orcid.org/0009-0009-3555-4994>
Gabriel Mendonça Lima ^a <https://orcid.org/0009-0008-0676-4016>
Brena da Costa Fonseca ^a <https://orcid.org/0009-0004-4098-2309>
Elaine Cristina Mendes dos Santos ^a <https://orcid.org/0009-0000-5825-7323>
José Maria Marques de Melo Filho ^c <https://orcid.org/0000-0003-1767-9526>

^a Universidade Estadual de Roraima. Curso de Graduação em Medicina. Roraima, Boa Vista, Brasil.

^b Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Paraíba, João Pessoa, Brasil.

^c Universidade Federal de Roraima. Curso de Geografia. Roraima, Boa Vista, Brasil

Como citar este artigo:

Arruda-Barbosa L, Santos AAA, Rodrigues SS, Lima GM, Fonseca BC, Santos ECM, et al. Perspectiva dos profissionais de saúde sobre os desafios transculturais no cuidado pré-natal às gestantes imigrantes venezuelanas. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250183.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250183.pt>

RESUMO

Objetivo: identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no cuidado pré-natal a gestantes venezuelanas, sob uma perspectiva transcultural.

Método: pesquisa exploratória, qualitativa, que empregou amostragem por bola de neve. Coleta de dados (março-abril/2024) via entrevistas, submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: as experiências dos entrevistados com gestantes imigrantes variaram de 1 a 10 anos; cinco possuíam especialização em Atenção Primária. Emergiram duas categorias: 1) Desafios na comunicação transcultural: idioma como obstáculo, especialmente para profissionais menos experientes; 2) Desafios transculturais no pré-natal: cultura e comportamentos: preferência por parto cesárea, baixa adesão ao pré-natal e resistência às práticas como planejamento familiar, acompanhamento do companheiro, vacinação e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Também foram citados as diferenças alimentares e o desconhecimento do sistema de saúde brasileiro.

Considerações Finais: conclui-se que a qualidade do cuidado é comprometida por barreiras linguístico-culturais, que interferem também na elevação do risco clínico. Para sua superação, é exigida a adoção das competências transculturais. Sendo assim, investir na formação profissional para negociação cultural impactará positivamente no cuidado e na estrutura assistencial dos serviços de saúde.

Descritores: Sociedade Receptora de Migrante; Enfermagem Transcultural; Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: To identify the challenges faced by healthcare professionals in prenatal care for pregnant Venezuelan immigrant women from a cross-cultural perspective.

Method: This was an exploratory, qualitative study that employed snowball sampling. Data collection (March-April 2024) was conducted via interviews and subjected to Bardin's content analysis..

Results: Interviewees' experiences with pregnant immigrant women ranged from 1 to 10 years; five had specialized in Primary Care. Two categories emerged: 1) Challenges in cross-cultural communication - language as an obstacle, especially for less experienced professionals; 2) Cross-cultural challenges in prenatal care - culture and behaviors: preference for cesarean section, low adherence to prenatal care, and resistance to practices such as family planning, partner monitoring, vaccination, and prevention of sexually transmitted infections. Dietary differences and a lack of knowledge about the Brazilian healthcare system were also mentioned.

Final Considerations: The conclusion is that the quality of care is compromised by linguistic and cultural barriers, which also contribute to an elevated clinical risk. To overcome these barriers, the adoption of transcultural competencies and cultural mediation of care is required. Therefore, investing in professional training for cultural negotiation will positively impact patient care and the organizational structure of health services.

Descriptors: Host Society of Migrants; Transcultural Nursing; Primary Health Care; Culturally Competent Care; Prenatal Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud en la atención prenatal de mujeres embarazadas inmigrantes venezolanas desde una perspectiva transcultural.

Método: Este fue un estudio exploratorio cualitativo que empleó un muestreo de bola de nieve. La recopilación de datos (marzo-abril de 2024) se realizó mediante entrevistas y se sometió al análisis de contenido de Bardin..

Resultados: La experiencia de las entrevistadas con mujeres embarazadas inmigrantes osciló entre 1 y 10 años; cinco se especializaron en Atención Primaria. El idioma es una barrera, especialmente para los profesionales con menos experiencia. Existe una preferencia por las

cesáreas, baja adherencia a la atención prenatal y resistencia a prácticas como la planificación familiar, el seguimiento de la pareja, la vacunación y la prevención de infecciones de transmisión sexual. También se mencionaron: diferencias dietéticas; desconocimiento del sistema de salud brasileño.

Consideraciones finales: Se concluye que las barreras lingüísticas y culturales comprometen la calidad de la atención e incrementan el riesgo clínico. Superarlas requiere adoptar competencias transculturales y la mediación cultural del cuidado. Por ende, invertir en la formación profesional para la negociación cultural impactará positivamente en la calidad asistencial y la estructura de los servicios de salud.

Descriptor: Sociedad Receptora de Migrantes; Enfermería Transcultural; Atención Primaria de Salud; Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente; Atención Prenatal.

INTRODUÇÃO

O cuidado constitui um fenômeno de assistência, apoio ou facilitação voltado à(s) pessoa(s) com necessidades antecipadas ou evidentes, para a melhoria de sua(s) condição(ões) ou do estilo de vida⁽¹⁻³⁾. Ele é o objeto primário da prática da Enfermagem, e secundário em outras profissões da saúde. Na saúde materna, essa concepção de cuidado se concretiza de forma exemplar durante o acompanhamento do processo gestacional. O acompanhamento da gestação permite a identificação precoce e o manejo clínico adequado de condições de risco. Por isso é fundamental para a redução da morbimortalidade materno-infantil. Recomenda-se a realização mínima de seis consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, assegurando um cuidado contínuo e interdisciplinar⁽⁴⁾.

A garantia de um atendimento gestacional de qualidade e humanizado torna-se ainda mais complexa quando se trata de gestantes imigrantes. Sua experiência de deslocamento pode envolver não apenas dificuldades socioeconômicas, mas também diferenças linguísticas, culturais e de valores relacionados ao cuidado. Esse é o contexto vivido por muitas venezuelanas que chegam a Roraima em busca de melhores condições de vida. Apenas entre 2023 e 2024, registrou-se a entrada de 82.364 venezuelanos no estado^(5,6).

Grande parte dessas pessoas enfrenta dificuldades significativas em seu processo saúde-doença-cuidado em decorrência de suas precárias condições de vida. Muitos vivem em abrigos espontâneos ou mantidos por instituições de apoio, como a Operação Acolhida do Governo Federal. Essa situação sobrecarrega o sistema de saúde local, aumentando tanto a demanda por serviços de saúde quanto os custos associados⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Nesse contexto, as gestantes venezuelanas tornam-se particularmente suscetíveis à falta ou à descontinuidade do cuidado durante a gravidez. Isso pode decorrer de dificuldades de acesso, de desconhecimento do sistema de saúde do país receptor ou de barreiras culturais. Neste estudo, entende-se por cultura o conjunto de crenças, valores, normas de

comportamento e práticas relativas ao estilo de vida. Esses elementos são aprendidos, transmitidos e compartilhados por um grupo específico, orientando o pensamento, as decisões e as ações de seus membros⁽¹⁻³⁾.

A literatura já discute as principais dificuldades que podem comprometer a qualidade do cuidado pré-natal, sob a perspectiva de médicos e enfermeiros da atenção primária, em estudos realizados com gestantes brasileiras. Entre os principais obstáculos, destacam-se: a demora na entrega dos resultados de exames; a escassez de recursos; a inadequação dos espaços nas unidades de saúde. Além disso, observa-se a captação tardia das gestantes para o início da assistência do período gravídico. Soma-se a isso a ausência dos parceiros nas consultas, mesmo quando necessárias para o tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como no caso da sífilis^(11,12).

Entretanto, a assistência à gestação de imigrantes venezuelanas envolve desafios que transcendem o aspecto clínico, especialmente no que se refere às diferenças culturais que moldam a percepção, a adesão e o recebimento do cuidado. A compreensão dessas práticas, crenças e expectativas é essencial para a efetividade da atenção e para o fortalecimento da relação entre profissionais de saúde e pacientes. Assim, este estudo se propõe a reconhecer os desafios no cuidado e as barreiras culturais e comportamentais no atendimento gestacional a essas mulheres no extremo Norte do Brasil, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde.

A literatura sobre esse tema, embora escassa, apontou baixa adesão ao pré-natal entre puérperas imigrantes venezuelanas. Há relatos de início tardio da suplementação preconizada na gestação, de elevada incidência de infecção urinária, de intercorrências no parto e de agravos à saúde do neonato. Em Roraima, estudo realizado na principal maternidade de Boa Vista evidenciou que grande parte das gestantes venezuelanas não realiza o pré-natal adequadamente ou sequer o realiza. Entretanto, a revisão realizada para este manuscrito não identificou estudos que abordem essa problemática sob a perspectiva transcultural do cuidado. Essa ausência configura uma lacuna relevante, especialmente em contextos de fronteira, nos quais as pluralidades culturais podem influenciar diretamente a assistência prestada.^(13,14)

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no cuidado pré-natal a gestantes venezuelanas, sob uma perspectiva transcultural. Este estudo se justifica por analisar como diferenças culturais, linguísticas e comportamentais influenciam o cuidado pré-natal de gestantes venezuelanas em contextos de fronteira. Os resultados são particularmente relevantes para médicos e enfermeiros.

MÉTODO

Estudo qualitativo de abordagem exploratória. O valor da pesquisa qualitativa reside em investigar as experiências das pessoas e obter uma compreensão mais aprofundada do significado de suas experiências⁽¹⁵⁾. O aporte teórico foi a Teoria do Cuidado Cultural, Diversidade e Universalidade de Leininger (*Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality*). Essa teoria refere-se a um conjunto de inter-relações entre conceitos e hipóteses que consideram os valores, crenças e comportamentos dos indivíduos e grupos na prática do cuidado. Portanto, reconhecer os aspectos culturais das necessidades humanas significa considerar as particularidades do modo de vida de cada pessoa^(1,2).

Portanto, essa teoria selecionou e integrou constructos próprios da Enfermagem e da Antropologia. Ambos estão integrados e formam um todo indivisível, representando uma orientação humanística da vida e do existir. Assim, entende-se que o cuidado é constituído culturalmente, e cada cultura possui suas formas, padrões, expressões e estruturas para compreender, explicar e prever o estado de bem-estar, bem como os comportamentos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado e aos contextos sociais e culturais nos quais ocorrem⁽³⁾.

Dessa forma, essa Teoria orientou todas as etapas da presente investigação. Sua adoção se justifica porque o cuidado pré-natal nesse contexto constitui potencialmente um encontro intercultural entre profissionais de saúde e usuárias. Esse é um referencial teórico adequado para interpretar como médicos e enfermeiros reconhecem, incorporam ou enfrentam essas diferenças no cotidiano assistencial. Assim, mostrou-se pertinente para sustentar a análise das percepções profissionais sobre o cuidado oferecido em contextos de fronteira.

O estudo foi realizado no município de Boa Vista, Roraima, que possui uma população de 413.486 habitantes e densidade demográfica de 72,71 hab/km². Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a atenção primária local conta com 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS)^(16,17). A pesquisa foi desenvolvida em cinco dessas unidades localizadas na capital.

Os participantes da pesquisa foram selecionados segundo os critérios de inclusão: ser médico(a) ou enfermeiro(a); possuir pelo menos seis meses de experiência autorreferida no pré-natal de imigrantes venezuelanas; ser brasileiro. Foram excluídos os participantes com dupla nacionalidade, pois os entrevistados com outra nacionalidade além da brasileira poderiam ter uma perspectiva cultural diferenciada. Profissionais em férias ou licenças também foram excluídos.

O número de participantes foi estabelecido com base no critério de saturação de dados. Segundo essa abordagem, são geralmente necessárias seis a sete entrevistas para abranger a maioria dos temas de interesse em grupos homogêneos. Para garantir uma saturação mais consistente, esse limite pode ser ampliado, captando uma maior diversidade de perspectivas e experiências relevantes ao estudo. Entretanto, o alcance da saturação vai além do número de participantes, devendo atingir o ponto em que não se obtém novas informações de um fenômeno, mesmo com a inclusão de novos participante⁽¹⁸⁾.

A saturação dos dados foi alcançada de forma gradual durante a realização das entrevistas. A partir da oitava, observou-se a repetição de informações e a ausência de novos elementos relevantes para o objeto de estudo. Optou-se, então, por realizar mais duas entrevistas, visando confirmar a consistência do conteúdo obtido e assegurar a suficiência dos dados coletados.

A seleção dos entrevistados foi realizada por meio da técnica de amostragem orientada pelos participantes, também conhecida como "bola de neve". Essa técnica é uma abordagem não probabilística baseada em cadeias de indicação. Nesse método não probabilístico, utiliza-se uma amostragem em cadeia baseada em indicações, facilitando o recrutamento. O método apoia-se em "informantes-chave" que sugerem novos possíveis participantes, contribuindo para a composição do grupo estudado. É importante ressaltar que os indivíduos indicados mantêm a opção de não participar da pesquisa⁽¹⁹⁾.

O primeiro participante, um profissional de saúde que atendia aos critérios de inclusão e já havia colaborado com outras atividades da universidade, foi convidado pessoalmente. Ao final dessa entrevista, solicitou-se que ele indicasse um ou dois colegas (médicos ou enfermeiros) com experiência na realização de pré-natal de gestantes venezuelanas, preferencialmente atuantes em UBS próximas a abrigos de imigrantes. O mesmo procedimento de indicação foi repetido nas entrevistas subsequentes até que a saturação de dados fosse alcançada. O contato com os indicados foi feito pessoalmente ou por mensagem de *WhatsApp*.

A coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2024, nas salas de atendimento dos profissionais de saúde, em horários previamente agendados por eles. Para as entrevistas, utilizou-se um roteiro semiestruturado desenvolvido pelos autores. O roteiro, guiado pelos pressupostos da Teoria de Enfermagem Transcultural, foi elaborado a partir das seguintes questões norteadoras: Conte como é a sua experiência na assistência durante a gravidez de mulheres venezuelanas? Na sua prática, como questões relacionadas ao idioma e aos aspectos culturais influenciam o cuidado pré-natal?

Essas perguntas foram formuladas para apreender como as dimensões culturais e linguísticas das gestantes venezuelanas se manifestam na prática assistencial relatada pelos profissionais.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pelos pesquisadores. É importante salientar que, após a transcrição das falas dos participantes, durante a leitura flutuante, as expressões que buscavam a confirmação do ouvinte (tais como: "né?", "entendeu?") foram suprimidas, visto que não apresentavam respaldo para a análise empreendida neste manuscrito. Houve validação externa do instrumento de coleta por meio da realização de uma entrevista piloto, conduzida dentro dos mesmos critérios de inclusão, que não integrou o conjunto de dados final.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática. Essa técnica tem se mostrado uma ferramenta metodológica robusta e amplamente aceita em pesquisas qualitativas para a interpretação de dados complexos. Ela abrange três etapas principais: 1) a pré-análise, na qual o material foi organizado; 2) a exploração, em que as informações foram agrupadas em categorias temáticas/simbólicas; e 3) análise dos resultados, seguida de sua interpretação, com o objetivo de propor inferências⁽²⁰⁾. Como suporte, utilizou-se o *software Qualitative Data Analysis* (WebQDA).

Após a leitura flutuante das entrevistas⁽²⁰⁾, foram identificados e destacados trechos significativos relacionados à temática do cuidado intercultural. Esses excertos deram origem a códigos iniciais, posteriormente organizados em torno de eixos de significado, resultando nas categorias temáticas que compõem os resultados. O processo de categorização foi realizado de forma independente por dois autores doutores, que, após análises separadas, reuniram-se para discutir, comparar e consolidar as categorias emergentes. Em seguida, os demais autores revisaram e validaram coletivamente o produto final da categorização, assegurando o rigor e a fidedignidade do processo analítico.

A análise dos dados também foi orientada pela fundamentação teórica, que ofereceu o referencial conceitual para interpretar os significados atribuídos pelos profissionais às experiências de cuidado. A Teoria guiou a leitura, organização das falas e construção das categorias, destacando elementos como valores culturais, crenças, práticas e formas de interação que atravessam o cuidado pré-natal. Assim, permitiu identificar como essas dimensões influenciam as percepções e condutas de médicos e enfermeiros no atendimento às gestantes venezuelanas.

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista que emitiu uma carta de anuência para a posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Universidade Estadual de Roraima (UERR), conforme parecer de número 3.898.659 e CAAE: 19076819.2.0000.5621. O anonimato dos entrevistados foi preservado e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/12, além de receberem uma cópia do documento assinado. As entrevistas foram codificadas pela letra “E”, seguida de um número cardinal sequencial.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 10 profissionais de saúde, sendo cinco enfermeiros e cinco médicos. Destes, dois eram generalistas e oito possuíam alguma especialização ou residência. Dos pós-graduados, seis eram especialistas na área da Saúde da Família (quatro enfermeiros e dois médicos). As experiências profissionais totais variaram de um a 26 anos. Os entrevistados tinham entre um e 10 anos de experiência na assistência durante à gravidez de mulheres imigrantes venezuelanas. Não foram identificadas diferenças entre as falas de médicos e enfermeiros em relação aos resultados. Com base nos diálogos dos entrevistados, foram elaboradas as seguintes categorias:

Desafios na comunicação transcultural

Os depoimentos destacaram consistentemente que a barreira da linguística é sempre um desafio significativo, principalmente para aqueles com menor experiência no cuidado gestacional dessa população. Para os profissionais com maior experiência com imigrantes, o idioma não constitui um problema tão relevante.

Dois entrevistados enfatizaram que o maior problema de comunicação ocorre por parte das imigrantes, na compreensão do português, e não por parte dos profissionais, no entendimento do espanhol. Relataram que a comunicação ineficaz impacta diretamente na qualidade do cuidado. Isso se manifesta na interpretação equivocada de orientações em saúde, na dificuldade de agendar consultas e exames e na frustração mútua, tanto dos profissionais de saúde quanto das pacientes, ao tentarem estabelecer um entendimento claro. A seguir, apresentam-se alguns depoimentos sobre essa questão:

A primeira barreira de acessibilidade é o idioma. Elas têm esse problema com o idioma. Às vezes, não entendem o que a gente fala, entendem errado. A gente marca um dia o exame, elas vêm em outro. (E2)

A principal barreira, eu acredito que seja a comunicação da parte delas. (E5)

Elas não compreendem de maneira plena tudo aquilo que a gente fala. (E9)

Uma das principais dificuldades que a gente enfrenta é a questão da língua. Comunicação com elas é bem difícil. Não entendem o que a gente está falando, as orientações. (E1)

Primeiro a língua, lá no início. Mas hoje não tem mais dificuldade com isso. Para mim, não tem dificuldade, não. (E3)

A barreira linguística é uma dificuldade para elas entenderem onde devem fazer coletas, por exemplo. A gente leva lá na frente, explica como é, como ela têm que fazer, e elas não conseguem acessar os serviços. Às vezes, a gente acha que elas estão entendendo, mas não estão. (E4)

Um grande desafio é a comunicação. Comunicação é difícil, tanto entender o espanhol quanto fazer o português ser entendido. E essa parte de explicar, de dar as orientações é um pouco complicado. (E8)

A comunicação transcultural transcende a mera barreira linguística, revelando que a dificuldade em assegurar o entendimento mútuo não apenas compromete a adesão ao cuidado pré-natal (evidenciada pelos erros de agendamento, por exemplo), mas também fragiliza a credibilidade do profissional de saúde aos olhos da gestante imigrante.

Desafios transculturais no pré-natal: cultura e comportamentos

As ideias expressas nas falas dos participantes evidenciaram desafios culturais e comportamentais na assistência durante o período gravídico dessas mulheres. Destacaram-se as diferenças nas expectativas quanto à via de parto. Quase a totalidade das gestantes venezuelanas apresenta forte rejeição ao parto fisiológico e deseja que os médicos e enfermeiros lhes assegurem que seus partos serão realizados por meio de cesarianas.

A questão do parto também dificulta muito, porque elas vêm com a ideia de escolher o parto. Elas já chegam aqui perguntando se o parto “vai ser cesárea”. Quando falamos que aqui no Brasil é diferente, elas já ficam bem receosas. Na Venezuela é muito favorecido o ato cirúrgico. Então, elas já chegam aqui com essa vivência. (E5)

As gestantes venezuelanas já querem parto cesariano. Elas já trazem isso da Venezuela como algo trivial e rotineiro. Elas querem que a gente dê um encaminhamento, a certeza de que ela vai ter um parto cesárea. (E1)

Os relatos também destacaram que é frequente que essa população gestante apresente baixa adesão às consultas de rotina durante a gestação, além de demonstrar dificuldade em compreender a estrutura descentralizada e os protocolos dos serviços de saúde no Brasil. Adicionalmente, muitas não aderem às práticas como planejamento familiar e as estratégias de prevenção de ISTs.

Elas têm muitos filhos, um atrás do outro. O planejamento familiar na Venezuela é inexistente. Então, por isso, a gente vê que tantas gestantes, mesmo passando dificuldade, continuam engravidando. (E4)

Essa questão de seguimento, de acompanhamento no pré-natal. [Que com elas é difícil.] De seguir certinho as consultas mensais [...]. Depois, quando vai chegando uma idade gestacional mais para metade da gestação, a cada 15 dias, depois a cada semana. Elas acham que não precisavam retornar na consulta, fazer aquele acompanhamento. Só porque está tudo bem com a criança, não quer dizer que não precisa vir. (E10)

O atendimento da saúde, antes da crise na Venezuela, era um pouco diferente do nosso. Se ela ia numa clínica, ela fazia tudo por lá - ultrassom, exames, tudo. Isso, às vezes dificulta, porque elas não compreendem que o nosso serviço é descentralizado. (E5)

As pacientes brasileiras, eu percebia mais esse cuidado de acompanhamento. De saber se estavam fazendo certinho. Mas elas [venezuelanas] não. (E10)

Elas não têm muito o hábito de se cuidarem, e por isso muitas têm ISTs. (E2)

A cultura mesmo de seguimento do pré-natal também é diferenciada. Aqui, existem protocolos que o Ministério da Saúde estabelece e a gente tem que cumprir. Isso também atrapalha um pouco o entendimento delas. (E5)

Três entrevistados destacaram a resistência frequente de gestantes venezuelanas em aderir ao calendário vacinal, atribuindo-a a uma percepção cultural de desvalorização da vacinação. Quanto à alimentação, dois profissionais relataram que a dieta das gestantes é culturalmente diferente da brasileira, com alto consumo de alimentos calóricos e pobres em nutrientes, como arepas e frituras. No entanto, também apontaram que as condições socioeconômicas precárias limitaram o acesso aos alimentos saudáveis. Assim, a questão alimentar pode estar mais relacionada às restrições financeiras do que às preferências culturais. Essa dualidade indica a necessidade de se considerar tanto as barreiras culturais quanto as desigualdades estruturais no cuidado dessas gestantes.

A gente sempre frisa a questão da vacinação. Muitas gestantes venezuelanas têm dificuldade em se vacinar, porque elas não acham necessário, não acham importante. (E6)

É o tipo de cultura, então isso também dificulta o cuidado. Uma coisa que eu notei é a questão da vacinação. Eles são meio assim, contra a vacina. Também têm mais filhos, têm filhos mais jovens. (E8)

Culturalmente, por exemplo, elas não têm o hábito de comer legumes. É sempre aquela alimentação baseada na arepa e no arroz. Então, quando o médico orienta a gestante que tem diabetes gestacional, você percebe que elas não têm o hábito de se

alimentar de maneira saudável. Mas, muitas delas, é porque têm o hábito alimentar de lá mesmo. (E7)

A questão cultural - podemos dizer, a alimentação - as pacientes venezuelanas, muitas delas têm problemas de anemia, elas têm uma má alimentação, na verdade. Talvez por questões culturais, questão financeira, mas a alimentação deles não é boa. (E6)

Elas estão tendo que correr atrás de comida o tempo todo, uma dificuldade. Algumas gestantes estão com diabetes gestacional e agora elas estão em abrigo. Elas têm que comer a alimentação de lá, e normalmente é mais rico em carboidrato do que em proteína. Algumas vão te dizer que a questão mesmo é que elas não vão ter como comprar, porque a gente sabe que é mais caro. Comprar fruta, legumes e ter uma alimentação saudável é mais caro. (E7)

Essa categoria revela uma dissonância entre o modelo assistencial brasileiro e o sistema de valores das gestantes venezuelanas, manifestada por resistências ao parto fisiológico gerando demanda por cesarianas. A baixa adesão aos protocolos de rotina brasileiros (consultas periódicas e vacinação) é agravada pela dificuldade em decodificar a estrutura descentralizada do SUS. Por fim, a questão alimentar expõe a interseccionalidade das barreiras, onde a pobreza e a restrição de acesso limitam a capacidade de seguir orientações nutricionais.

DISCUSSÃO

Chama atenção que, embora 60% dos entrevistados tenham pós-graduação na área de atenção primária, que enfatiza o vínculo, a adaptação sociocultural e o cuidado longitudinal, as dificuldades no atendimento às gestantes venezuelanas ainda persistiram. Isso sugere que, mesmo com formação especializada, as singularidades socioculturais mais marcantes impõem desafios que vão além da competência técnica e da abordagem humanizada. O dado revela a complexidade da congruência cultural na prática, sugerindo que a formação em atenção primária, embora necessária e relevante, pode necessitar de ferramentas específicas para fortalecer o cuidado transcultural.

Esse tipo de cuidado evidencia a importância de compreender o contexto sociopolítico e cultural do indivíduo ou grupos. Tal compreensão é a base para identificar suas práticas de cuidado e sua relação com os sistemas de saúde, tanto no âmbito do saber popular tradicional, quanto no campo do saber profissional, no qual a Enfermagem e as demais profissões da saúde estão inseridas. Essa abordagem permite que os profissionais de saúde estabeleçam três formas de relação com o cuidado cultural: preservação, acomodação e reestruturação⁽¹⁻³⁾.

Nesse contexto, a preservação cultural no cuidado se refere à prática assistencial que valoriza e fortalece os saberes tradicionais do usuário, incentivando a manutenção de práticas

saudáveis culturalmente enraizadas. A acomodação cultural envolve o processo de mediação entre os conhecimentos populares e científicos. Ela permite ajustes nos hábitos de saúde que respeitem as crenças e valores do indivíduo. Por fim, a reestruturação cultural representa a construção colaborativa de novos significados em saúde, na qual profissionais e usuários reconstróem formas de cuidado mais eficazes e culturalmente relevantes^(1,3).

Neste estudo, o idioma foi amplamente reconhecido como uma barreira por quase todos os profissionais de saúde, principalmente entre aqueles com menor experiência no atendimento aos imigrantes venezuelanos. Achados similares também foram identificados em estudos anteriores em Roraima^(8,14,21,22).

Ao relatarem que o idioma dificulta o atendimento às mulheres imigrantes, alguns entrevistados desconsideraram que a comunicação pressupõe participação ativa de ambas as partes, inclusive dos próprios profissionais, que em geral não dominam o espanhol. Curiosamente, também já foi demonstrado que o imigrante venezuelano não percebe o idioma como obstáculo significativo nos serviços de saúde em Roraima. Essa aparente divergência pode refletir as assimetrias de poder na relação profissional-paciente e na necessidade imediata de acesso aos serviços^(8,23).

Enquanto os profissionais percebem o idioma como um obstáculo técnico, os imigrantes, em sua condição de maior fragilidade, podem minimizar ou relativizar essa dificuldade, priorizando o acesso ao serviço em detrimento de outras demandas. Essa dinâmica evidencia a necessidade de uma abordagem mais crítica sobre o manejo das diferenças linguísticas na assistência cotidiana. Tal abordagem deve ir além da barreira técnica do idioma, mas sim considerar os aspectos culturais e sociais que permeiam a comunicação nos serviços de saúde.

A teoria transcultural de Madeleine Leininger destaca a importância da congruência cultural entre o profissional de saúde e o paciente para que o cuidado seja eficaz e com significado⁽¹⁻²⁾. Nesse contexto, a falta de comunicação eficaz pode gerar interpretações equivocadas, reduzindo a eficácia da assistência e a construção do vínculo terapêutico. Como adoção de estratégia transcultural, seria interessante implementar a utilização de tradutores ou mediadores culturais bilíngues. Essa medida poderia seguir o exemplo bem-sucedido do Hospital Pediátrico Municipal de Boa Vista, que conta com intérpretes da língua Yanomami para facilitar a assistência à saúde indígena.

Complementarmente, a gestão municipal poderia alocar profissionais com domínio do espanhol nas UBS de maior fluxo de usuários venezuelanos. Essa estratégia pode ser fortalecida por meio da elaboração de materiais educativos bilíngues e pela capacitação das

equipes de saúde em competências linguísticas básicas em espanhol e em sensibilidade cultural, ampliando a efetividade da comunicação e do vínculo terapêutico.

As variações culturais influenciam de forma significativa o acompanhamento dessas gestantes, desde as elevadas expectativas por cesarianas, até a falta de compreensão do sistema de saúde brasileiro. Tais divergências reforçam a necessidade de uma abordagem transcultural no cuidado, em que a comunicação e a negociação de códigos e sentidos sejam centrais para um cuidado efetivo e humanizado.

Estudos apontaram que nos últimos anos o número de cesarianas tem aumentado em todo o mundo, e a América Latina apresenta as maiores taxas dessas cirurgias^(24,25). Artigos recentes identificaram a preferência pela cesariana entre as gestantes venezuelanas, corroborando a percepção de que esta prática pode estar ligada às influências culturais^(14,26). Essa expectativa muitas vezes gera conflitos com os protocolos brasileiros, que priorizam e estimulam o parto fisiológico sempre que possível⁽²⁷⁾.

Também foi citada a baixa adesão à vacinação durante o pré-natal, reflexo de uma possível visão biomédica excessivamente curativista, na qual a prevenção de agravos não é muito valorizada como parte central do cuidado. Outrossim, isso pode estar intrinsecamente ligado à condição de mobilidade e instabilidade da população migrante. Nesse contexto, a prevenção pode ser relegada a um plano secundário frente às necessidades imediatas de sobrevivência, deslocamento e reassentamento.

Em um estudo realizado em Roraima, observou-se que a taxa de abandono do esquema vacinal entre a população venezuelana é "maior que o estipulado para alto risco" e muito superior ao abandono registrado entre os roraimenses⁽²⁸⁾. Igualmente desafiador é o convencimento para que os parceiros participem das consultas pré-natais ou adiram à prática do planejamento familiar, estratégias ainda pouco incorporadas em seu contexto cultural original.

O acesso às imunizações na Venezuela é precário e sofre com a flutuação das taxas de cobertura vacinal. Essa situação é agravada pela grave crise econômica e política, que levou ao desabastecimento e à baixa cobertura vacinal em áreas de risco e fronteiriças. Dentre os principais desafios logísticos para a implementação de um programa de imunização abrangente incluem-se o acesso às populações indígenas e às áreas remotas (fluvial e aéreo) entre outros⁽²⁹⁾.

Nesse cenário, a acomodação cultural do cuidado proposta por Leininger⁽¹⁻²⁾ se mostra adequada. Na prática, isso significa: negociar a importância da vacinação, relacionando-a à proteção do bebê e não apenas como medida burocrática; incentivar gradualmente a

participação dos parceiros nas consultas, respeitando os papéis de gênero estabelecidos na cultura das gestantes. Isso implica também apresentar o planejamento familiar como estratégia para garantir as melhores condições à família, sem imposição.

Em situações mais desafiadoras, como a preferência cultural pela cesariana, pode ser necessária a reestruturação cultural do cuidado. Isso envolve explicar, de forma sensível, as diferenças entre os sistemas de saúde brasileiro e venezuelano. Também requer demonstrar, com evidências científicas culturalmente adaptadas, os benefícios do parto normal quando clinicamente indicado. Além disso, é necessário estabelecer pactuações progressivas sobre o plano de parto, respeitando os medos e crenças da gestante.

Outra questão levantada inicialmente como associada à cultura das pacientes, foi os hábitos alimentares pouco saudáveis, baseados em frituras, principalmente arepas, aliados à baixa ingestão de proteínas de alto valor biológico, frutas e verduras. Verificou-se que, no geral, a diversidade alimentar dos venezuelanos estudados era muito limitada com os alimentos mais consumidos sendo pão branco, arepas, café e queijo. Contudo, esse estudo foi conduzido no auge da crise venezuelana, quando o país apresentava escassez de alimentos em muitas regiões⁽³⁰⁾.

Todavia, vale ressaltar que a cultura não é hegemônica e os participantes também reconheceram que a principal barreira para uma alimentação balanceada não é cultural, mas sim a precariedade financeira. Embora aspectos culturais influenciem os hábitos alimentares, a preferência por alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos, consequentemente mais baratos, está mais relacionada à escassez de recursos do que a uma resistência cultural.

A principal limitação desse estudo é metodológica, por contemplar apenas a perspectiva dos profissionais de saúde, sem incorporar as gestantes, o que restringe uma compreensão mais ampla e bilateral dos desafios transculturais no pré-natal. A ausência de dados demográficos dos participantes, como gênero, raça/cor e idade, limitou a exploração de possíveis variações nas percepções relatadas.

Ainda assim, os achados oferecem contribuições relevantes para a prática assistencial e para o campo da Saúde Coletiva, ao demonstrar a necessidade de cuidados culturalmente adaptados. Do ponto de vista da formação, reforçam a importância de incluir competências em saúde global e comunicação intercultural na capacitação de médicos e enfermeiros que atuam, principalmente em contextos de fronteiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das lentes da Teoria do Cuidado Cultural, Diversidade e Universalidade de Leininger, este estudo identificou desafios para os profissionais de saúde, que vão além do idioma, como a preferência culturalmente arraigada pela cesariana, que gera conflito direto com os protocolos brasileiros; a baixa adesão ao pré-natal associada à dificuldade de compreensão da estrutura descentralizada do SUS; a resistência cultural à vacinação e as práticas de prevenção; a dificuldade de implementar o planejamento familiar e a participação dos parceiros. A barreira linguística foi um obstáculo já esperado. Ela revelou complexas repercussões negativas que resultam em agendamentos equivocados de exames e a falsa percepção de entendimento durante a educação em saúde, este trabalho evidenciou os desafios comportamentais e culturais profundas que desafiam a congruência do cuidado.

Esses achados revelam que o cerne do desafio não está apenas na comunicação verbal, mas na necessidade de compreensão mútua de significados culturais profundamente arraigados e na modulação de expectativas entre profissionais e gestantes. Isso reforça a necessidade imperativa de práticas que utilizem estrategicamente a preservação, acomodação e reestruturação cultural. A capacitação em competência intercultural se configura também, como uma resposta direta e necessária aos impasses específicos identificados. Por fim, o estudo abre caminho para investigações futuras, seja ampliando a escuta às próprias gestantes venezuelanas, seja explorando realidades de outros grupos migratórios no extremo Norte do país ou em outras regiões.

REFERÊNCIAS

1. Leininger MM. Transcultural nursing theories and research approach. In: Transcultural nursing: concepts, theories and practice. New York, John Wileys & Sons, 1978. cap. 17, p. 31-51.
2. Leininger MM. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. Nursing Science Quarterly. 1988;1(4):152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
3. Gualda DM, Hoga LA. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. Rev Esc Enferm USP. 1992;26(1):75-86. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199202600100075>
4. Nunes JT, Gomes KR, Rodrigues MT, Mascarenhas MD. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. Cad Saude Colet. 2016;24(2):252–61. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>
5. Baeninger R, coordenador. Atlas temático Observatório das Migrações em São Paulo. Observatório dos Estudos de População em Roraima. Rede Internacional Migração e Refúgio: Migrações Internacionais em Roraima [Internet]. 2. ed. Campinas, SP: Nepo/Unicamp; 2025[cited 2025 Oct 08]. Available from: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacao/atlas-tematico-observatorio-das-migracoes-em->

6. Arruda-Barbosa L, Melo-Filho JMM, Silva PS. Impact of forced migration on the routine of hospital units. In: Oliveira AB. Hospitais seguros e resilientes: desafios e estratégias de preparação e resposta a emergências e desastres. Curitiba: CRV; 2024; p. 498.
7. Arruda-Barbosa L, Neta ELMS, Teixeira LDG, Silva SM, Brasil CO, Leal NAC. Aspectos gerais da vida de imigrantes em abrigos para refugiados. Rev Bras Promoc Saude. 2020;27;33:1–11. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10734>
8. Barbosa LA, Sales AFG, Cavalcante Neto AS, Oliveira MA. Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral. Physis. 2024;34:e34036. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt>
9. Barreto TM, Ferko GP, Rodrigues FS. Hospital costs of diseases attributable to environmental factors among residents of Boa Vista and the increased healthcare services for Venezuelan migrants. Cad Saude Colet. 2022; 30(2):235–43. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020216>
10. Cavalcante Neto AS, Oliveira MA. Saúde dos imigrantes venezuelanos: revisão de escopo. Cienc Cuid Saude. 2021;20:e56000. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.56000>
11. Passarino JB, Oliveira MG, Dias AK, Markus GW, Couto GB. Health professionals perceptions of prenatal care and syphilis treatment in sexual partners. Facit Bus Technol J [Internet]. 2023[cited 2025 Oct 08];1(44). Available from: <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2370/1594>
12. Toss AFO, Lima AOF, Pereira MGL, Oliveira AMM, Pinheiro ROS, Santos Neto CV, et al. Maternal and fetal death in women who do not attend prenatal care. REAS [Internet]. 2023[cited 2025 Oct 08];23(6):e12979. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12979>
13. Silva VRA, LanaVC, Santos BCB, Triani RLD, Barreto TMAC, Barreto F. Assistência pré-natal a migrantes venezuelanas e possíveis reflexos no parto e puerpério. Rev Eletrôn Acervo Saúde. 2023;23(4):e12546. <https://doi.org/10.25248/reas.e12546.2023>
14. Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Torres MEM. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. Interface (Botucatu). 2020;24:e190807. <https://doi.org/10.1590/interface.190807>
15. Rogo EJ. Exploring Qualitative Research. J Dent Hyg [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 08];98(4):56-61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39137996/>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados: Panorama [Internet]. 2025[cited 2025 Oct 08]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil>
17. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista. Unidades Básicas de Saúde [Internet]. 2024[cited 2025 Oct 08]. Available from: https://boavista.rr.gov.br/storage/paginas/saude-ubs/UBS_BOA_VISTA2.pdf
18. LaDonna KA, Artino AR, Balmer DF. Beyond the guise of saturation: rigor and qualitative interview data. J Grad Med Educ. 2021;13(5):607–11. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-21-00752.1>

19. Portella RJ, Szczecinski ML, Sá Luz Martins E. Técnica de amostragem “bola de neve virtual” na captação de participantes em pesquisas científicas. *J Nurs Health*. 2024;14(1):e1426636. <https://doi.org/10.15210/jonah.v14i1.26636>
20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011
21. Cavalcante Neto AS, Oliveira MA, Egry EY. Vulnerability of Venezuelan immigrants living in Boa Vista, Roraima. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57(spe):e20230074. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0074en>
22. Arruda-Barbosa L, Sales AF, Souza ILL. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saude Soc*. 2020;29:e190730. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730>
23. Arruda-Barbosa L, Silva GCN, Soares IS, Umburanas JG, Borges APS, Santos DS. Satisfação dos imigrantes venezuelanos com serviços hospitalares em Boa Vista, Roraima: abordagem qualitativa. *Sanare Rev Polít Públicas*. 2023;22(1). <https://doi.org/10.36925/sanare.v22i1.1642>
24. Sosa C, de Mucio B, Colomar M, Mainero L, Costa ML, Guida JP, Souza RT, Luz AG, Cecatti JG, et al. The impact of maternal morbidity on cesarean section rates: exploring a Latin American network of sentinel facilities using the Robson's Ten Group Classification System. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 24;23(1):605. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05937-3>
25. López-López AI, Sanz-Valero J, Gómez-Pérez L, Pastor-Valero M. Pelvic floor: vaginal or caesarean delivery? a review of systematic reviews. *Int Urogynecol J*. 2021;32(7):1663-1673. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04550-8>
26. Supimpa LS, Souza SR, Prandini NR, Andreatta D, Trigueiro TH, Paviani BA. Immigrant women's experience of labor and birth. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57(spe):e20220444. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en>
27. Bittencourt SD, Vilela ME, Marques MC, Santos AM, Silva CK, Domingues RM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(3):801–21. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
28. Barreto TA, Silva LJR, Rodrigues FS, Ferko GPS, Silva PS, Barreto F, et al. Cobertura vacinal para brasileiros e migrantes venezuelanos menores de 2 anos de idade na região fronteira do Extremo Norte do Brasil. *Saúde Redes*. 2021;(3)219-30. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p219-230>
29. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Perfil nacional da febre amarela: República Bolivariana da Venezuela [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 08]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57519>
30. Goodman D, González-Rivas JP, Jaacks LM, Duran M, Marulanda MI, Ugel E, et al. Dietary intake and cardiometabolic risk factors among Venezuelan adults: a nationally representative analysis. *BMC Nutrition*. 2020;6:61. <https://doi.org/10.1186/s40795-020-00362-7>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuição de autoria

Conceituação: Loeste de Arruda-Barbosa.

Curadoria de dados: Loeste de Arruda-Barbosa.

Análise formal: Loeste de Arruda-Barbosa; José Maria Marques de Melo Filho.

Investigação: Sarah Soares Rodrigues; Gabriel Mendonça Lima; Brena da Costa Fonseca; Elaine Cristina

Mendes dos Santos.

Metodologia: Loeste de Arruda-Barbosa.

Administração de projeto: Loeste de Arruda-Barbosa.

Supervisão: Loeste de Arruda-Barbosa.

Validação: Loeste de Arruda-Barbosa.

Visualização: Loeste de Arruda-Barbosa; Sarah Soares Rodrigues; Gabriel Mendonça Lima; Brena da Costa

Fonseca; Elaine Cristina Mendes dos Santos; José Maria Marques de Melo Filho.

Escrita - rascunho original: Loeste de Arruda-Barbosa.

Escrita - revisão e edição: Loeste de Arruda-Barbosa; José Maria Marques de Melo Filho.

Investigação: Sarah Soares Rodrigues; Gabriel Mendonça Lima; Brena da Costa Fonseca; Elaine Cristina Mendes dos Santos.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesse.

Autor correspondente:

Loeste de Arruda-Barbosa

E-mail: loeste.arruda@gmail.com

Recebido: 21.06.2025

Aprovado: 03.01.2026

Editor associado:

Elen Ferraz Teston

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira