

## **Estudos decoloniais no acesso à saúde de populações migrantes do Nordeste brasileiro: Um olhar para a abordagem integral centrada na pessoa**

**Decolonial studies on access to health for migrant populations in the Brazilian Northeast:**

**A look at the comprehensive person-centered approach**

**Estudios decoloniales sobre el acceso a la salud de las poblaciones migrantes en el Nordeste**

**brasileño: Una mirada al enfoque integral centrado en la persona**

Recebido: 17/11/2024 | Revisado: 04/12/2024 | Aceitado: 05/12/2024 | Publicado: 08/12/2024

**Cely Carlyne Pontes Morcerf<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8443-1806>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [celymorcerf@usp.br](mailto:celymorcerf@usp.br)

**João Mazzoncini de Azevedo Marques<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3100-3883>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: [jmaq@usp.br](mailto:jmaq@usp.br)

### **Resumo**

As relações de poder e a construção da estrutura hierárquica moderna influenciam comportamentos humanos e de agrupamentos sociais, em que pessoas que se identificam com um ideal de pertencimento ou de valores coletivos podem se interrelacionar de forma cooperativa, colaborativa ou impositiva, na tentativa de delinear regras de padrões de normalidade e de superioridade. Dentro dessa complexa dinâmica que justifica em sua construção histórica a designação do objeto e do simbolismo do ser inferior ou superior, extraem-se relações coloniais na determinação de grupos com responsabilidades de ensinar, padronizar e colonizar, em uma visão de bondade salvadora simultânea à ação de subjugamento e desvalorização do diferencial do outro e grupos que devem se comportar como colônias por serem bárbaros, inferiores e que necessitam ser salvos para finalmente aprenderem à evoluir em conhecimento e atitudes. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma discussão crítica à luz da literatura e de um relato de experiência sobre o impacto de relações coloniais na saúde de populações migrantes nordestinas e da invalidação de práticas em saúde sociais que buscam elevar e destacar tais populações. Nessa discussão é vista a evolução do estigma de ser e de se trabalhar com populações marginalizadas.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Desigualdades de Saúde; Populações Vulneráveis; Migrantes; Descolonização; Marginalização Social.

### **Abstract**

Power relations and the construction of the modern hierarchical structure influence human behavior and social groupings, in which people who identify with an ideal of belonging or collective values can interact cooperatively, collaboratively, or imposingly, to outline rules of standards of normality and superiority. Within this complex dynamic that justifies in its historical construction the designation of the object and the symbolism of the inferior or superior being, colonial relations are extracted in the determination of groups with responsibilities to teach, standardize, and colonize, in a vision of saving goodness simultaneously with the action of subjugation and devaluation of the other's differential and groups that must behave like colonies because they are barbaric, inferior and in need of being saved to learn to evolve in knowledge and attitudes finally. This investigation aims to have a critical discussion, considering the literature and an experience report on the impact of colonial relations on the health of northeastern migrant populations and the invalidation of social health practices that seek to elevate and highlight such populations. This discussion sees the evolution of the stigma of being and working with marginalized populations.

**Keywords:** Public Health; Health Inequalities; Vulnerable Populations; Migrants; Decolonization; Social Marginalization.

### **Resumen**

Las relaciones de poder y la construcción de la estructura jerárquica moderna influyen en el comportamiento humano y en los grupos sociales, en los que las personas que se identifican con un ideal de pertenencia o valores colectivos pueden interactuar de manera cooperativa, colaborativa o impositiva, en un intento de trazar reglas de estándares de

---

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

normalidad y superioridad. Dentro de esta dinámica compleja que justifica en su construcción histórica la designación del objeto y el simbolismo del ser inferior o superior, las relaciones coloniales se extraen en la determinación de grupos con responsabilidades de enseñar, normalizar y colonizar, en una visión de bondad salvadora simultánea. a la acción de sometimiento y devaluación de las diferencias del otro y de grupos que deben comportarse como colonias porque son bárbaros, inferiores y que necesitan ser salvados para finalmente aprender a evolucionar en conocimientos y actitudes. Esta discusión ve la evolución del estigma de estar y trabajar con poblaciones marginadas. Este trabajo tiene como objetivo una discusión crítica a la luz de la literatura y un relato de experiencia sobre el impacto de las relaciones coloniales en la salud de las poblaciones migrantes del noreste y la invalidación de prácticas sociosanitarias que buscan elevar y resaltar a dichas poblaciones.

**Palabras clave:** Salud Pública; Desigualdades en Salud; Poblaciones Vulnerables; Migrantes; Descolonización; Marginación Social.

## 1. Introdução

O desenvolvimento do conceito de colonialidade em uma visão direcionada para a realidade do trabalho em saúde, problematiza a soberania e legitimidade unidos ao padrão de relações sociais capitalistas de supremacia, poder e verdades a serem ensinadas em padrões assistenciais, formas de estudo e cuidado em saúde, enraizadas nas dinâmicas de relações da saúde em uma visão do trabalho entre profissionais e em contato com o paciente, sendo a visão de trabalho na comunidade com seguimentos populacionais negligenciados considerada como inferiorizada e estigmatizada por um modo de cuidado divergente ao modelo capitalista hegemônico, que fortalece o modelo biomédico tradicionalista e ainda vigente.

A centralização de práticas, métodos de ensino, de relações entre profissionais de saúde e formas de abordagem de pacientes, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade propaga a negligência e a exclusão do cuidado dessas populações no inserção do indivíduo na porta de entrada do sistema de saúde, prejudicando questões como o acesso, a assistência de qualidade e a priorização deste seguimento populacional, ocultando o olhar prioritário de equidade para famílias em situação de vulnerabilidade, alvo este foco de desconstrução de formação e trabalho da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade contrária à fragmentação e ideia de superioridade médica frente ao contato com a pessoa humana na posição de "paciente". (Bezerra; Cavalcanti & Moura, 2023) Assim, nessa visão colonial propagada na saúde e principalmente na medicina como noção de superioridade detentora do conhecimento absoluto e da supremacia do controle sobre o indivíduo, sendo este uma figura passiva e estática, subordinada e que reforça a atitude sobre o significado literal da palavra "paciente" usada para o designar, como aquele que espera, o "ser passivo" e alvo de intervenção, ordem e controle de uma figura inquestionável. Tal conceito e comportamento inerente à construção histórica da medicina biomédica distancia os domínios sociais, espirituais, culturais e emocionais, se aproximando da medicalização, do intervencionismo e da tecnologia pesada como alvo de valorização para a validação do profissional como médico, estando as áreas de estudo e os profissionais que escolhem alinhar tais práticas e estudos a sua formação consequentemente rebaixados e inferiorizados pela classe detentora de poder, não sendo validados como praticantes de uma medicina resolutiva e que seja digna de reconhecimento, mostrando as facetas da força e da influência colonial existente na constituição de dinâmicas e relações de poder na saúde. (Granada *et al.*, 2017; Bezerra; Cavalcanti & Moura, 2023)

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma discussão crítica à luz da literatura e de um relato de experiência sobre o impacto de relações coloniais na saúde de populações migrantes nordestinas e da invalidação de práticas em saúde sociais que buscam elevar e destacar tais populações.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa principal de relato de experiência, de caráter reflexivo e de natureza qualitativa (Gaia & Gaia, 2020; Mussi, Flores & Almeida, 2021; Pereira *et al.*, 2018; Barros, 2024), associado ao trabalho no acompanhamento de famílias migrantes nordestinas por uma médica de família durante 2 anos do período de residência médica, em uma

comunidade assistida por uma Unidade de Saúde da Família no interior de São Paulo e com apoio de pesquisa de literatura. Para a revisão bibliográfica narrativa (Rother, 2007; Mendes, 2022; Casarin *et al.*, 2020) foram utilizadas as bases Scielo e Google Acadêmico, com seleção de 20 artigos científicos para o debate, publicados em um período de 2005 até 2023 e as palavras-chave: saúde coletiva, vulnerabilidades, populações negligenciadas, migrantes, saúde pública, decolonialidade.

As atividades assistenciais estiveram inseridas no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), vinculado ao complexo acadêmico de uma universidade pública da cidade de Ribeirão Preto. A residente estava inserida como parte de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, sob o regime de preceptoría de residência do tipo ombro-a-ombro, dispondo de um tempo na agenda médica de 1 hora para atendimentos e discussão de casos durante o primeiro ano de residência (R1) e 40 minutos na agenda para atendimentos e retirada de dúvidas sobre os casos acompanhados no período do segundo ano de residência (R2). Na unidade da residente, existiam um total de 5 microáreas, e 3 residentes de MFC em que cada residente é responsável pelo acompanhamento de famílias de 1 microárea específica, estando sob responsabilidade de todos os residentes o atendimento de famílias em situação de vulnerabilidade da comunidade inserida no território da unidade.

A análise teórica do presente trabalho ocorre sob a perspectiva decolonial de percepções em relação a ameaças e ao impacto do estigma e de vulnerabilidades do processo migratório que afetam o cuidado integral de famílias migrantes provenientes do nordeste brasileiro, que se mobilizam, a maioria partindo de regiões dos interiores, de áreas remotas e rurais e fixam residências na comunidade do interior de São Paulo, contando com o atendimento das unidades de saúde da família da residência em MFC, uma garantia de acesso, equidade e acompanhamento humanizado e integrado, entendendo a saúde como um direito humano e não como mercadoria, voltada ao estudo teórico e prático de imersão em espaços assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 3. Resultados e Discussão

#### **Relações de poder e a visão decolonial na construção de interações humanas sob a perspectiva da Medicina Social**

As relações de conhecimento e de construções pedagógicas do saber também podem ser analisadas à luz de estudos e perspectivas decoloniais do eurocentrismo enraizado nas relações de ensino e poder inerentes ao processo interrelacional entre o saber e a hierarquização do poder na figura de quem ensina e de quem necessita aprender, nunca este podendo ocupar o papel também de um ser com potencial de ensino compartilhado e principalmente de transformação social. A visão colonial pode ser analisada em uma perspectiva de estudos de relações de poder entre o que domina e ensina seus costumes e uma parcela da complexa gama de conhecimento que apenas este possui, não sendo o outro indivíduo visualizado como pessoa em uma visão ativa e promotora de impacto. (Dimenstein *et al.*, 2020; Sevalho, 2022) Assim, práticas do fazer diferente, são silenciadas e inferiorizadas por setores, áreas e personalidades detentoras do poder, que apenas se enquadram no perfil da superioridade acadêmica e especializada que possui a missão de ensinar e capacitar os pobres seguimentos inferiorizados, que acreditam nessa relação tóxica de poder como hegemônica e predominante e continuam nessa continuidade de rebaixamento e apagamento da sua individualidade, aceitando a submissão e o colonialismo de uma figura estranha e que não faz parte da vivência de suas dificuldades e adversidades na vida real. (Alves & Delmondez, 2015; Reis, 2022) Esse imaginário simbolista de seguimento inferior e do poder do simbolismo da superioridade detentora do conhecimento leva à manutenção de relações de subordinação, as quais apenas são quebradas pelo despertar do seguimento marginalizado no entendimento de suas potencialidades e que estas se transformam em diferenciais na luta pela emancipação individual e coletiva de um grupo negligenciado para a plena realização de seu modo de ser como algo a ser seguido e evidenciado, não aceitando a continuidade de colônia para a elevação de seus saberes, culturas e práticas como um grupo independente e que compartilha saberes e experiências, aprendendo e ensinando em conjunto. Tal ideia evitaria a propagação do processo de estigmatização, marginalização e preconceito, responsável pela inferiorização do diferente e dando a figuras detentoras dos meios de poder as

ferramentas necessárias para a perpetuação de relações tóxicas e que alimentam uma noção de superioridade e representatividade da ideia de melhor e de padrão a ser seguido que não corresponde às reais necessidades coletivas do povo que busca padronizar. (Carniel *et al.*, 2021; Reis, 2022)

A ideia de destaque para o conceito de colonialidade é posta como uma realidade implícita do processo da modernidade e consiste em uma representação violenta desse processo de modernização. As críticas de relações coloniais possuem diversas vertentes e linhas de discussões, confluindo em um ponto de intersecção que versa sobre o debate crítico de consequências e efeitos levados na transposição de fronteiras de relações e vínculos formais da ideia de colônia. Esse pensamento pode ter como recorte de análise a discussão da quebra permanente de relações de poder e submissão sob o olhar de personagens eurocêntricos, sendo o modelo de análise utilizado como analogia a movimentos de reações contra hegemônicas em que um grupo tradicionalista cria a sua colônia ao se firmar em uma conquista não representativa na figura do ditador de regras, padrões e modelos, sendo este o detentor do poder que busca a subordinação contínua do seguimento colonizado. A manutenção da subordinação e da força de relações coloniais é de grande interesse para que os grupos detentores do poder se sintam superiores e confortáveis às custas da estigmatização de um grupo populacional não representado por ele e que concentra como principal fator de perigo o comportamento de massa e manada em que o grupamento subordinado segue o fluxo do comodismo e acredita na condição de colônia, digno de aprendizados, de preconceitos e de inferiorização pelos falsos detentores de um poder que pode e deve ser retirado dele à partir da mobilização de movimentos sociais contrários às normas vigentes, firmando culturas, ideias e modos de fazer inerentes a novos fenômenos que acompanham mudanças históricas e retiram a ideia de escravidão e inferiorização a populações com potenciais artístico e de criação cultural transformadores de paradigmas, práticas e noções de direito. (Lima & Kosop, 2019; Gomes & Carvalho, 2021; Silva; Sauerbronn & Thiollent, 2022)

Saberes, culturas e práticas vinculados à essência de povos e grupos sociais regionais são subordinados à ideia de grupos eurocêntricos sob objetos da ideia colonial. O conceito de decolonial em uma análise prática e teórica da medicina social provém no trabalho prático com populações negligenciadas que possuem na raiz do problema de manifestações e desorganizações da saúde física e mental impactos diretos de opressões, violências, silenciamentos e de pressões que visam subordinar e inferiorizar culturas, linguagem, formas de expressão e modos de vida de populações por serem estas diferentes do padrão de normalidade e superioridade hegemônico, vigente em uma perspectiva de proximidade com ideias eurocêntricas, perpetuando uma visão subalterna de culturas e que deve ser alvo de combate pela prática médica em uma perspectiva sanitária e de valorização da pessoa humana em sua singularidade e riqueza cultural. (Santos, 2018; Lima & Kosop, 2019)

### **O trabalho em saúde na comunidade e a manifestação de relações de poder e estigma sobre o sofrimento**

Considerada uma especialidade com um surgimento voltado a um movimento contrário à fragmentação do ser humano e à desumanização do cuidado em saúde, a MFC busca a expansão inserida em um ambiente médico elitista, contra forças que lutam pela mercantilização da saúde. Essa resistência de constituição da especialidade, pautada em um olhar sanitarista, com estudos da filosofia, sociologia, antropologia e à luz de discussões de políticas públicas brasileiras, possui em suas origens uma diversa gama de fatores causais como o medo da expansão por especialidades focais tradicionalistas, a perpetuação de uma cultura de intervenção, medicalização e superioridade do modelo biomédico tradicional, ainda vigente e cada vez mais forte, assim como a ideia colonial de associação da MFC como uma área generalista da medicina que precisa ser alvo de ensino e capacitação por áreas com maior sabedoria e soberania. Essa cultura de inferiorização perpetuada pela ideia exaustiva do matriciamento de especialistas sobre o profissional da atenção primária, mesmo que este seja um especialista em MFC é estudada e entendida em sua formação por relações de poder e pela postura de passividade, inferiorização e angústia que muitos dos poucos médicos de família e comunidade formados no Brasil ainda possuem, acreditando e entregando à

medicina tradicional e especializada a soberania e o poder de ensinar e ocupar o lugar do detentor do conhecimento e da sabedoria.

Dessa forma, o médico de família e comunidade se insere em um processo de ambiente de colônia, desperdiçando uma formação em potencial para a dedicação às áreas de gestão, de liderança de pessoas, serviços e sistemas de saúde e a partir dessa mudança de atitude auxiliar na transformação social e de regras, oportunidades e políticas priorizando o trabalho no território e melhorando a qualidade, a valorização e o processo de trabalho de equipes na atenção primária do SUS. Apesar dessa constante desvalorização imposta pelas lideranças à especialidade de MFC, problematiza-se aqui quem valida tais imposições como verdades incontestáveis e como regras do jogo, um vez que essas lideranças que não representam a maioria dos seguimentos marginalizados da sociedade, entendem muito de pouco e pouco das principais necessidades coletivas da comunidade e das áreas prioritárias do Brasil, principalmente pela ausência de trabalho imersivo e fixo nesses espaços e direcionado a populações e territórios negligenciados.

A formação do trabalho especializado com uma dedicação de 2 anos em formação comunitária no SUS, no território, em contato com determinantes sociais da saúde e auxiliando famílias e comunidades vulnerabilizadas fazem da formação em MFC a mais completa e humanística da medicina, como um movimento de resistência e de resgate ao fazer médico sem fins lucrativos. As habilidades desenvolvidas no contato e na troca de adversidades e dificuldades da vida, impactando diretamente no processo saúde-doença, do encontro genuíno ao longo do tempo do médico com o paciente da comunidade levam ao maior vínculo e à empatia como instrumento

Ao considerar a saúde em um visão biopsicossocial, entende-se que o estado de saúde do indivíduo corresponde à uma interação de questões biológicas, relativas à patologia clínica, psicológicas, associadas à ideia de saúde mental e manifestações psíquicas do sofrimento e sociais, destacando o impacto de determinantes sociais do ambiente na problematização de questões em saúde do indivíduo, tendo um grande impacto na resolutividade clínica e na organização de cuidados em saúde, principalmente para famílias mais vulneráveis. Porém apenas essa análise de interações dessas 3 áreas não é suficiente para a visualização de prognóstico e o entendimento do comportamento de comorbidades alinhado ao comportamento de pacientes e suas percepções influenciando diretamente a adesão terapêutica e ao planejamento não farmacológico acordado em atendimentos em saúde. Nessa perspectiva, a forma de abordagem do médico e o auxílio de outros profissionais em saúde no manejo de casos com instabilidades em 2 ou mais áreas biológicas, psicológicas e sociais interferem diretamente no controle da doença clínica, das comorbidades e principalmente na sobrecarga que o não controle dessas patologias à curto, médico e longo prazo irão impactar aos serviços de saúde, desperdiçando ou poupando recursos do SUS. Um grande fator muitas vezes negligenciado e que atua intimamente ligado à resolutividade clínica e ao controle de comorbidades é a estreita ligação do paciente a uma unidade de cuidados de saúde de referência, na qual conseguem o acesso ao acolhimento de suas demandas e ao acompanhamento ao longo de tempo das principais necessidades em saúde, priorizando ciclos de vida mais vulneráveis e populações vulnerabilizadas. Nesse contexto o estudo de políticas públicas e a contribuição do desenvolvimento de políticas que priorizem seguimentos populacionais negligenciados é uma responsabilidade da formação médica e principalmente da formação de especialistas em uma visão comunitária, como é o caso da formação de programas de residência em MFC.

Os fluxos migratórios no Brasil e no mundo foram marcados por mudanças que representaram a situação econômica e política de nações e regiões do país, porém o fenômeno migratório de famílias, principalmente de cidades do interior do nordeste para a região sudeste é marcado pela ideia de novas oportunidades e de ser essa região um centro de desenvolvimento tecnológico e de possibilidades de crescimento pessoal, através do estudo, na fixação em empregos e principalmente da ideia de melhor qualidade de vida, pela moradia em uma região com um imaginário de superioridade em estruturas e oferecimento de serviços. Porém o processo de mobilização, entrada e fixação dessas famílias vulneráveis no sudeste brasileiro, principalmente nos grandes centros das capitais do Rio de Janeiro e de São Paulo é marcado pela centralização dessas famílias

em locais constituintes ao aglomerado de favelas e comunidades, distantes dos grandes centros econômicos, naturais e de lazer, marcando assim o processo de marginalização originário desde a história de desenvolvimento industrial brasileiro. (Vilela; Monsma, 2015) Porém, apesar da imersão como um grupo populacional estigmatizado pela vivência em ambientes de favelas e comunidades, à margem das facilidades de acesso, trabalho, lazer e contato com a natureza, tais famílias migrantes nordestinas também se deparam com o duplo estigma pela entrada em uma nova região, com uma visão preconceituosa enraizada em relação às variações linguísticas nordestinas, aos hábitos culturais, musicais e culinários, assim como maneiras de se vestir e de se relacionar com outros grupos populacionais, sendo muitas vezes vistos e chamados de forma pejorativa na tentativa de padronizar toda e qualquer região do nordeste que se desloca ao sudeste no rótulo de “paraíba”. Dentre outras formas de preconceito e xenofobia enraizada, a expressão de fazer “baianagem” e de falas da preguiça nordestina estão entre modos de comunicação e de potencialização da marginalização da cultura e do povo nordestino dentro de novas dinâmicas e relações interpessoais em uma perspectiva colonial, mesmo que inserido em um contexto já de marginalização em periferias urbanas. (Menezes, 2005; Lordelo & Barros, 2005; Oliveira & Jannuzzi, 2005; Marandola Jr; Dal Gallo, 2010) Essa cultura da dupla estigmatização do diferente e do migrante leva à potencialização do comprometimento da saúde física e mental do indivíduo, uma vez que interfere diretamente no envolvimento da pessoa com o meio ambiente em uma visão de ecossistema e de dinâmicas familiares, na qual muitas vezes na tentativa de validação, essas populações buscam a reprodução de estilos de vida semelhantes ao modo de viver da região inserida, sendo alvo de pressões para adaptação e modelagem aos novos costumes para a fixação em espaços de trabalho e para a redução de violência e de bullying escolar. (Damergian, 2009; Magalhães, 2023) Tais questões migratórias, assim como comportamentais de grupos populacionais e de formas de relações de poder e colonialidade são parte da rotina do trabalho médico no território, vivenciado por residentes de medicina de família nos mais diversos cenários de atuação em comunidades desde escolas, passando por conhecimento de locais e do funcionamento de relações no trabalho informal dessas populações, assim como na observação e análise do estado de casas e bairros em que essas famílias se alocam e também atuam como região de suporte para a recepção de novos familiares seguindo a mesma rota migratória ao sudeste brasileiro (Gomes, 2006; Noronha; Vilela & Campos, 2019). Porém, na atualidade é reforçada também um aumento da migração da grande capital paulista para as cidades mais interiores e com um maior desenvolvimento tecnológico e socioeconômico, porém mesmo em uma vivência em novos interiores urbanos, as relações de poder e colonialidade se perpetuam com uma visão coletiva de superioridade da cultura e da população do sudeste sobre as manifestações culturais e comportamentais de famílias nordestinas migrantes. Toda essa relação de colonialidade e hierarquia é vista como influência direta na manutenção da saúde e da qualidade de vida dessas populações no atendimento da MFC na porta de entrada do SUS.

### **A Experiência de Atuação da Medicina de Família e Comunidade no Trabalho com Vulnerabilidades no Contexto de Migrações Nordestinas em São Paulo**

No encontro de formação de uma médica para a especialização junto à comunidade e em uma visão de dinâmicas familiares, o programa de residência possibilita uma imersão de treinamento em serviço, com uma agenda protegida e que permite o pleno encontro de comunicação, olhares e expressividade para o entendimento da pessoa que busca o acolhimento, a assistência e a troca de saberes em saúde. Assim, o pilar prioritário da formação humanística está na empatia, na capacidade do entendimento holístico do outro, da tentativa de olhar o mundo e a realidade do outro com uma visão de compaixão, porém entendendo que toda experiência de sofrimento, inferiorização, estigmatização e adoecimento nas dimensões do corpo, da mente e do conceito espiritual da cultura do indivíduo são singulares. Nessa visão, a formação de MFC é pautada na Medicina Centrada na Pessoa, sem hierarquias ou imposições de condutas, na qual o médico atua como facilitador, auxiliando na quebra de bloqueios para o processo do despertar do indivíduo, emponderando-o como principal agente responsável pela manutenção

dos cuidados em saúde e da modificação de atitudes e sentimento de impotência e inferioridade frente a relações doentias, tóxicas e de submissão direcionadas por seguimentos detentores do poder, o que em uma perspectiva decolonial de saúde para a visão de populações negligenciadas migrantes, ocorre na abordagem e identificação do sofrimento, mental e do isolamento social como reflexos da xenofobia e das barreiras enfrentadas no acesso ao trabalho, ao estudo e à sensação de pertencimento em um grupamento social com imaginários hegemônicos e eurocêntricos que buscam patologizar e ridicularizar padrões e comportamentos culturais de populações nordestinas em situação de vulnerabilidade como hábitos culinários, sotaques, palavras e expressões linguísticas, assim como gostos e opções por vestimentas e preferências no uso de roupas com cores quentes, alegres e floridas, representando a riqueza cultural e a diversidade multicolorida de costumes dos mais diversos interiores e cidades nordestinas.

A vinda de famílias em situação de vulnerabilidade dos interiores do nordeste, destacando Alagoas como um dos estados de maior fluxo migratório para as unidades de saúde da residência, que prestam assistência de qualidade à comunidade no SUS, é marcada por todo um processo de dificuldades de deslocamento familiar isolado, sem suporte social fixo, com relações interpessoais instáveis e um sentimento de saudosismo de regiões, climas, rituais religiosos, aspectos culturais, comidas e temperos, assim como a proximidade de membros da famílias que não conseguiram se desvincular das raízes da terra natal para a nova mobilização de vida tal qual uma ruptura em uma biografia migratória que marca uma trajetória de vida e tem nas manifestações de saúde e doença marcas facilmente reconhecidas por profissionais que trabalham em contato direto com gente, com o território e com o sofrimento humano pelo distanciamento de valores e saberes, muitas vezes entendidos como alienígenas ou divergentes da cultura colonial eurocêntrica fortalecida em relações sociais marcadas pelo poder do que é considerado a maioria colonizadora. O acompanhamento de famílias migrantes do Nordeste ao lado da MFC, auxilia na maior criação de vínculos e estudo das dinâmicas familiares, com a construção de genogramas e ecomapas, elegendo casos familiares mais complexos em que toda essa relação estrutural de impactos da adaptação à mudança de realidade influenciam diretamente no estudo das determinantes sociais da saúde.

#### **4. Considerações Finais**

Estudos de autoeficácia, do Método Clínico Centrado na Pessoa e da Entrevista Motivacional contribuem para a facilitação no processo de empoderamento e quebra de bloqueios de populações vulneráveis, evitando ameaças à saúde mental dessas populações que influenciam na piora de condições clínicas crônicas e fazem do agravamento de doenças um fenômeno biopsicossocial. Esse empoderamento do paciente, tratado pela medicina de família como pessoa, por considerar a importância do componente ativo da pessoa em prol de melhorias na qualidade de vida e não um simples indivíduo passivo, é essencial para a quebra de bloqueios coloniais impostos no processo de migração até a fixação de famílias provenientes de áreas remotas e distantes do Brasil, que buscam a ida ao sudeste como uma forma de novas oportunidades de trabalho e de melhorias de vida, tendo a assistência e a organização de redes em saúde como alguns dos motivos migratórios. Porém nesse processo, enfrentam inferiorização e xenofobia, ao se fixarem em comunidades de São Paulo e ao buscarem novas oportunidades de vida e trabalho, muitas vezes com condições salariais inferiores e um olhar contrário à proposta de equidade que deveria ser prevalente. A visão decolonial e o trabalho dessa perspectiva no acompanhamento médico é essencial para evitar o comprometimento da saúde mental e da violência contra essas populações em processo de migração, uma vez que levam ao isolamento, à desmotivação e à piora de condições clínicas crônicas por descompensações e desenvolvimento de transtornos mentais desencadeados pelo preconceito e violência sofridos por famílias migrantes do Nordeste a comunidades de São Paulo. O entendimento de pautas e narrativas que remetem a questões de grupos sociais vulnerabilizados, levam ao estudo e compreensão de como o estigma e relações de poder influenciam na saúde física e mental, na propagação de violências e no isolamento, perpetuando condições de miséria e de violações de direitos humanos de tais populações, em uma perspectiva

colonial de manutenção de uma ideia arcaica e errônea de superioridade de um seguimento ditador de regras e de relações de poder que necessitam ser desconstruídas.

Sugerimos trabalhos futuros com análises qualitativas sobre percepções e impactos da imigração de nordestinos ao sudeste em uma perspectiva de entendimento de fatores que contribuem para a perpetuação do estigma e de relações existentes entre o preconceito dessas populações e a qualidade de vida.

## Agradecimentos

À CAPES – o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

## Referências

- Alves, C. B. & Delmondez, P. (2015). Contribuições do pensamento decolonial à psicologia política. *Rev. Psicol. Polít.*, São Paulo, 15(34), 647-661. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1519-549x2015000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1519-549x2015000300012&lng=pt&nrm=iso).
- Barros, A. M. D. B. (2024). Manual de trabalhos acadêmico-científicos: relato de experiência. Nova UBM - Centro Universitário de Barra Mansa. Gaia, A. C. A.
- Bezerra, P. A., Cavalcanti, P. & Moura, L. B. A. (2023). Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis: revista de saúde coletiva [online]*, 33, e33025. <https://www.scielo.org/article/physis/2023.v33/e33025/pt/#>.
- Carniel, F. et al. (2021). Projetos globais e o estranho: estudos decoloniais na produção acadêmica brasileira. *Scielo preprints.*, 1-31. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1955>.
- Casarin, S. T. et al. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*,10(5). <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924>
- Damergian, S. (2009). Migração e referenciais identificatórios: linguagem e preconceito. *Psicologia USP*, 20(2), 251–268. <https://www.scielo.br/j/psup/a/jnrf3v5jtw4vtk5rkpkryz/#>.
- Dimenstein, M. et al. (2020). Gênero na perspectiva decolonial: revisão integrativa no cenário latino-americano. *Revista estudos feministas*, 28(3), E61905. <https://www.scielo.br/j/ref/a/gkyn4nvxtgfl8yhkhsrdj5n/#>.
- Gaia, A. C. A. & Gaia, A. R. (2020). Relato de experiência: roteiros para elaboração de trabalhos de conclusão de cursos de licenciatura. Ed. CVR.
- Gomes, D. F. L. & Carvalho, R. K. M. (2021). Poderá o direito ser decolonial?. *Revista direito e práxis*, 12(1), 77–101. <https://www.scielo.br/j/rdp/a/nxvbYTdVbVZLC9KCWFQhWxC/?format=pdf&lang=pt>.
- Gomes, S. C. (2006). Uma inserção dos migrantes nordestinos em são paulo: o comércio de retalhos. *Imaginario, são paulo*, 12(13), 143-169. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-666x2006000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-666x2006000200007&lng=pt&nrm=iso).
- Granada, D. et al. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 21(61), 285–296. <https://www.scielo.br/j/icse/a/yfr5qb3hxs9zdyfkbhbrgc/#>.
- Lima, J. E. D. S. & Kosop, R. J. C. (2019). Giro decolonial e o direito: para além de amarras coloniais. *Revista direito e práxis*, 10(4), 2596–2619. <https://www.scielo.br/j/rdp/a/XK3xFx3R8yWRpPFCrSyxD8t/?lang=pt&format=pdf>.
- Lordelo, E. R. & Barros, M. N. F. (2005). Identidade social de paulistas e nordestinos: comparações intra e intergrupais. *Mental, barbacena*, 3(5), 115-128. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1679-44272005000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1679-44272005000200009&lng=pt&nrm=iso).
- Magalhães, V. B. (2023). História oral e migrações do nordeste para o sudeste: um estudo sobre a produção brasileira. *História oral*, [s. L.], 26(1), 77–107. <https://revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/1302>.
- Marandola Jr., E. & Dal Gallo, P. M. (2010). Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. *Revista brasileira de estudos de população*, 27(2). Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/rzmfzwwxrmzvzhzfgwrsr6wn/#>.
- Mendes, C. (2022). O que é uma revisão narrativa de literatura: exemplos e considerações da metodologia. <https://www.youtube.com/watch?v=Y1BWSVsxvRM>
- Menezes, A. (2005). Mito ou identidade cultural da preguiça. *Cienc. Cult.*, 57(3). [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0009-67252005000300005](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0009-67252005000300005).
- Mussi, R. F. D. F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. D. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*, 17(48), 60-77.
- Noronha, C. A.; Vilela, E. & Campos, M. (2019) “Quem leva a pior?” Nordestinos e bolivianos no mercado de trabalho paulista. *Revista brasileira de estudos de população*, 36, E0082. <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/rsczdrpztwv7vnb5t7spzrz/#>.



Oliveira, K. F. & Jannuzzi, P. M. (2005). Motivos para migração no Brasil e retorno ao nordeste: padrões etários, por sexo e origem/destino. *São Paulo em perspectiva*, 19(4), 134–143. <https://www.scielo.br/j/spp/a/7rjvcktfvmptrvjlrkd36g/#>.

Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Ed. UAB/NTE/UFMS.

Reis, D.S. (2022). A colonialidade do saber: perspectivas decoloniais para repensar a univers(al)idade. *Educação & Sociedade*, 43, e240967. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/es/a/V4NXjqDTzVTkVLRXQyDfdyQ/#>.

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta paul. enferm.* 20(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

Santos, V. M. (2018). Notas desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. *Psicologia & sociedade*, 30, E200112. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/fz3rgjj7fx6mvymhkd3psnk#>.

Sevalho, G. (2022). Contribuições das críticas pós-colonial e decolonial para a contextualização do conceito de cultura na epidemiologia. *Cadernos de saúde pública* [online], 38(6), e00243421. <https://www.scielosp.org/article/csp/2022.v38n6/e00243421/#>.

Silva, C. M., Sauerbronn, F. F. & Thiollent, M. (2022). Decolonial studies, non-extractive methods, and participatory action research in accounting. *Revista de administração contemporânea*, 26 (4), E210014. <https://www.scielo.br/j/rac/a/zxvcftxgmymyqg8yqt8bcml/abstract/?lang=pt#>.

Vilela, E. M. & Monsma, K. (2015). Migração interestadual e desigualdade racial: evidência do estado de São Paulo. *Sociologias*, 17(40), 256–291. <https://www.scielo.br/j/soc/a/ccxpr3k7b85tzshv5fnyhmn/#>.