








(Des)conhecimento da população internacional sobre o sistema de saúde brasileiro: experiências de profissionais e migrantes*

The international population's (mis)knowledge of the Brazilian health system: the experiences of professionals and migrants

Como citar este artigo:

Buzzerio LF, Soldera AGS, Cruz ADQ, Luz MS, Sanguino GZ, Marcon SS, et al. The international population's (mis)knowledge of the Brazilian health system: the experiences of professionals and migrants. Rev Rene. 2025;26:e94260. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20252694260>

-  Lorena Franco Buzzerio¹
 Andrezza Gabrielly dos Santos Soldera²
 Amalia Dayane Queiroz da Cruz¹
 Mateus Souza da Luz¹
 Gabriel Zanin Sanguino¹
 Sonia Silva Marcon¹
 Mayckel da Silva Barreto¹

*Extraído da dissertação “Experiências de migrantes internacionais e profissionais de saúde com o atendimento de emergência: uma análise temática”, Universidade Estadual de Maringá, 2024.

¹Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.

²Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

Autor correspondente:

Andrezza Gabrielly dos Santos Soldera
Av. Costa e Silva, Cidade Universitária – Pioneiros.
CEP: 79070-900. Campo Grande, MS, Brasil.
E-mail: andrezzasoldera@hotmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Camila Biazus Dalcin

RESUMO

Objetivo: conhecer as experiências de profissionais de saúde e migrantes internacionais acerca do (des)conhecimento dessa população sobre o sistema de saúde brasileiro. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado no serviço de emergência de um Hospital Universitário. Foram entrevistados nove profissionais de saúde e seis migrantes em atendimento. O Interacionismo Simbólico e a Análise Temática Reflexiva foram adotados como referencial teórico e metodológico, respectivamente. **Resultados:** emergiram dois temas: situações que cooperam para o desconhecimento sobre o sistema de saúde; e consequências/desdobramentos do desconhecimento sobre o sistema de saúde. **Conclusão:** o desconhecimento dos migrantes sobre o sistema de saúde brasileiro decorre de barreiras linguísticas, vulnerabilidades sociais e burocráticas, dificultando o acesso e a continuidade do cuidado. Os profissionais de saúde apontam a necessidade de maior preparo para lidar com as situações, enquanto os migrantes relatam dificuldades na compreensão do sistema de saúde e utilização dos serviços. **Contribuições para a prática:** os achados são relevantes para que gestores e profissionais pensem estratégias e protocolos que estimulem a entrada dos migrantes internacionais nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, considerem seu processo formativo acerca do funcionamento do sistema. **Descritores:** Migrantes; Pessoal de Saúde; Sistemas de Saúde; Conhecimento.

ABSTRACT

Objective: to find out about the experiences of health professionals and international migrants regarding this population's (lack of) knowledge about the Brazilian health system. **Methods:** a qualitative study was carried out in the emergency department of a university hospital. Nine health professionals and six migrants were interviewed. Symbolic Interactionism and Reflective Thematic Analysis were adopted as the theoretical and methodological frameworks, respectively. **Results:** two themes emerged: situations that contribute to lack of knowledge about the health system and the consequences of lack of knowledge about the health system. **Conclusion:** migrants' lack of knowledge about the Brazilian health system stems from language barriers and social and bureaucratic vulnerabilities, hindering access and continuity of care. Health professionals point to the need for more significant preparation to deal with situations, while migrants report difficulties in understanding the health system and using services. **Contributions to practice:** the findings are relevant for managers and professionals to think about strategies and protocols that encourage international migrants to enter health facilities and simultaneously consider their training process on how the system works. **Descriptors:** Transients and Migrants; Health Personnel; Health Systems; Knowledge.

Introdução

O processo migratório contemporâneo tem sido uma questão central nas discussões governamentais ao redor do mundo. Isso porque sua ocorrência é pantopolista e envolve um conjunto complexo de fatores que perpassam desde ações de saúde pública a impactos econômicos, culturais e sociais⁽¹⁾. A estimativa é de que haja cerca de 281 milhões de migrantes internacionais no mundo em 2024, equivalente a 3,6% da população global⁽²⁾. No Brasil, a questão tem se tornado cada vez mais relevante, especialmente a partir da intensificação dos fluxos migratórios nos últimos anos e da entrada do país na rota do contrabando de migrantes⁽³⁾.

O fenômeno migratório internacional é impulsionado por uma variedade de fatores, como conflitos armados, crises econômicas, mudanças climáticas e busca por melhores oportunidades. Além disso, economicamente, a migração pode ter efeitos tanto positivos como negativos. Se, por um lado, os migrantes contribuem para a força de trabalho e são capazes de ajudar a suprir a escassez em setores específicos, por outro, a massiva entrada pode pressionar os sistemas públicos de saúde, educação e habitação, além de gerar tensões sociais⁽²⁾.

Embora esteja bem documentada na literatura a ocorrência do “efeito do migrante saudável” e das distintas percepções/definições de doença vinculadas à cultura, via de regra, as populações migrantes apresentam um conjunto de vulnerabilidades que as tornam mais suscetíveis ao adoecimento⁽⁴⁾. Condições precárias de vida, falta de acesso regular a cuidados médicos nos países de origem e desafios enfrentados no processo migratório – exposição a ambientes insalubres e privação de direitos básicos – contribuem para o aumento da demanda por assistência em saúde entre migrantes internacionais⁽⁵⁾.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante o direito de atendimento a todas as pessoas, incluindo os migrantes internacionais, independentemente de seu *status* migratório no país. Este é um dos

pilares do SUS, que se baseia nos princípios de universalidade e equidade⁽⁶⁾. No entanto, apesar da cláusula pétrea que garante a existência de tais direitos inclusivos, evidencia-se utilização significativamente menor dos serviços de saúde entre migrantes, comparados à população nativa, ainda que eles necessitem da assistência para saúde física e/ou mental. Logo, a garantia do acesso não é suficiente para que o cuidado em saúde à população migrante se concretize^(3,7).

O conhecimento dos migrantes sobre seus direitos em saúde é crucial para a busca pela assistência. Porém, muitos desconheciam como, de maneira pragmática, acessar o sistema de saúde do país anfitrião. Isso ocorria mesmo após vários anos de residência, o que reforça a necessidade de ações informativas e educacionais específicas tanto na chegada, como de forma longitudinal^(4,7-8).

Compreender o comportamento de busca por serviços de saúde entre migrantes internacionais perpassa pelo reconhecimento de que as ações e interações desse grupo social influenciam e são influenciadas pelas experiências pregressas com atendimento em saúde e também pelo nível de conhecimento que possuem sobre o sistema de saúde do país anfitrião⁽⁹⁾. Apesar das evidências disponíveis^(4,7-8) apontarem para importantes dificuldades nesse aspecto, ainda há uma lacuna na análise dos fatores que levam a tal desconhecimento.

Nesse contexto, torna-se essencial compreender experiências que demonstrem fatores perpetuadores das dificuldades e barreiras encontradas. O estudo dessas dinâmicas deve incluir as perspectivas/experiências dos próprios migrantes, que vivenciam os desafios do sistema, bem como dos profissionais de saúde, que lidam diretamente com essas limitações no cotidiano e na prática do atendimento. Essa abordagem permite identificar como a falta de conhecimento sobre o sistema não apenas influencia as decisões individuais dos migrantes, mas também afeta a eficiência e a equidade do atendimento prestado. Observar o fenômeno em estudo por diferentes óticas amplifica a possibilidade de uma compreensão mais abrangente.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi conhecer as experiências de profissionais de saúde e migrantes internacionais acerca do (des)conhecimento dessa população sobre o sistema de saúde brasileiro.

Métodos

Tipo de estudo

Estudo qualitativo que empregou a ferramenta *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) na descrição dos seus principais aspectos metodológicos. Foi utilizado o referencial teórico do Interacionismo Simbólico para fundamentar a pesquisa, uma vez que esta teoria sociológica analisa experiências vivenciadas e a construção sócio-individual de significados subjetivos, a partir da interação entre atores sociais (nesse caso, profissionais de saúde e migrantes internacionais)⁽⁹⁾.

Local do estudo

A investigação ocorreu em um hospital universitário de médio porte, situado na região Sul do Brasil. Este serviço atua como ponto de entrada de demanda espontânea e por meio de encaminhamentos referenciados. O hospital está localizado na sede da 15.^a Regional de Saúde do Paraná, que abrange 30 municípios.

No setor de urgência, os pacientes são acolhidos e classificados conforme o nível de risco, sendo posteriormente atendidos ou encaminhados. A equipe do setor é composta por 103 médicos plantonistas (nas áreas de clínica geral, cirurgia, ortopedia, pediatria, obstetrícia e ginecologia) e 29 enfermeiros. O serviço conta com 24 leitos de observação, oito leitos de internação, quatro para cuidados semi-intensivos e seis para emergência.

Participantes do estudo

A amostragem foi por conveniência, caracteri-

zada pela seleção de participantes com base na sua acessibilidade. Essa amostragem se fez necessária para identificar as pessoas que atendiam aos critérios de inclusão/exclusão do estudo. A pesquisadora principal convidou os profissionais e migrantes presentes no setor de urgência a participarem em dias e horários variados (incluindo os turnos matutino, vespertino e noturno). Além disso, contou com o auxílio de profissionais atuantes no setor para informar quando havia um migrante internacional em atendimento, para que pudesse ser realizado o convite de participação.

Para os profissionais, os critérios de inclusão foram: ser médico ou enfermeiro, atuar no setor de emergência e ter atendido migrantes internacionais nesse serviço. Profissionais que estavam de férias ou afastados do trabalho durante o período da pesquisa foram excluídos. Já para os migrantes, os critérios de inclusão foram: possuir nacionalidade não brasileira, ser maior de 18 anos, residir no Brasil e ter recebido atendimento no serviço onde o estudo foi realizado. Migrantes que não apresentavam condições clínicas e/ou emocionais de participar da entrevista e aqueles que não falavam português, espanhol ou inglês, línguas conhecidas pela pesquisadora principal, foram excluídos.

Ao todo, 24 profissionais de saúde que atendiam aos critérios de inclusão foram contatados. Destes, 10 profissionais se recusaram a participar, justificando falta de familiaridade com a temática, apesar de atenderem a população migrante. Cinco profissionais se mostraram inicialmente dispostos a participar, mas não mantiveram contato. Em relação aos migrantes, 15 pessoas que atendiam aos critérios de inclusão foram abordadas, porém, nove se recusaram a participar sem especificar motivo. Por fim, a pesquisa envolveu nove profissionais de saúde e seis migrantes internacionais.

Embora a pesquisadora tivesse familiaridade com o setor onde o estudo aconteceu, devido à sua experiência como residente em urgência e emergência na área de enfermagem, não possuía nenhuma vinculação prévia com os entrevistados. É importan-

te destacar sua expertise na coleta e análise de dados qualitativos em contextos emergenciais, sendo que ela também foi direta e continuamente supervisionada por um pesquisador sênior do grupo.

Período e coleta dos dados

As entrevistas aconteceram entre agosto e outubro de 2023, de forma presencial e em único encontro com cada participante. Todas ocorreram em sala reservada dentro do próprio setor hospitalar, foram áudio-gravadas na íntegra e posteriormente transcritas e traduzidas para o português, quando necessário (duas entrevistas se deram em espanhol). Cada entrevista teve uma duração média de 25 minutos e foi conduzida utilizando um instrumento semiestruturado, composto por duas partes. A primeira parte abordou a caracterização sociodemográfica dos participantes, enquanto a segunda consistiu em perguntas direcionadas em questão. Entre os exemplos de perguntas, destacam-se: Conte-me qual(is) serviço(s) de saúde você procura quando precisa de atendimento e por quê (migrantes); em seu processo de trabalho como você percebe o conhecimento que os migrantes internacionais têm com relação ao sistema de saúde do Brasil? (profissionais). Após transcrito, o conteúdo não foi devolvido aos participantes por uma limitação de tempo, mas garantiu-se, ao final de cada entrevista, que eles pudessem excluir qualquer parte do áudio e, por conseguinte, do processo de análise futuro. Todos os entrevistados concordaram com a análise completa dos áudios.

Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram analisadas pela pesquisadora principal utilizando o *software* Atlas.ti® para organização dos dados, com base no referencial metodológico da Análise Temática Reflexiva⁽¹⁰⁾ à luz do Interacionismo Simbólico⁽⁹⁾. A análise ocorreu em seis fases de um processo não-linear: 1) familiarização com os dados, a partir de leituras flutuantes e intensi-

vas; 2) geração de códigos iniciais, momento no qual as principais proposições do estudo foram retomadas e identificadas nas falas dos entrevistados aspectos significativos; 3) busca por temas, o que se estabeleceu a partir da separação dos códigos iniciais por semelhanças entre eles, utilizando-se distintas cores; 4) revisão dos temas; 5) definição e nomeação dos temas e; 6) produção do relatório final da pesquisa⁽¹⁰⁾. A análise dos dados suscitou dois temas principais.

As entrevistas foram realizadas com todos os participantes que foram contatados e aceitaram participar. Mas, durante o processo analítico, foi confirmada a saturação temática dos dados por meio da identificação de repetição de informações-chave para a compreensão do fenômeno⁽¹¹⁾.

Aspectos éticos

Para garantir o anonimato cada profissional recebeu a codificação de “Profissional” seguido de um número, de ordem aleatória. Quanto aos migrantes a codificação foi “Migrante” seguido de um número, também aleatório. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias de igual teor. A investigação foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá por meio do parecer n.º 6.014.601/2023, e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 66594523.9.0000.0104.

Resultados

Foram entrevistados 15 participantes, sendo nove profissionais de saúde e seis migrantes. Dentre os profissionais, oito eram enfermeiros e um médico, sendo dois homens e seis mulheres, com idades entre 25 e 59 anos. O tempo de atuação profissional variou de dois a 35 anos e o tempo de atuação na área de dois a 10 anos. Os migrantes eram três mulheres com idades de 22, 35 e 54 anos e três homens com idades de 23, 25 e 34 anos. Dois eram da Venezuela, uma do Haiti, uma da Guiné Equatorial, um do Paraguai e um da República Democrática do Congo.

Dois migrantes eram estudantes de graduação, outros dois estavam regularmente empregados, um como operador de máquinas no ramo alimentício e outro como mecânico. Outro trabalhava como entregador para aplicativos, porém estava afastado de suas atividades em função de problemas de saúde. Por fim, um migrante não possui vínculo empregatício ou educacional no Brasil. O tempo mínimo de residência no país foi de duas semanas e o máximo de sete anos. Metade dos entrevistados referiu ter vindo ao Brasil acompanhado da família e todos afirmaram ter escolhido o país em busca de melhores condições de trabalho e vida.

A partir dos resultados, foi possível estabelecer duas perspectivas complementares acerca do conhecimento dos migrantes internacionais sobre o sistema de saúde brasileiro, uma advinda do próprio sujeito e outra que considera a percepção do profissional de saúde. Esse último ator social, apesar de não vivenciar os motivos e desdobramentos da falta de conhecimento, ao interagir com migrantes em sua *práxis* cotidiana, pode também reconhecer nuances que precisam ser consideradas para melhor atender a essa parcela populacional. Identificaram-se dois eixos temáticos: Situações que cooperam para o desconhecimento sobre o sistema de saúde e Consequências/desdobramentos do desconhecimento sobre o sistema de saúde.

Situações que cooperam para o desconhecimento sobre sistema de saúde

A partir da análise dos dados, verificou-se que os profissionais de saúde, por vezes, interagem com os migrantes envolvidos por um simbolismo marcado pelos estigmas e preconceitos. Esse tipo de atendimento, geralmente, era entendido como inadequado e não esclarecedor, fazendo com que o desconhecimento dos migrantes a respeito do sistema de saúde permanecesse: *Eles não conhecem nada e tem alguns que vem para pegar atestado, então às vezes o atendimento passa a ser generalizado por essa questão e aqueles outros que realmente precisam, acabam sendo colocados em situações do tipo "não é nada, só veio para*

pegar atestado". Então, eu acho que essa questão deles acharem que podem vir para pegar atestado, acaba sendo uma dificuldade para a gente também (Profissional 4). *Eu não tenho preconceito contra os imigrantes, mas sabemos que alguns médicos do serviço não gostam de atender. Não explicam direito. Sem explicações eles permanecem sem conhecer o sistema de saúde. Daqui a pouco voltam para a emergência por motivos sensíveis à Atenção Básica* (Profissional 1).

Identificou-se que, segundo os profissionais de saúde, a vivência de diferentes vulnerabilidades, a falta de conhecimento sobre a sociedade de acolhimento e do idioma, bem como o fato de os empregadores não oferecerem o apoio necessário, de forma sinérgica, cooperavam para a manutenção do desconhecimento dos migrantes atinente aos serviços de saúde: *Vejo bastante isso, que ficam na feira com umas cestinhas pedindo. Essas situações deixam eles em maior vulnerabilidade, o foco é sobreviver e não conhecer o serviço de saúde, promover saúde, nada disso* (Profissional 4). *Atendi uma gestante, e geralmente ela vem com o esposo, ele é quem consegue falar um pouco mais com a gente, porque ela mesmo a gente não conseguia identificar [o idioma falado]. Daí sem conhecer o idioma, a sociedade, vai conhecer a saúde? Não vai!* (Profissional 6). *Não sei se por conta da mão de obra, das empresas e indústrias que tem nas cidades vizinhas, acho que consegue segurar um pouco mais os imigrantes lá como mão de obra e, às vezes, não dão as devidas informações, esclarecimentos, faz com eles não tenham assim essa noção do todo, incluindo os serviços de saúde disponíveis para eles e como utilizar* (Profissional 3).

Por vezes, os profissionais percebiam que muitas dessas vulnerabilidades levavam o migrante a dificuldades em assimilar as informações que eram repassadas durante os atendimentos, bem como o funcionamento do sistema de saúde. As falas dos migrantes foram convergentes ao referirem dificuldades de entendimento das consultas no serviço de saúde, especialmente durante as primeiras interações com o local, pois ao compararem com a sociedade de origem, os serviços de saúde se mostravam bastante diferentes: *Tem que validar as informações, porque pode confundir muito, ele pode não entender a gente falando e explicando e acaba que ele não vai ser capaz de sair daqui da emergência e procurar a unidade de saúde, simplesmente porque não entendeu o seu comando* (Profissional 5). *Não vou falar no meu caso, pois estou aqui faz um ano,*

e já compreendo muito bem. Eu acho muito complicado esse monte unidades de saúde que vocês tem aqui no Brasil e cada uma é para um tipo de coisa. Isso complica nossa cabeça. No meu país não é assim (Migrante 6).

Por vezes, os profissionais e migrantes observavam condições sociais vinculadas ao processo migratório, que simbolicamente representavam o conceito de medo, como barreiras a serem enfrentadas pelos migrantes ao necessitar de atendimento de saúde, dificultando o acesso ao sistema e, por conseguinte, conhecer seu funcionamento: *Muitas vezes eles não têm visto e não têm autorização para estar fora do país deles, então não sei se é um fator que segura ele de fazer o tratamento, com medo que aconteça algo, com medo que precise retornar ao seu país (Profissional 3). Tinha medo no começo de usar o SUS porque eu demorei para fazer meus documentos, daí deixava de ir (Migrante 1).*

Consequências/desdobramentos do desconhecimento sobre o sistema de saúde

Os profissionais de saúde perceberam que a falta de conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro fazia com que migrantes internacionais não utilizassem os serviços ou postergassem a busca, ainda que estivessem passando por situações que demandavam atenção em saúde, como, por exemplo, uma doença aguda ou uma gestação: *A falta de conhecimento faz a imigrante ter uma gestação sem acompanhamento, a gente orienta que na próxima gestação procurem assistência médica desde o início, façam todos os exames, se preocupando com a parte rotineira dos exames que têm que ser coletados, as rotinas que são preconizadas e fazer orientações delas (Profissional 7). Um problema grave é que eles [os migrantes] ficam andando de serviço em serviço, às vezes demoram de buscar por não conhecer. Teve uma vez que até a gente perceber que o problema não era constipação, o problema era que a criança não estava comendo há 15 dias, demorou muito (Profissional 8).*

O retardo em buscar os serviços de saúde ou a não procura pelo atendimento acarretavam novos desdobramentos, como, por exemplo, as situações de automedicação. Além disso, quando ocorria a busca e o atendimento, a continuidade do tratamento no âmbito

da Atenção Básica não se concretizava: *Por não saber nada aqui sobre o Brasil eu não sabia como procurar ajuda. Meu filho precisou do médico, comprei um remédio e dei uns chás para ir melhorando. Depois de um tempo que descobri onde estava a unidade de saúde (Migrante 5). Eu já dei alta para alguns pacientes, encaminhei para UBS [Unidade Básica de Saúde], dei o encaminhamento, expliquei como funcionava, onde a gente dava a medicação, e precisei reabordar esse paciente dias depois. Ele retornou ao pronto atendimento sem uso da medicação e não foi a UBS, porque melhorou com o tratamento inicial do PS [Pronto Socorro] (Profissional 3).*

Alguns migrantes relataram como consequências do desconhecimento as dificuldades em conseguir assistência em saúde, tendo em vista a burocracia que envolve o atendimento via SUS. Para pessoas internacionais, as questões burocráticas são mais difíceis de compreender, porque simbolicamente podem soar como desconfiança por ser migrante: *Tive um acidente com uma mola e eu fui ao médico, eles me atenderam, mas fui retirar o medicamento e me disseram que eu precisava de um cartão, não consegui pegar e foi quando eu me dei conta que não sabia como funcionava a saúde aqui (Migrante 3). Eu precisei ir na unidade de saúde falar com a médica, porque estava com uma dor na barriga. Eu fui atendida lá, mas depois veio uma mulher aqui confirmar meu endereço para poder tirar medicações e fazer outras consultas, fiquei desconfiada, porque parece que não acreditaram que eu morava aqui perto da unidade, depois me explicaram que é normal, eu não entendo é nada (Migrante 4).*

Discussão

A partir dos resultados, foi possível identificar alguns dos motivadores da falta de conhecimento dos migrantes em relação ao sistema de saúde brasileiro e as consequências disso. Os aspectos que permeiam o desconhecimento se interligam e foram apontados tanto nas falas dos profissionais como dos migrantes. Dificuldades relacionadas a vulnerabilidades sociais, como barreiras linguísticas, falta de conhecimento e compreensão acerca da sociedade brasileira, além de limitações financeiras, foram evidenciadas. Também surgiram fatores estruturais, como os desafios relacionados à complexidade e burocracia do sistema. A

falta de prestação de serviços culturalmente sensíveis, aspectos socioculturais, religiosos e o preconceito ainda estiveram presentes nas falas e convergem com os achados na literatura^(1,8).

A xenofobia, o preconceito racial e a discriminação são barreiras sociais que aumentam a vulnerabilidade dos migrantes⁽¹⁾. No estudo, os profissionais e os próprios migrantes revelaram estigmas e generalizações durante o processo de interação social nos serviços, frequentemente internalizados e presentes no ambiente de trabalho na área da saúde. Esses estigmas refletem pensamentos sociais estruturais e influenciam diretamente a forma como ocorre o acolhimento, a qualidade da assistência e a compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde⁽¹²⁾.

A vulnerabilidade social foi identificada como fator crítico no acesso à saúde para populações migrantes. Profissionais relataram que fatores como situação migratória irregular e inserção precária no mercado de trabalho reforçam barreiras que dificultam a assistência à saúde. Além disso, a insegurança em relação à situação legal pode impedir que busquem atendimento, mesmo quando necessário. Estudo realizado na Espanha junto a 14 migrantes iranianas e 11 profissionais de saúde demonstrou que, para o acesso de imigrantes indocumentados, foram encontradas barreiras estruturais e individuais baseadas em sua vulnerabilidade social. Entre outras, ser indocumentado levou à restrição do direito de acesso e ao medo de rejeição em serviços de saúde⁽¹³⁾.

A falta de conhecimento sobre o sistema de saúde e os direitos dos migrantes cria um ciclo vicioso, no qual as pessoas não acessam os serviços, porque não conhecem e, por não acessarem, seguem sem conhecer. Nesse sentido, elas permanecem à margem da sociedade e da oferta de serviços de saúde. Esse ciclo se reflete em busca postergada pelos serviços, automedicação e falta de continuidade no tratamento. Além disso, sem entender o funcionamento do sistema, utilizam inadequadamente os serviços de emergência, sobrecarregando a atenção terciária e não resolvendo adequadamente as necessidades de saúde⁽¹⁴⁾.

Os padrões de uso dos serviços de saúde no país anfitrião podem ser influenciados pelas práticas de saúde do país de origem, uma vez que crenças, experiências e formas de cuidado variam conforme as interações prévias e a cultura de cada migrante. A automedicação, muitas vezes uma prática comum, somada à dificuldade de acesso ao sistema de saúde, contribui para sua prevalência entre os migrantes. Em países com sistemas de saúde fragilizados, a farmácia é frequentemente a primeira opção buscada para tratar problemas de saúde, porém essa prática pode ser prejudicial ao mascarar sintomas em estágios iniciais da doença e comprometer a adesão às orientações médicas e de saúde^(3,15-16).

Os próprios migrantes reconhecem que muitas vezes só procuram atendimento médico quando há necessidades urgentes, negligenciando a prevenção e o cuidado contínuo. A forma como são tratados durante o atendimento pode impactar diretamente seu processo de saúde e doença e sua percepção da qualidade da oferta de cuidados, fazendo com que, via de regra, busquem os serviços apenas em situações agudas⁽¹⁷⁾. Especialmente quando se sentem mais vulneráveis pela documentação ou regularização no país de acolhimento^(13,16,18).

Ainda em relação à vulnerabilidade, a barreira linguística e cultural foi recorrentemente mencionada. A dificuldade de comunicação, mostrou que a língua é um dos maiores obstáculos na compreensão das orientações pelos migrantes, além de limitar a capacidade dos profissionais em entenderem suas necessidades, interferindo diretamente no tratamento e na integração ao serviço. Há evidências de que o uso dos serviços de saúde foi duas vezes mais prevalente entre aqueles que falavam e compreendiam o português, em comparação com os que tinham dificuldades com o idioma⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Conhecer a língua do país acolhedor é essencial para o processo de integração e empoderamento do migrante. No Brasil, ainda não há políticas linguísticas voltadas à interpretação e tradução nos serviços públicos de saúde, como ocorre no Canadá, por exem-

plo⁽²¹⁾. Portanto, é necessário investir na capacitação dos profissionais para que possam lidar com grupos de diferentes etnias, culturas e idiomas, atendendo às suas necessidades^(12,21). Embora esse processo seja gradual, é importante que os serviços adotem estratégias de comunicação que vão além da linguagem verbal, para melhor atender essa população.

Os serviços de tradução para migrantes e profissionais de saúde se destacam como uma estratégia para superar barreiras linguísticas e culturais no acesso aos cuidados de saúde. Em países como a Espanha e a União Europeia, há um reconhecimento crescente da necessidade de políticas de saúde que integrem serviços de tradução e treinamento em competência cultural para profissionais de saúde, o que se faz crucial para promover a equidade na saúde e garantir que os migrantes possam acessar e compreender os serviços de saúde disponíveis⁽²²⁾.

O desenvolvimento de habilidades de comunicação que transcendam a barreira linguística e consideram costumes, hábitos, entonação e linguagem corporal fortalece o diálogo. É importante evitar julgamentos rápidos, estereotipados e preconceituosos, além de buscar compreender as situações do ponto de vista do outro. A escuta atenta e qualificada à comunicação não verbal, respeitando os ritmos e estilos de comunicação de cada indivíduo e cultura, é essencial durante o processo de interação social que ocorre nos serviços de saúde⁽²³⁾.

A inserção de migrantes no sistema de saúde brasileiro evidencia a complexidade dos processos migratórios. Além das vulnerabilidades culturais, morais e políticas, experiências prévias que geram medo ou receio em relação aos serviços de saúde, bem como problemas de acesso, podem constituir barreiras para a busca e utilização⁽²⁴⁻²⁵⁾. Logo, as práticas de saúde voltadas para migrantes precisam considerar a diversidade de experiências dessa população.

É essencial que os profissionais de saúde estejam atentos tanto ao surgimento de doenças específicas e crônicas, relacionadas ou não às condições de trabalho desses indivíduos, quanto aos

problemas de saúde prevalentes em seus países de origem e às enfermidades desenvolvidas no país de acolhimento. A ocorrência dessas doenças pode ser agravada por hábitos de vida e fatores ambientais adquiridos no processo de aculturação, o que pode levar a limitações físicas e, conseqüentemente, aumentar a demanda por serviços de saúde no Brasil^(13,24-26).

Conseqüentemente, a saúde dos migrantes internacionais sofre influência direta de uma variedade de políticas públicas que vão além do sistema de saúde. O desenvolvimento de políticas públicas que vão além dos direitos legais básicos, pautadas em intervenções que promovam integração, pode melhorar a saúde e a integração dos migrantes⁽²⁷⁾.

Isso reforça a importância de estratégias integrativas que não apenas orientem sobre o funcionamento do serviço, mas também o desenvolvimento de uma cultura de prevenção e promoção à saúde, especialmente na Atenção Primária, visando maior continuidade e adesão ao tratamento, além de melhorar a qualidade de vida e incluir no cuidado todo o núcleo familiar. Por isso, é essencial também envolver as comunidades de migrantes no desenvolvimento e implementação de ações em saúde para garantir que suas necessidades e preferências sejam consideradas⁽¹⁸⁾.

Com vistas a enfrentar os desafios existentes no atendimento, faz-se necessário entender que os fluxos migratórios ao redor do mundo ressaltam a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem competências para oferecer um cuidado culturalmente sensível e eficaz a essa população. É essencial que as equipes de saúde sejam capacitadas para escutar e compreender o contexto sociocultural e histórico dos migrantes, acolhendo-os e estabelecendo um diálogo empático⁽¹⁾.

É imprescindível desenvolver estratégias que considerem as diversas barreiras enfrentadas pelos migrantes no acesso aos serviços de saúde. A implementação de políticas públicas voltadas à facilitação da integração dos migrantes, com foco na educação e na comunicação eficaz, torna-se essencial. Essas ações contribuirão não apenas para aumentar o conheci-

mento dos migrantes sobre o Sistema único de Saúde, mas também para assegurar que eles possam acessar e utilizar os serviços de saúde de forma adequada e eficiente.

Limitações do estudo

Uma das limitações se relaciona ao fato de as entrevistas com migrantes terem ocorrido durante o momento do atendimento. Isso, certamente, influenciou na baixa adesão à pesquisa, como também pode ter alterado o conteúdo das falas daqueles que aceitaram participar, em decorrência do receio de sofrerem quaisquer penalidades/sanções em seu atendimento após a concessão das entrevistas, ainda que o sigilo das informações tenha sido assegurado. Outra possível limitação se relaciona com as entrevistas profissionais terem sido realizadas durante a jornada laboral, acarretando participações mais objetivas, pois em diferentes momentos eles demonstraram preocupações em retornar às suas atividades. Porém, com o intuito de ampliar o número de participantes, optou-se por desenvolver-se a coleta de dados no próprio setor emergencial.

Contribuições para a prática

Compreender as situações que contribuem para o desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde oferece subsídios para gestores e profissionais de saúde elaborarem estratégias que sejam adaptadas às realidades e necessidades dos migrantes. Essas iniciativas podem incluir o desenvolvimento de materiais educativos em múltiplos idiomas, treinamentos específicos para equipes de saúde sobre acolhimento e comunicação intercultural e a criação de protocolos que integrem informações claras e acessíveis nos processos de recepção e orientação dos migrantes.

Além disso, parcerias com Organizações Não Governamentais, entidades sociais e grupos religiosos que atendem a migrantes podem ser fundamentais para ampliar a disseminação dessas informações,

aproveitando espaços de confiança e acolhimento já estabelecidos. Ao reconhecer e atuar sobre as barreiras específicas enfrentadas, essas ações contribuem para a redução das desigualdades no acesso e para a promoção de uma integração mais efetiva e humanizada dos migrantes ao sistema de saúde brasileiro.

Conclusão

O desconhecimento dos migrantes internacionais em relação ao sistema de saúde brasileiro é multifatorial, influenciado por vulnerabilidades sociais, barreiras linguísticas, preconceitos estruturais e dificuldades relacionadas à complexidade e burocracia do sistema. Essas barreiras impactam negativamente tanto o acesso como a continuidade do cuidado, perpetuando situações de subutilização dos serviços, automedicação e utilização inadequada das emergências.

As percepções dos profissionais de saúde destacaram a necessidade de maior preparo para lidar com as especificidades culturais e comunicacionais dos migrantes, enquanto os relatos dos migrantes evidenciaram dificuldades no entendimento das orientações e no uso dos serviços disponíveis. Além disso, questões relacionadas ao status migratório e à inserção precária no mercado de trabalho emergiram como fatores adicionais que agravam o desconhecimento.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Buzzerio LF, Sanguino GZ, Marcon SS, Barreto MS. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Buzzerio LF, Soldera AGS, Cruz ADQ, Luz MS, Sanguino GZ, Marcon SS, Barreto MS.

Referências

1. Barreto MS, Wolf I, Souza NC, Buzzerio LF, Vieira VCL, Figueiredo-Barbieri MC, et al. Experiences of providers and immigrants/refugees with health care: a meta-synthesis of the Latin American context. *Can J Nurs Res*. 2024;56(2):151-63. doi: <https://doi.org/10.1177/08445621231215845>
2. International Organization for Migration. World migration report [Internet]. 2024 [cited Oct 7, 2024]. Available from: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/2024-05/world-migration-report-2024.pdf>
3. Losco LN, Gemma SFB. Primary Health Care for Bolivian immigrants in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200477. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200477>
4. Seibel V. Determinants of migrants' knowledge about their healthcare rights. *Health Sociol Rev*. 2019;28(2):140-61. doi: <https://doi.org/10.1080/14461242.2019.1581988>
5. Baeninger R, Belmonte DN, Magalhães FD, Domeniconi J. Cenário das migrações internacionais no Brasil: Antes e depois do início da pandemia de covid-19. *Rev Jurídica Trab Desenvol Hum*. 2021;4(1):1-35. doi: <https://doi.org/10.33239/rjtdh.v4.89>
6. Ministério da Justiça (BR). Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração [Internet]. 2017 [cited Oct 28, 2024]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm
7. Oliveira JSA, Silva MM, Mendes M, Pires DEP. Refugees and access to employment in Brazil: implications for health and sociability. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57(spe):e20230029. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0029en>
8. Fauk NK, Ziersch A, Gesesew H, Ward P, Green E, Oudih E, et al. Migrants and service providers' perspectives of barriers to accessing mental health services in South Australia: A case of African migrants with a refugee background in South Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):8906. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18178906>
9. Blumer H. Symbolic interactionism. Los Angeles: Berkeley Public School; 1969.
10. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2019; 11(4):589-97. doi: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
11. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52:1893-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
12. Moraes MCL, Araújo LCN, Camargo CL. Black immigrants in São Paulo-Brazil: sociodemographic profile, reason for coming, embracement, and health. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57(spe):e20220448. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0448en>
13. Pérez-Urdiales I. Undocumented immigrants' and immigrant women's access to healthcare services in the Basque Country (Spain). *Global Health Action*. 2021;14(1):1896659. doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1896659>
14. Aragão HT, Menezes AN, Oliveira ML, Santana JT, Madi RR, Melo CM. Demands and use of health services among immigrants from a metropolitan region in northeastern Brazil. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220068. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0068pt>
15. Liu L, Gjebrea O, Ali FM, Atun R. Determinants of healthcare utilisation by migrant workers in the State of Qatar. *Health Policy*. 2020;124(8):873-80. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.011>
16. Kotian SD, Sumit K, Zubair SM. Self-medication among Udipi migrant workers. *Int J Curr Res*. 2020;14(14):27-32. doi: <https://dx.doi.org/10.31782/IJCRR.2022.141406>
17. Barbosa LA, Sales AFG, Cavalcante Neto AS, Oliveira MAC. Venezuelan migrants and the right to health: perceptions of nursing technicians at a general hospital. *Physis*. 2024;34:e34036. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt>
18. Delamuta KG, Mendonça FF, Domingos CM, Carvalho MN. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00087019. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019>

19. Alves JFS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Use of health services by Haitian immigrants in Cuiabá-Mato Grosso, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24:4677-86. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.32242017>
20. Arya AN, Hyman I, Holland T, Beukeboom C, Tong CE, Talavlikar R, et al. Medical interpreting services for refugees in Canada: current state of practice and considerations in promoting this essential human right for all. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(5):588. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph21050588>
21. Forray AI, Oltean O, Hanft-Robert S, Madzamba R, Liem A, Schouten B, et al. Uncovering multi-level mental healthcare barriers for migrants: a qualitative analysis across China, Germany, Netherlands, Romania, and South Africa. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1593. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19046-z>
22. Ecker S, Weigl M, Gaiswinkler S. Good health information for people with a migration background. *Eur J Public Health*. 2022;32(3):1-2. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.503>
23. Damasceno RF, Mendonça FF, Domingos CM, Carvalho MN. Healthcare experiences of primary care workers with Bengalese immigrants in Paraná State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00087019. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087019>
24. Martin D, Silveira C, Ferraz L, Matsue RY. Migration and refuge: necessary topics for nursing teaching in COVID-19 times. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 2):e20210872. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0872pt>
25. Ratuchnei-Dal Pizzol ES, Barreto MS, Figueiredo MCAB, Gurrutxaga MIU, Padilla FMG, Santos ML, et al. Perspective of immigrants on personal and family integration in Brazilian society. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220226. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0226en>
26. Aung T, Shirayama Y, Moolphate S, Lorga T, Yuasa M, Aung M. Acculturation and its effects on health risk behaviors among Myanmar migrant workers: a cross-sectional survey in Chiang Mai, Northern Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):1-12. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17145108>
27. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Políticas públicas e acesso à saúde de migrantes e Refugiados durante a pandemia da covid-19: perspectiva global comparada. *REMHU*. 2024;32:e321966. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880003220>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons