



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO  
HUMANO

**JÉSSICA DOS SANTOS QUEIROZ**

**BARREIRAS SOCIOCULTURAIS QUE DIFICULTAM O ACESSO À SAÚDE:**

**Uma análise dos desafios enfrentados por imigrantes  
no Município de Canoas/RS**

**Canoas**

**2025**

Jéssica dos Santos Queiroz

**BARREIRAS SOCIOCULTURAIS QUE DIFICULTAM O ACESSO À SAÚDE:**  
**Uma análise dos desafios enfrentados por imigrantes**  
**no Município de Canoas/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano. Universidade La Salle - Unilasalle. Como exigência para aplicação do curso de Mestrado.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti

Canoas  
2025

Jéssica dos Santos Queiroz

**BARREIRAS SOCIOCULTURAIS QUE DIFICULTAM O ACESSO À SAÚDE:**

**Uma análise dos desafios enfrentados por imigrantes  
no Município de Canoas/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano. Universidade La Salle - Unilasalle. Como exigência para aplicação do curso de Mestrado.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Márcio Manozzo Boniatti  
Professor orientador - Unilasalle

---

Dr<sup>a</sup>. Daniele Mariath Bassuino Konradt  
Professora convidada - Unilasalle

---

Dr<sup>a</sup>. Lidiane Isabel Filippin  
Professora convidada - Unilasalle

---

Dr. Diego Rodrigues Falci  
Professor convidado - PUCRS

Canoas  
2025

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Q3b Queiroz, Jéssica dos Santos.

Barreiras socioculturais que dificultam o acesso à saúde  
[manuscrito] : uma análise dos desafios enfrentados por imigrantes  
no município de Canoas-RS / Jéssica dos Santos Queiroz. – 2025.  
50 f. : il.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) –  
Universidade La Salle, Canoas, 2025.  
“Orientação: Prof Dr. Márcio Manozzo Boniatti”.

1. Atenção primária à saúde. 2. Imigrantes. 3. Acesso aos  
serviços de saúde. 4. Necessidades não atendidas. 5.  
Desigualdades em saúde. I. Queiroz, Jéssica dos Santos. II. Título.

CDU: 614.2:316.7

Bibliotecária responsável: Melissa Rodrigues Martins - CRB 10/1380

## RESUMO

**Introdução:** A população imigrante enfrenta múltiplos desafios no acesso aos serviços de saúde, frequentemente relacionados a barreiras estruturais, culturais e linguísticas. No Brasil, ainda são escassos os estudos que investigam as necessidades não atendidas em atenção primária à saúde (APS) entre imigrantes, especialmente em contextos municipais. **Objetivo:** Verificar a prevalência de necessidades não atendidas em atenção primária à saúde entre imigrantes residentes na cidade de Canoas, Rio Grande do Sul. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado na sede do Projeto Social Caminho do Bem (PSCB), instituição vinculada à Pastoral Unilasalle. A coleta de dados ocorreu durante oficinas realizadas entre abril e junho de 2025, com imigrantes convidados a participar voluntariamente. Foram incluídos indivíduos com 18 anos ou mais, residentes em Canoas-RS, e excluídos aqueles com déficit cognitivo impeditivo, recusa em assinar o termo de consentimento ou tempo de residência no Brasil inferior a três meses. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e a um instrumento baseado em Bajgain *et al.* (2021) para avaliar a presença de necessidades não atendidas em APS. Foram analisadas as razões para a falta de atendimento — classificadas em acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade — e os impactos pessoais e econômicos decorrentes. **Resultados:** Participaram 20 imigrantes, com idade média de  $34,1 \pm 10,6$  anos, majoritariamente do sexo feminino (60%) e com ensino médio completo (65%). Todos relataram ter experimentado, nos últimos 12 meses, pelo menos uma necessidade de saúde não atendida. Os serviços mais frequentemente mencionados foram encaminhamento para médico especialista (30%), exames laboratoriais (15%) e atendimento odontológico (15%). As principais barreiras de acessibilidade incluíram custo (50%) e distância (38,9%); de disponibilidade, o tempo de espera prolongado (38,9%) e indisponibilidade no momento necessário (33,3%); e de aceitabilidade, a percepção de atendimento insuficiente (27,8%) e a dificuldade de comunicação linguística (22,2%). Não foram observadas associações significativas entre idade ou tempo de residência no Brasil e os tipos de barreiras relatadas ( $p > 0,05$ ). Entre os impactos pessoais, destacaram-se prejuízos à saúde mental (30%) e piora do estado geral (25%); entre os impactos econômicos, aumento das despesas

(30%) e uso de medicamentos sem prescrição (25%). Também não houve associação significativa entre idade ou tempo de residência e os tipos de impacto ( $p > 0,05$ ). **Conclusão:** Todos os imigrantes participantes apresentaram alguma necessidade de saúde não atendida, com predomínio de barreiras ligadas à acessibilidade e disponibilidade dos serviços. Os resultados indicam fragilidades na integração da população imigrante aos serviços de atenção primária à saúde e reforçam a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso equitativo, considerando as dimensões culturais, linguísticas e socioeconômicas.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; imigrantes; acesso aos serviços de saúde; necessidades não atendidas; desigualdades em saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The immigrant population faces multiple challenges in accessing health services, often related to structural, cultural, and linguistic barriers. In Brazil, studies investigating unmet needs in primary health care (PHC) among immigrants remain scarce, particularly in local or municipal contexts. **Objective:** To assess the prevalence of unmet needs in primary health care among immigrants residing in the city of Canoas, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** This was a cross-sectional, quantitative study conducted at the headquarters of the Projeto Social Caminho do Bem (PSCB), an institution linked to Pastoral Unilasalle. Data collection took place during workshops held between April and June 2024, with immigrants invited to participate voluntarily. Individuals aged 18 years or older, residing in Canoas-RS, were included. Exclusion criteria comprised cognitive impairment that hindered comprehension, refusal to sign informed consent, or residence in Brazil for less than three months. Participants completed a sociodemographic questionnaire and an instrument based on Bajgain *et al.* (2021) to assess the presence of unmet needs in PHC. Reasons for lack of care were analyzed and classified into three domains: accessibility, availability, and acceptability. Personal and economic impacts of the unmet needs were also assessed. **Results:** Twenty immigrants participated, with a mean age of  $34.1 \pm 10.6$  years; most were female (60%) and had completed secondary education (65%). All participants reported having experienced at least one unmet health need in the previous 12 months. The most frequently mentioned unmet services were referrals to medical specialists (30%), laboratory tests (15%), and dental consultations (15%). The main barriers related to accessibility included cost (50%) and distance (38.9%); for availability, long waiting times (38.9%) and unavailability at the required time (33.3%); and for acceptability, perceived insufficient care (27.8%) and language barriers (22.2%). No significant associations were found between age or time living in Brazil and the types of barriers reported ( $p > 0.05$ ). Regarding the impacts, personal impacts included mental health deterioration (30%) and worsening of general health status (25%), while economic impacts included increased expenses (30%) and use of non-prescribed medications (25%). Age and duration of residence were not significantly associated with any type of impact ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** All immigrants in this study reported at least one unmet health

need, with accessibility and availability emerging as the most prominent barriers. These findings highlight weaknesses in the integration of immigrant populations into Brazil's primary health care services and reinforce the need for public policies that promote equitable access, taking into account cultural, linguistic, and socioeconomic dimensions.

**Keywords:** primary health care; immigrants; health services accessibility; unmet health needs; health inequalities.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
<b>3 REVISÃO TEÓRICA</b>	<b>12</b>
3.1 O CONTEXTO DA IMIGRAÇÃO NO BRASIL: HISTÓRICO E CENÁRIO ATUAL	12
3.2 BARREIRAS SOCIOCULTURAIS E INSTITUCIONAIS NO ACESSO À SAÚDE	14
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A PROTEÇÃO DOS IMIGRANTES NO BRASIL	15
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	19
4.2 LOCAL DO ESTUDO	19
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	19
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	20
4.5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS	20
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
4.7 CÁLCULO AMOSTRAL	21
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>26</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>31</b>
<b>APÊNDICE A - PRODUTO TÉCNICO</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE NECESSIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NÃO ATENDIDA</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO B - CARTILHA PARA NAVEGAÇÃO DO USUÁRIO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A imigração no Brasil teve início com a chegada dos portugueses no século XVI, que deixaram sua marca expressa na língua, na cultura e na sociedade brasileira. O desembarque destes em solo brasileiro culminou no aparecimento de doenças e epidemias como: febre amarela, varíola, cólera, tuberculose e malária. A falta de políticas públicas de saúde nesta época fez com que grande parte da população e dos imigrantes permanecessem desassistidos, recorrendo a curandeiros ou às Santas Casas de Misericórdia, que eram mantidas pela igreja Católica como auxílio aos desamparados (Brandt; Areosa; Rodrigues, 2022).

Ao longo dos anos, o país testemunhou uma série de outros movimentos migratórios significativos. No século XIX, houve uma intensa migração para o Brasil, especialmente de italianos, alemães, espanhóis e japoneses, que buscavam melhores condições de vida e trabalho, além de sustento para as suas famílias. Mais recentemente, entre 2008 e 2010, observou-se um aumento na imigração de países latino-americanos, como Bolívia, Haiti e Venezuela, com pessoas buscando novas oportunidades e melhores condições de vida no Brasil (OBMIGRA - Relatório Anual, 2023).

Segundo a Lei 13.445/2017, é considerado imigrante todo aquele que vem de outro país e se estabelece no Brasil de forma definitiva ou temporária. De acordo com o relatório anual do portal de imigração, em 2013, aproximadamente 105.094 pessoas solicitaram residência no Brasil, das quais 67.535 buscaram uma permanência de longa duração (período superior a 12 meses) e 37.559 uma permanência temporária (período inferior a 12 meses). Em 2023, houve um aumento significativo nas solicitações de residência, totalizando 1,2 milhão de requisições. Destes, 80,8% foram para vistos de longa permanência, comparado aos 64,2% em 2013, indicando que, para muitas dessas populações, o Brasil é o lugar escolhido para moradia (OBMIGRA - Relatório Anual, 2023).

Os movimentos migratórios atuais são mais numerosos, rápidos, diversos e complexos do que no passado, afetando todos os continentes, classes sociais, gêneros, etnias/raças e gerações. Os principais fatores que impulsionam esses deslocamentos incluem conflitos armados, instabilidades políticas, desastres ambientais e a busca individual por melhores condições de vida, muitas vezes em circunstâncias dramáticas similares às enfrentadas por refugiados (Ventura, 2018).

O crescente fluxo migratório internacional induz a um debate referente à responsabilidades inerentes aos Estados em garantir os direitos sociais básicos às populações imigrantes, dentre eles o acesso à saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é definida como o completo bem-estar físico, mental e social. Essa definição amplia as antigas concepções biomédicas, que consideravam a saúde apenas como ausência de doença. A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Essa inclusão é reforçada pela nova Lei da Imigração, número 13.445/2017, que em seu artigo 4º garante aos imigrantes, de forma igualitária aos nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (Brasil, 2017).

As populações migrantes enfrentam várias dificuldades durante e após a migração, como diferenças culturais, barreiras linguísticas, falta de documentação, burocratização excessiva, racismo e xenofobia. Esses fatores dificultam o acesso à saúde (Rocha *et al.*, 2020). Além disso, a integração com a comunidade e o bem-estar nas relações interpessoais são essenciais, uma vez que a exclusão social pode causar sofrimento psíquico (Brasil, 2000).

As condições de vida, trabalho e o contexto socioeconômico em que muitos imigrantes estão inseridos no Brasil podem impactar diretamente em sua saúde. Em alguns casos, esses indivíduos podem estar mais suscetíveis a condições de vida precárias, falta de saneamento básico e exposição a ambientes de trabalho insalubres. As diferenças sociais e culturais podem dificultar o atendimento médico adequado, uma vez que suas crenças em relação à saúde e aos tratamentos podem ser diferentes, o que pode levar a um distanciamento dos serviços de saúde e à busca de cuidados apenas em casos de emergência (Di Napoli *et al.*, 2022).

No entanto, o Brasil possui políticas de saúde que visam atender a população imigrante. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece atendimento médico gratuito e universal, incluindo serviços de emergência, consultas médicas e acesso a medicamentos essenciais. Além disso, há iniciativas por parte das organizações não governamentais, grupos de voluntários e programas específicos para auxiliar os imigrantes a superar as barreiras no acesso aos serviços de saúde (Mbanya *et al.*, 2019).

Ainda assim, existem fragilidades, especialmente no caso dos imigrantes que chegam ao país sem documentos e sem compreender como acessar os serviços de

saúde. A falta de profissionais que possam instruí-los, seja pela barreira linguística ou pelo despreparo em atender esse público, é uma lacuna importante para a obtenção de cuidados de saúde (Rodrigues; Areosa; Brandt, 2017).

A discussão dessa temática é necessária, pois garantir o acesso universal a cuidados de saúde é um direito humano básico. A pesquisa nessa área pode contribuir para que todos os grupos sociais tenham os mesmos padrões de saúde. Além disso, compreender como esse público acessa os serviços de saúde pode ser crucial para proteger não apenas a saúde individual, mas também a saúde pública. A detecção precoce de doenças transmissíveis e o acesso a cuidados preventivos podem ajudar a evitar surtos e garantir a segurança de toda a comunidade.

A proposta de pesquisa intitulada “Barreiras socioculturais que dificultam o acesso à saúde: uma análise dos desafios enfrentados por imigrantes do município de Canoas/RS” visa compreender como as diferenças socioculturais distanciam os imigrantes da obtenção de saúde de qualidade, bem como os prejuízos acarretados à saúde sem a continuidade da assistência nos serviços públicos.

## 2 OBJETIVOS

Verificar a prevalência de necessidades não atendidas em atenção primária à saúde entre imigrantes residentes na cidade de Canoas, RS.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar quais serviços de atenção primária à saúde não são atendidos de acordo com as necessidades dos imigrantes;
- b) avaliar o impacto das necessidades não atendidas desses serviços de saúde na população imigrante;
- c) investigar os motivos pelos quais os serviços de atenção primária à saúde não foram prestados conforme a demanda dos imigrantes;
- d) elaborar uma cartilha destinada aos imigrantes, detalhando os serviços de saúde disponíveis no município de Canoas-RS.

### 3 REVISÃO TEÓRICA

#### 3.1 O CONTEXTO DA IMIGRAÇÃO NO BRASIL: HISTÓRICO E CENÁRIO ATUAL

A imigração no Brasil prova ser um processo dinâmico e intrincado, os movimentos domésticos foram incentivados pelas necessidades econômicas desde os tempos coloniais do Brasil. As primeiras pessoas a chegar ao Brasil foram os africanos e os portugueses. Os africanos chegaram ao Brasil como escravos, por outro lado os portugueses chegaram como colonizadores da região. Eles forçaram os nativos africanos a trabalhar para o povo português, negando-lhes seus direitos. O trabalho forçado dos nativos pelos portugueses era brutal e desumano (Cavalcanti *et al.*, 2015).

Diversos fatores econômicos e sociais atraíram imigrantes europeus para o Brasil. Com o tempo, outros grupos também começaram a chegar de forma voluntária, como os judeus do Leste Europeu e os japoneses de Okinawa. A grande variedade de europeus presentes no Brasil, em sua maioria com menor poder aquisitivo, parece ter sido atraída pela oferta. Portugueses, italianos, espanhóis e alemães formaram a maioria dos imigrantes durante esse período e, portanto, receberam vários estímulos governamentais para se estabelecerem em áreas rurais e urbanas (Organização Internacional para as Migrações, 2018).

Esse movimento foi muito mais do que uma estratégia econômica, pois fazia parte do projeto governamental de povoar o país por meio do branqueamento, com base em ideologias raciais contemporâneas (Schwarcz, 2019). A presença dessas ondas de imigrantes diversificou a cultura nacional, mas também tornou visíveis as tensões sociais e os processos de exclusão, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços públicos.

No início do século XX, houve um aumento acelerado da imigração asiática devido a acordos diplomáticos e políticas de implantação para ocupação de áreas agrícolas. Imigrantes japoneses, coreanos e chineses chegaram nesse período e foram a principal força por trás da consolidação de colônias agrícolas, especificamente no estado de São Paulo; os grupos nacionais supracitados estavam no epicentro da produção agrícola, particularmente no que se refere ao cultivo de vegetais e chá (Margolis, 2019). No entanto, sua exclusão em quadros nacionalistas tornou-se evidente durante a Segunda Guerra Mundial, quando os japoneses e os

demais povos de origem alemã e italiana dentro do Brasil sofreram não apenas restrições governamentais, mas também um clima de perseguição (Priori, Ipólito 2015).

As transformações dos fluxos migratórios desde o final do século XX e início do século XXI são bastante significativas. Ele menciona que, além de ser um país de origem, o Brasil se consolidou como um país de destino para migrações forçadas de populações vulneráveis, como haitianos, venezuelanos e sírios. Os fluxos anteriores contavam com apoio estatal e meios de integração mais estruturados, em contraste com os contingentes contemporâneos e novos, que enfrentam barreiras burocráticas, têm muita dificuldade em regularizar a documentação e oferecem desafios ao acesso a direitos básicos, geralmente saúde e abrigo (Goldberg *et al.*, 2015). É comum que imigrantes cheguem em condição de refúgio para escapar ao Brasil de um cenário de crise envolvendo questões humanitárias, conflitos políticos e desastres naturais, que exigem respostas governamentais adequadas para acolhê-los e integrá-los à sociedade (United Nations High Commissioner For Refugees, 2016).

O fluxo migratório de venezuelanos também constitui um dos maiores desafios contemporâneos para o Brasil. Na crise econômica e política da Venezuela, milhares de seus cidadãos têm buscado refúgio em países vizinhos, especialmente no Brasil, onde a maioria dos imigrantes entra via Roraima. Esse fluxo sobrecarregou os serviços públicos naquela localidade, principalmente na saúde e assistência social, e assim exigiria políticas governamentais de distribuição dessas populações pelo país pelo programa de interiorização (Brasil, 2018). No entanto, a resistência de determinadas localidades em receber esses imigrantes sugere barreiras sociais e culturais para sua plena integração.

No contexto estadual, segundo dados da Polícia Federal, o Rio Grande do Sul registra cerca de 90 mil imigrantes. Nos últimos três anos (2022, 23 e 24), a maior parte dos ingressos tem sido de haitianos (30%), uruguaios (25%) e venezuelanos (19%). Na capital, Porto Alegre, estima-se que aproximadamente 30 mil imigrantes de diversas nacionalidades residam (Porto Alegre, 2023).

Atualmente, Canoas conta com 4.727 imigrantes registrados e que passaram por atendimento migratório.

### 3.2 BARREIRAS SOCIOCULTURAIS E INSTITUCIONAIS NO ACESSO À SAÚDE

O acesso dos imigrantes aos serviços de saúde no Brasil é, em muitas ocasiões, impedido por barreiras socioculturais e institucionais que dificultam a materialização dos direitos à saúde garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como o SUS oferece atendimento para todos, ainda persistem desafios estruturais em torno da capacidade de acolher e apoiar esse segmento da sociedade. As principais barreiras são problemas com a linguagem e a compreensão do funcionamento do sistema de saúde, outros aspectos culturais que influenciam a busca por atendimento e a adesão ao tratamento médico (Goldberg, Silveira, 2015).

A barreira linguística tende a ser um dos maiores obstáculos que os imigrantes encontram no Brasil. Uma parcela muito significativa deles não fala a língua portuguesa, o que cria certas dificuldades nas conversas com especialistas e não permite que eles entendam completamente a essência dos diagnósticos e orientações médicas. Ao mesmo tempo, esse problema não é resolvido devido à ausência de tradutores ou mediadores culturais nos serviços públicos de saúde, o que gera erros médicos e reduz a eficácia do tratamento (Mota *et al.*, 2014). Como não há uma política institucional para tratar dessas questões, o princípio da equidade no SUS fica comprometido, reforçando assim as desigualdades no acesso à assistência médica.

As barreiras quanto ao funcionamento do SUS são de fundamental importância. Muitos imigrantes não conhecem seus direitos e como obter serviços, o que impede o uso correto dos sistemas públicos de saúde. Devido a esse desconhecimento, não há campanhas suficientes que visem educar essa população. Isso priva padrões de inclusão e atendimento médico regular e oportuno, muitas vezes atrasado e com necessidade aguda (Cavalcanti *et al.*, 2015). Necessidades não atendidas de informar mais profissionais sobre diferenças culturais tornam o cenário urgente.

As barreiras burocráticas e institucionais assumem o centro do palco, em que os imigrantes não têm acesso fácil à prestação de serviços de saúde. Os documentos exigidos incluem o Número de Identificação do Contribuinte (CPF) e o comprovante de residência; com isso, torna-se praticamente difícil para os imigrantes irregulares fazerem consultas e exames (United Nations High Commissioner For Refugees, 2016). As normas legais brasileiras oferecem

assistência médica universal e gratuita, mas, na prática, a maioria dos imigrantes enfrenta barreiras administrativas na assistência à saúde (Margolis, 2013).

Segundo pesquisas, imigrantes têm mais dificuldade de chegar a cuidados primários de saúde e serviços especializados do que a população nativa. Tais disparidades são confirmadas por meio de estatísticas de saúde que colocam infecções em maior nível de ocorrência, menores proporções de vacinados em indicadores de saúde e maior oferta de cuidados para complicações entre mulheres imigrantes grávidas (Goldberg *et al.*, 2015). Prospectivamente, a dificuldade de chegar ao sistema de saúde resulta em um uso massivo e inadequado de serviços de emergência, além de sobrecarregar ainda mais as estruturas hospitalares (Reis; Ramos, 2013).

Os efeitos negativos sobre os pacientes e prestadores de cuidados de saúde resultam de cuidados precários e falta de adaptações do sistema de saúde às necessidades dos imigrantes. Treinamento insuficiente para diversidade específica, problemas e desafios da comunicação intercultural podem até determinar estratégias inapropriadas e divulgação falha das especificidades dessa população (Mota *et al.*, 2014). Assim, a formação de profissionais de saúde para fornecer a uma população imigrante um atendimento mais humano e de qualidade torna-se, nesse sentido, urgente na sistematização de políticas públicas que visam incluir imigrantes no sistema de saúde.

Medidas que ajudariam a quebrar essas barreiras e promover maior equidade na prestação de cuidados incluem o fornecimento de intérpretes, flexibilização de requisitos documentais e implementação de programas de saúde específicos para essa população (Cavalcanti *et al.*, 2015). Outros fatores que podem fazer a diferença são iniciativas baseadas na comunidade e parcerias público-privadas, que criam uma avenida para a aceitação e aconselhamento dessa população (United Nations High Commissioner For Refugees, 2016).

### 3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A PROTEÇÃO DOS IMIGRANTES NO BRASIL

A dinâmica da formulação de políticas públicas para imigração no Brasil vem mudando intensamente ao longo dos anos. Isso só foi consagrado na Lei nº 13.445/2017, ou mais recentemente na Lei de Migração. Anteriormente, havia o Estatuto do Estrangeiro, que era um tanto discriminatório e contrário aos direitos

humanos, mas isso agora é coisa do passado. Sob essa luz, os imigrantes emergem claramente como sujeitos de direitos, e o projeto de lei consagra garantias básicas na lei, incluindo o direito à educação, trabalho e saúde para todas as pessoas, independentemente de seu status migratório (Reis; Ramos, 2013). A narrativa aqui não acabou, pois os desafios sistêmicos persistem, particularmente no que diz respeito à implementação de garantias de inclusão dos serviços públicos.

Uma das maiores consequências da Lei de Migração é que ela amplia os direitos garantidos da população imigrante no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa legislação supostamente reforçaria o SUS como um sistema universal e gratuito, no qual todo estrangeiro poderia obter assistência médica sem qualquer discriminação quanto à condição de comprovar sua nacionalidade; na prática, isso ocorre em menor grau (Mota *et al.*, 2014). Na realidade, no entanto, há muitas dificuldades de natureza burocrática e institucional, que impedem o acesso real aos serviços de saúde por imigrantes que estejam em situação irregular ou com documentos em ordem (Goldberg; Silveira, 2015).

O direito do imigrante brasileiro não é claramente informado, o que compromete a efetividade das políticas públicas. Muitos deles não sabem que podem usar o SUS sem um número de CPF e um comprovante de residência, o que os faz evitar comparecer aos serviços médicos até que sua situação de saúde piore (United Nations High Commissioner For Refugees, 2016). Além disso, a ausência de materiais informativos em outros idiomas dificultam ainda mais o acesso à assistência à saúde (Reis; Ramos, 2013).

Um dos principais determinantes que dificultam o acesso aos serviços públicos de saúde por imigrantes é a imigração irregular. Imigrantes indocumentados no Brasil têm medo especial de procurar serviços de saúde devido à ameaça de deportação ou outras medidas punitivas (Margolis, 2013). Embora existam disposições legais, há evidências de que imigrantes são discriminados e enfrentam obstáculos no acesso à assistência médica apenas por não terem documentos que indiquem que são brasileiros (Goldberg *et al.*, 2015). Essa descoberta exige mais campanhas para sensibilizar as pessoas e treinar profissionais sobre como oferecer cuidados mais inclusivos e acessíveis.

A informalidade e a precariedade do trabalho criam, também por meio de efeitos na saúde entre os trabalhadores imigrantes. A maior parte desse trabalho é realizada em ambientes insalubres e além dos direitos trabalhistas e benefícios da

previdência social, onde as horas de trabalho se tornam muito exigentes (Reis; Ramos, 2010). A indisponibilidade de políticas de monitoramento eficazes torna isso ainda pior na forma de maior exposição a riscos ocupacionais e problemas no acesso a tratamento médico e assistência social (Cavalcanti *et al.*, 2015). Essa mesma situação está indicando evidências da necessidade de políticas públicas integradas que, envolvendo não apenas regulamentação sobre migração, mas também questões de emprego decente, sejam levadas em consideração.

As respostas do governo brasileiro aos desafios da imigração são feitas principalmente por meio de parcerias envolvendo organizações internacionais e a sociedade civil. Nesse sentido, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e a Organização Internacional para as Migrações (OIM) moldaram a resposta para liderar ações coordenadas em relação à proteção dos direitos dos imigrantes e melhor implementação de políticas públicas (Goldberg; Silveira, 2015). Por outro lado, a articulação entre diferentes níveis de governo tem enfrentado dificuldades, agravadas pela escassez de recursos financeiros e pelos desafios de manter a continuidade dos programas. (Mota *et al.*, 2014).

Em países como Canadá, Estados Unidos e várias nações europeias, imigrantes enfrentam múltiplas barreiras que limitam seu acesso a serviços de saúde, mesmo em sistemas que oficialmente buscam oferecer cobertura universal. No Canadá, estudos recentes identificaram que imigrantes têm menor probabilidade de possuir um plano de saúde habitual e/ou de consultar especialistas, principalmente devido a obstáculos linguísticos, falta de informações sobre como navegar no sistema de saúde e diferenças culturais nos modelos de atendimento (Mathews *et al.*, 2022; Ssendikaddiwa *et al.*, 2023). Em Peterborough, Ontário, os serviços de apoio apontam que em cidades médias há menos infraestruturas e menos profissionais preparados para lidar com diversidade cultural no atendimento primário, o que agrava os atrasos de cuidado (Sundareswaran, Martignetti, & Purkey, 2024).

Na Europa, revisões sistemáticas e estudos de escopo demonstram que imigrantes e refugiados frequentemente relatam dificuldades com comunicação, discriminação institucional, desconhecimento dos direitos ou locais de atendimento, além de falta de seguro ou cobertura adequada, especialmente para saúde mental e odontológica. Países como Alemanha, Itália, Espanha, Suécia e França aparecem

em estudos onde as desigualdades persistem tanto na atenção primária quanto em serviços especializados (Lebano *et al.*, 2020; Galanis *et al.*, 2022).

Nos Estados Unidos, mesmo após reformas como o Affordable Care Act (Obamacare), cujo objetivo é ampliar o acesso à saúde, reduzir desigualdades no sistema e melhorar a qualidade da cobertura oferecida à população, imigrantes sem cidadania ou em situação migratória irregular permanecem com acesso restrito a seguros de saúde. Esse grupo sofre com os elevados custos, acaba por apresentar menor utilização de serviços preventivos e de cuidados contínuos, o que contribui para a sobrecarga dos atendimentos de urgência (Ssendikaddiwa *et al.*, 2023).

As evidências recentes apontam que as barreiras enfrentadas por imigrantes são estruturais, culturais e linguísticas. Elas não se limitam a contextos isolados, mas representam desafios comuns em muitos países, exigindo intervenções que tragam acessibilidade real, mediação cultural e adaptação dos serviços de saúde às necessidades dessa população vulnerável.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi conduzido na sede do Projeto Social Caminho do Bem (PSCB), instituição vinculada à Pastoral Unilasalle. O projeto é caracterizado como uma organização sem fins lucrativos, cujo objetivo principal é intervir em realidades sociais específicas, com ênfase na redução das desigualdades sociais, no combate ao racismo, na promoção de assistência e garantia de direitos para os atendidos, além do fortalecimento de vínculos e relações comunitárias (Fernandes, 2023).

Iniciado em 2012 no município de Bagé, o PSCB desenvolveu diversas ações e organizou eventos como festas infantis com doação de brinquedos, entrega de chocolates na Páscoa e arrecadação e distribuição de alimentos para pessoas em situação de vulnerabilidade social. Desde 2018, a instituição expandiu suas atividades para o município de Canoas, bairro Mathias Velho, ampliando seu foco de atuação. Atualmente, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), o projeto oferece serviços de assessoramento digital, realiza a regularização de documentos para imigrantes, organiza mutirões de emprego e promove oficinas de arte voltadas para crianças da comunidade (Fernandes, 2023).

A aplicação dos questionários ocorreu durante oficinas promovidas pelo projeto, nas quais os imigrantes participaram realizando a atualização do cadastro único de saúde, bem como para atividades relacionadas ao desenvolvimento de habilidades pessoais. Os encontros foram realizados nos dias 14 de abril, 13 de junho e 16 de junho de 2025, sempre durante a semana e no período da tarde.

### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os imigrantes não têm vínculo com a Universidade La Salle, mas foram convidados para os eventos sociais promovidos pelo Projeto Social Caminho do Bem, em colaboração com a Pastoral da instituição La Salle, onde foi apresentada e

ofertada a participação na pesquisa. Durante o evento social, diversas oficinas foram ofertadas.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos na pesquisa os imigrantes maiores de 18 anos residentes em Canoas-RS. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos aqueles que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, os que apresentaram qualquer déficit cognitivo que impedisse a compreensão das perguntas e os que residiam há menos de 3 meses no Brasil.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários. Atualmente diversos estudos utilizaram questionários para investigar o acesso de imigrantes aos serviços de saúde, evidenciando barreiras estruturais, culturais e linguísticas.

Neste estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi disponibilizado em versão impressa, sendo entregue em duas vias — uma para o participante e outra para o pesquisador —, os imigrantes responderam ao questionário sociodemográfico, também impresso, de forma a garantir maior comodidade no preenchimento. Foram disponibilizados nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. O instrumento continha questões referentes a idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação de emprego, renda familiar, se possuía plano de saúde, há quanto tempo residia no Brasil, autoavaliação de saúde e presença de doenças crônicas.

Em seguida, foi aplicado o questionário elaborado com base no estudo de Bajgain *et al.* (2021), com o objetivo de investigar a existência de necessidades não atendidas em atenção primária à saúde. Esse desfecho foi avaliado pela seguinte pergunta: "Durante os últimos 12 meses, houve algum momento em que você sentiu que precisava de atendimento de saúde, mas não conseguiu?". A resposta era binária ("sim" ou "não"). Aos participantes que indicaram "sim", foi apresentada uma

lista de serviços e cuidados relacionados à atenção primária à saúde, a fim de identificar quais elementos não haviam sido atendidos.

Quando os participantes relataram que tiveram alguma necessidade não atendida, uma questão seguinte foi feita para entender as razões dessa falta de atendimento. As razões foram agrupadas em três categorias: acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade. Acessibilidade refere-se à facilidade na obtenção do serviço. A disponibilidade denota a presença de serviços suficientes e apropriados. A aceitabilidade significa a adequação cultural e social dos serviços.

Além disso, para os participantes que relataram necessidade não atendida em atenção primária à saúde, foi feita uma pergunta adicional para entender o impacto da falta de atendimento. O impacto foi agrupado em duas categorias: pessoal ou econômica. O impacto foi categorizado como pessoal quando houve impacto em saúde mental, estado geral de saúde, problema nas atividades da vida diária, prejuízo nos relacionamentos pessoais, incapacidade de cuidar dos filhos e cuidado insatisfatório. O impacto foi categorizado como econômico quando houve impacto em aumento de despesa, perda de emprego, perda de renda, aumento de dependência, uso de medicações do país de origem e aumento no uso de medicações sem receita.

#### 4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram apresentadas como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme a distribuição. Para comparar a idade e o tempo de permanência no Brasil entre os diferentes grupos de respostas, utilizou-se o teste ANOVA de uma via (quando atendidos os pressupostos de normalidade) ou o teste de Kruskal-Wallis. As variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas e relativas. Adotou-se como nível de significância estatística um valor de  $p < 0,05$ . As análises foram realizadas no software SPSS, versão 20.0.

#### 4.7 CÁLCULO AMOSTRAL

Com base em um odds ratio de 3,4 para uma variável exploratória, conforme descrito por Bajgain *et al.* (2023), considerou-se, para o cálculo amostral, um poder estatístico de 80% e um nível de significância (erro alfa) de 5%. A partir desses

parâmetros, estimou-se que seriam necessários 62 imigrantes para alcançar o tamanho amostral ideal. No entanto, devido a limitações operacionais e à disponibilidade de participantes durante o período de coleta, o estudo foi conduzido com um total de 20 imigrantes.

## 5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 20 indivíduos, com idade média de  $34,1 \pm 10,6$  anos. A maioria era do sexo feminino ( $n = 12$ ; 60,0%), solteira ( $n = 11$ ; 55,0%) e com escolaridade de nível médio ( $n = 13$ ; 65,0%). As demais características sociodemográficas e clínicas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes

Variável	n = 20
Idade, média $\pm$ DP	34,1 $\pm$ 10,6
Sexo, feminino, n (%)	12 (60,0)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	11 (55,0)
Casado / união estável	8 (40,0)
Viúvo	1 (5,0)
Escolaridade	
Ensino fundamental	7 (35,0)
Ensino médio	13 (65,0)
Situação de emprego	
Desempregado	18 (90,0)
Empregado	1 (5,0)
Estudante	1 (5,0)
Renda familiar	
Até R\$ 1.412,00	20 (100,0)
Plano de saúde	
Não	20 (100,0)
Tempo no Brasil, mediana (IIQ)	6,0 (4,0 - 7,0)
Como considera sua condição de saúde	
Excelente	9 (45,0)
Boa	5 (25,0)
Razoável	4 (20,0)
Ruim	2 (10,0)
Doença crônica	
Diabetes Mellitus	2 (10,0)
Depressão	1 (5,0)
Hipertensão Arterial Sistêmica	1 (5,0)
Tuberculose	1 (5,0)

Fonte: Autora (2025)

Quanto ao desfecho primário, todos os participantes relataram que, nos últimos 12 meses, houve pelo menos um momento em que necessitaram de atendimento de saúde, mas não conseguiram. Os serviços ou cuidados de saúde não atendidos estão descritos na Tabela 2, sendo os mais mencionados:

encaminhamento para médico especialista (n = 6; 30,0%), serviço de laboratório (n = 3; 15,0%) e consulta odontológica (n = 3; 15,0%).

Tabela 2 - Serviços ou cuidados de saúde não atendidos

Serviços/cuidados	n (%)
Encaminhamento para médico especialista	6 (30,0)
Serviço de laboratório	3 (15,0)
Consulta odontológica	3 (15,0)
Atendimento obstétrico	3 (15,0)
Médico de família / clínico geral	1 (5,0)
Consulta oftalmológica	1 (5,0)
Medicação	1 (5,0)
Serviço de reabilitação	1 (5,0)
Serviço de nutrição	1 (5,0)

Fonte: Autora (2025)

Em relação às barreiras de acesso ao atendimento, no domínio da acessibilidade, destacaram-se o custo (n = 9; 50,0%) e a distância (n = 7; 38,9%). Quanto à disponibilidade, as principais respostas foram: tempo de espera prolongado (n = 7; 38,9%), indisponibilidade no momento necessário (n = 6; 33,3%) e indisponibilidade na região de residência (n = 5; 27,8%). No domínio da aceitabilidade, os participantes relataram sentir que o atendimento seria insuficiente (n = 5; 27,8%), não saber onde procurar ajuda (n = 4; 22,2%), dificuldade de comunicação por barreira linguística (n = 4; 22,2%), negligência percebida (n = 3; 16,7%) e indisponibilidade de tempo (n = 2; 11,1%).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na idade dos participantes em relação às razões apontadas para a não obtenção de atendimento nas dimensões de acessibilidade (ANOVA,  $p = 0,350$ ), disponibilidade (ANOVA,  $p = 0,966$ ) e aceitabilidade (ANOVA,  $p = 0,857$ ). Da mesma forma, o tempo de permanência no Brasil também não apresentou diferenças significativas entre os grupos de resposta para acessibilidade (Kruskal-Wallis,  $p = 0,957$ ), disponibilidade (Kruskal-Wallis,  $p = 0,383$ ) e aceitabilidade (Kruskal-Wallis,  $p = 0,959$ ).

Quanto aos impactos relatados da falta de atendimento, no aspecto pessoal, os mais mencionados foram: prejuízos à saúde mental (n = 6; 30,0%), piora da condição geral de saúde (n = 5; 25,0%) e dor ou outros sintomas (n = 5; 25,0%). Em relação aos impactos econômicos, os principais foram: aumento das despesas (n = 6; 30,0%), uso ampliado de medicamentos sem prescrição (n = 5; 25,0%), aumento da dependência (n = 3; 15,0%) e perda de renda (n = 2; 10,0%).

Também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na idade dos participantes em relação aos impactos pessoais (ANOVA,  $p = 0,386$ ) e econômicos (ANOVA,  $p = 0,455$ ). Igualmente, o tempo no Brasil não se associou de forma significativa aos impactos pessoais (Kruskal-Wallis,  $p = 0,282$ ) ou econômicos (Kruskal-Wallis,  $p = 0,582$ ).

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram que os imigrantes residentes em Canoas-RS não apenas relataram necessidade de atendimento nos últimos 12 meses, mas também enfrentaram dificuldades expressivas no acesso aos serviços de saúde. As situações de barreira ao cuidado foram mais frequentemente relacionadas a consultas com especialistas, exames laboratoriais e atendimento odontológico. Tais achados corroboram a literatura, que identifica a fragmentação da rede de atenção e a limitação de acesso a níveis secundários de cuidado como entraves recorrentes no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade (Fernandes; Castro, 2019; Lima et al., 2020).

No que se refere às barreiras de acesso, verificou-se predominância de fatores relacionados à acessibilidade, como custo e distância, bem como de disponibilidade, sobretudo o tempo de espera prolongado e indisponibilidade de serviços. Esses resultados reiteram as evidências nacionais e internacionais que apontam limitações estruturais do sistema como obstáculos à utilização efetiva dos serviços, revelando desigualdades que persistem apesar do caráter universal do SUS (Cavalcanti; Oliveira; Macedo, 2020; Baeninger, 2020).

Em relação à aceitabilidade, observou-se que barreiras como dificuldades de comunicação, o desconhecimento sobre onde buscar auxílio e a percepção de negligência refletem não apenas limitações individuais, mas também fragilidades observadas no momento do acolhimento nestas instituições. A literatura tem destacado que a barreira linguística está entre os principais desafios enfrentados por imigrantes, prejudicando a adesão terapêutica, gerando insegurança e, em alguns casos, resultando na descontinuidade do cuidado (Silva; Baeninger, 2022). Tais evidências reforçam a necessidade de estratégias de reestruturação cultural e de formação intercultural dos profissionais de saúde.

Os impactos decorrentes da não obtenção de atendimento foram expressivos tanto no âmbito pessoal quanto no econômico. Destacaram-se prejuízos à saúde mental, piora do estado geral e manutenção de sintomas dolorosos, além de aumento de despesas, automedicação, dependência e perda de renda. Esses resultados se assemelham a investigações que evidenciam o sofrimento psíquico e o agravamento das condições socioeconômicas como consequências da exclusão

social de imigrantes, apontando para uma sobreposição de vulnerabilidades (Fernandes; Castro, 2019; Lima; Soares, 2021).

Cabe salientar que não foram observadas associações estatisticamente significativas entre idade ou tempo de permanência no Brasil e as barreiras ou impactos relatados. Tal achado sugere que as dificuldades de acesso à saúde atingem de forma relativamente homogênea a população imigrante, independentemente de características individuais, o que corrobora pesquisas que atribuem maior peso aos determinantes estruturais e institucionais na explicação dessas desigualdades (Cavalcanti; Oliveira; Macedo, 2020).

Neste ínterim, os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram com a literatura vigente ao evidenciar que, mesmo em municípios com rede de atenção à saúde consolidada, a população imigrante permanece exposta a múltiplas barreiras que limitam o acesso universal previsto pela Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) e pelos princípios do SUS. Nesse sentido, torna-se primordial a implementação de ações intersetoriais que envolvam: a) o fortalecimento de políticas de educação em saúde voltadas à população imigrante, b) a ampliação de mecanismos de acolhimento com tradutores e mediadores culturais, c) a capacitação permanente de profissionais de saúde com enfoque intercultural e d) a articulação entre saúde, assistência social e trabalho, visando à redução de desigualdades.

Ademais, é imperativo contextualizar que a coleta de dados, realizada em 2025 e que capturou as necessidades de saúde dos 12 meses anteriores, abrangeu diretamente o período de crise e recuperação das grandes enchentes ocorridas em Canoas e região em 2024. O fechamento e a interrupção de inúmeras Unidades Básicas de Saúde (UBS) decorrentes do desastre impuseram uma sobrecarga adicional à rede de atenção e comprovaram a fragilidade do sistema de saúde no durante e pós-enchente. Desse modo, as barreiras de disponibilidade e acessibilidade identificadas pelo estudo não são apenas estruturais, mas foram drasticamente intensificadas pelo colapso da infraestrutura, tornando ainda mais precário o cenário de saúde para a população imigrante e reforçando a urgência em se investir na resiliência do SUS para enfrentar crises futuras e mitigar a vulnerabilidade crônica.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra não atingiu o cálculo inicialmente previsto ( $n = 62$ ), o que pode ter reduzido o poder estatístico

para identificar associações entre variáveis sociodemográficas e as barreiras ou impactos do não acesso aos serviços de saúde. Além disso, a investigação foi conduzida em apenas uma localidade (Canoas-RS), o que restringe a generalização dos achados para outras regiões do país. Outra limitação metodológica relevante reside no fato de que as coletas de dados foram realizadas em dias de semana, no período da tarde, o que representa um potencial viés de amostragem. Essa estratégia de coleta provavelmente resultou na participação majoritária de imigrantes que estavam desempregados ou que possuíam horários de trabalho mais flexíveis, excluindo, assim, a grande parte dos imigrantes que estariam empregados e indisponíveis nesse horário. Nesta perspectiva, o caráter transversal do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as barreiras identificadas e os impactos pessoais e econômicos relatados. Ainda assim, os resultados fornecem subsídios importantes para compreender as dificuldades enfrentadas por imigrantes no acesso ao sistema de saúde e podem orientar futuras pesquisas multicêntricas com amostras mais robustas e metodologias que mitiguem o viés de amostragem ocupacional.

A utilização de questionários demonstram grande afetividade como instrumento de pesquisa, especialmente em estudos voltados à identificação de barreiras no acesso à saúde por populações imigrantes. Os mesmos permitem a coleta padronizada de dados junto a um número significativo de participantes, também possibilitam o mapeamento de tendências e desafios vivenciados por esses grupos. Em Portugal, por exemplo, a aplicação desse método revelou que 21% dos imigrantes entrevistados enfrentaram dificuldades no acesso a cuidados de saúde, apesar da maioria possuir médico de família (Pereira; Silva; Lima, 2020). No Brasil, o uso de questionários online com 638 participantes, dos quais 47% eram imigrantes, evidenciou fatores como gravidade da infecção e uso de remédios caseiros como determinantes na busca por atendimento durante a pandemia de COVID-19 (Ventura al., 2024).

Este estudo evidenciou que imigrantes residentes em Canoas-RS apresentam elevada necessidade de atendimento em saúde, mas enfrentam múltiplas barreiras de acesso, relacionadas à acessibilidade, disponibilidade e aceitabilidade dos serviços. Essas dificuldades repercutem negativamente tanto no bem-estar pessoal quanto no bem-estar econômico, reforçando a sobreposição de vulnerabilidades a que essa população está exposta. Embora limitado pelo tamanho amostral, pelo

recorte geográfico e pelo potencial viés de amostragem ocupacional, o estudo contribui para ampliar a compreensão sobre as desigualdades no acesso à saúde enfrentadas por imigrantes no Brasil e aponta para a necessidade de políticas públicas intersetoriais, culturalmente sensíveis e voltadas à efetiva inclusão dessa população no Sistema Único de Saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou um descompasso significativo entre o direito universal à saúde, assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e sua efetivação prática para a população imigrante residente em Canoas-RS. Constatou-se que, apesar da elevada necessidade de atendimento, os participantes enfrentam barreiras estruturais significativas no acesso, especialmente no que tange a consultas com especialistas, exames laboratoriais e serviços odontológicos, evidenciando que os princípios da universalidade e integralidade estão comprometidos para esta população em situação de vulnerabilidade social e cultural.

As dificuldades de acesso revelaram-se multifacetadas e se manifestam de forma complexa em três dimensões cruciais. Na acessibilidade, a persistência de fatores financeiros, como o custo, e geográficos, representados pela distância, atua como um entrave à utilização dos serviços, mesmo em um sistema legalmente universal. Na disponibilidade, as longas filas de espera, a ausência de serviços no momento necessário e a desigualdade territorial na oferta limitam o acesso. Por fim, na aceitabilidade, emergem as barreiras simbólicas e relacionais, incluindo dificuldades de comunicação, percepção de negligência e a falta de sensibilidade cultural, o que indica que o sistema falha em interagir adequadamente com grupos culturalmente diversos.

A privação de atendimento gera impactos multifacetados que acentuam o ciclo de vulnerabilidade. No plano pessoal, o resultado é o agravamento das condições de saúde, dores persistentes e o comprometimento da saúde mental. No âmbito econômico, observa-se o aumento de gastos, a prática de automedicação e a perda de renda. Tais achados sublinham a intrínseca interdependência entre saúde, bem-estar e condições socioeconômicas, alertando para o modo como as dificuldades de acesso deterioram o bem-estar e acentuam a exclusão financeira e social dos imigrantes. Deste modo, a pesquisa contribui substancialmente para o debate acadêmico ao demonstrar que a equidade no SUS exige mais do que a igualdade formal de direitos; ela demanda, fundamentalmente, a capacidade de adaptação dos serviços públicos às especificidades culturais, sociais e econômicas dos usuários, uma vez que a realidade investigada expõe um obstáculo substancial na concretização dos princípios orientadores do sistema.

É fundamental, ainda, reconhecer que a coleta de dados, realizada em 2025 e questionando a necessidade de atendimento nos 12 meses anteriores, capta diretamente a experiência dos imigrantes durante o período imediatamente posterior às grandes enchentes ocorridas em 2024. O fechamento e a interrupção de inúmeras Unidades Básicas de Saúde (UBS) no entorno da área estudada, resultantes do desastre climático, impuseram uma sobrecarga adicional à rede de atenção e comprovaram a fragilidade do sistema de saúde no durante e pós-enchente. Desse modo, as barreiras de disponibilidade e acessibilidade identificadas pelo estudo não são apenas estruturais, mas foram drasticamente intensificadas pelo colapso da infraestrutura, tornando ainda mais precário o cenário de saúde para a população imigrante e reforçando a urgência em se investir na resiliência do SUS para enfrentar crises futuras e mitigar a vulnerabilidade crônica.

Nesse sentido, os resultados indicam a urgência de políticas intersetoriais e estratégias de acolhimento culturalmente sensíveis para mitigar as desigualdades. As medidas essenciais recomendadas incluem a criação de mecanismos de tradução e mediação cultural, a capacitação permanente de profissionais com enfoque em diversidade e a implementação de programas de educação em saúde específicos para o público imigrante. Paralelamente, é imperativa a ampliação do acesso a serviços de média complexidade, como consultas especializadas e exames, e uma articulação intersetorial efetiva entre as áreas de Saúde, Assistência Social, Educação e Trabalho, visando a inclusão integral e eficaz da população no território. Sugere-se, como continuidade, o desenvolvimento de estudos longitudinais para acompanhar a evolução das condições de acesso e investigações qualitativas para aprofundar a experiência subjetiva, oferecendo assim subsídios mais robustos para a formulação de políticas públicas que favoreçam a superação das desigualdades e a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva.

## REFERÊNCIAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. *Global trends: forced displacement in 2016*. [S.l.]: UNHCR, 2016.

BAENINGER, R. Imigração internacional no Brasil: tendências e características recentes. In: BAENINGER, R.; PERES, R. G. (org.). *Migrações internacionais: entre a globalização e as fronteiras*. Campinas: Núcleo de Estudos de População - NEPO/UNICAMP, 2020. p. 13-42.

BAJGAIN, B. B. *et al.* Unmet primary health care needs among Nepalese immigrant population in Canada. *Healthcare*, [S.l.], v. 11, p. 2120, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/15/2120>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BARENGER, R.; SILVA, S. A. Políticas migratórias e acesso à saúde no Brasil: entre o direito e a realidade. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 39, p. 1-20, 2022.

BRANDT, G. B.; AREOSA, S. V. C.; RODRIGUES, K. P. Política pública para imigrantes: os desafios no acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) em Lajeado/RS. *Redes*, [S.l.], v. 27, 2022. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/17462>. Acesso em: 28 jun. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: junho de 2024.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 12, 5 maio 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm). Acesso em: 28 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Ministério da Segurança Pública. Portaria Interministerial nº 9, de 14 de março de 2018. Dispõe sobre a concessão de autorização de residência ao imigrante que esteja em território brasileiro e seja nacional de país fronteiriço, onde não esteja em vigor o Acordo de Residência para Nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL e países associados, a fim atender a situação de vulnerabilidade. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 57, 15 mar. 2018. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/portarias/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%C2%BA%209,%20DE%2014%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202018.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025.

CAVALCANTI, L. *et al.* *A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro*. Brasília: Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais, 2015.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A. T. R.; MACEDO, M. O. Imigração e mercado de trabalho no Brasil: características e tendências recentes. *Caderno de Migração Internacional*, Brasília: OBMigra, v. 1, n. 2, p. 13-37, 2020.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. Relatório Anual OBMigra 2023 - OBMigra 10 anos: Pesquisa, Dados e Contribuições para Políticas. *Série Migrações*. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2023.

DI NAPOLI, A. *et al.* Barriers to Accessing Primary Care and Appropriateness of Healthcare Among Immigrants in Italy. *Frontiers in Public Health*, [S.l.], v. 10, p. 817696, 2022.

FERNANDES, D.; CASTRO, M. C. S. Acesso de imigrantes e refugiados ao Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, dez. 2019.

FERNANDES, T. G. *Projeto Social Caminho do Bem*. Instagram, rede social, 20 jun. 2023. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/xyz123/>. Acesso em: 30 set. 2025.

GALANIS, P. *et al.* Barriers in access to health services for migrants in Europe: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 1099, 2022.

GOLDBERG, A. *et al.* Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 370-382, 2015.

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 117-134, 283-297, 2015.

HEALTH AFFAIRS. Immigrants' access to health care in the United States: Challenges and policy solutions. *Health Affairs*, [S.l.], v. 40, n. 7, p. 1112-1120, 2021.

LEBANO, A. *et al.* Migrant and refugee health in Europe: A scoping review of the literature. *BMC Public Health*, [S.l.], v. 20, n. 1039, p. 1-25, 2020.

LIMA, A. R. *et al.* Migração, saúde e vulnerabilidade: desafios do acesso ao SUS por imigrantes internacionais em diferentes contextos brasileiros. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-12, 2020.

LIMA, A. R.; SOARES, W. A. Imigração, vulnerabilidade social e saúde no Brasil. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 587-598, 2021.

MARGOLIS, M. *Little Brazil*: imigrantes brasileiros em Nova York. Campinas: Papirus, 2013.

MARGOLIS, M. L. *Good-bye, Brazil*: Brazilian immigration to the United States. 3. ed. Gainesville: University Press of Florida, 2019.

MATHEWS, M. *et al.* Patterns of access to primary care among immigrants in Canada. *Canadian Family Physician*, [S.l.], v. 68, n. 7, p. 507-515, 2022.

MATHEWS, S. *et al.* Utilization of healthcare by immigrants in Canada: a cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 883-894, 2022.

MBANYA, V. N. *et al.* Access to Norwegian healthcare system - challenges for sub-Saharan African immigrants. *International Journal for Equity in Health*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 125, 2019.

MOTA, A. *et al.* *Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. São Paulo: USP, 2019.

MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; SILVEIRA, C. (org.). *Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. São Paulo: FMUSP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade Federal do ABC; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2014.

OBMIGRA. Portal de Imigração. *Relatório anual*. 2023. Disponível em: [https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra\\_2020/OBMIGRA\\_2023/Relat%C3%B3rio%20Anual/Relat%C3%B3rio%20Anual%202023](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMIGRA_2023/Relat%C3%B3rio%20Anual/Relat%C3%B3rio%20Anual%202023). Acesso em: 28 jun. 2024.

OLIVEIRA, M.; COSTA, P.; FARIAS, D. Health care experiences of Venezuelan immigrant women in the Federal District, Brazil. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/75237>. Acesso em: 29 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). *Retrato da Governança da Migração*: República Federativa do Brasil. jul. 2018. Disponível em: [https://www.migrationdataportal.org/sites/g/files/tmzbd1251/files/2018-09/Retrato%20da%20Governan%C3%A7a%20da%20Migra%C3%A7%C3%A3o-%20Rep%C3%BAllica%20Federativa%20do%20Brasil\\_1.pdf](https://www.migrationdataportal.org/sites/g/files/tmzbd1251/files/2018-09/Retrato%20da%20Governan%C3%A7a%20da%20Migra%C3%A7%C3%A3o-%20Rep%C3%BAllica%20Federativa%20do%20Brasil_1.pdf). Acesso em: 13 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. *World Migration Report*. Genebra: OIM, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. 1948/2000. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Acesso em: 28 jun. 2024.

PEREIRA, A.; SILVA, F.; LIMA, C. Immigrants' access to health care in Portugal: barriers and facilitators. *Journal of Pulmonology*, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 145-153, 2020. Disponível em: <https://www.journalpulmonology.org/en-immigrants-access-health-care-problems-articulo-S2531043718300710>. Acesso em: 29 set. 2025.

- PORTO ALEGRE (Município). *Ampliação da equipe de mediadores interculturais fortalece saúde para imigrantes*. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 26 jun. 2023. Disponível em: [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/hotsites/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/Boletim%20Informativo%20-%20Sa%C3%BAde%20do%28a%29%20Trabalhador%28a%29%20Migrante%20-%202024.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/Boletim%20Informativo%20-%20Sa%C3%BAde%20do%28a%29%20Trabalhador%28a%29%20Migrante%20-%202024.pdf). Acesso em: 13 out. 2025.
- PRIORI, A.; IPÓLITO, V. K. DOPS, a Cidade de Rolândia (PR) e a repressão dos imigrantes de origem alemã (1942-1945). *Varia Historia*, Belo Horizonte, v. 31, n. 56, p. 553-580, maio/ago. 2015.
- REIS, L. M.; RAMOS, N. Migração e saúde de brasileiros residentes em Lisboa. *Ambivalências*, São Cristóvão-SE, v. 1, n. 2, p. 29–53, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/Ambivalencias/article/view/2020>. Acesso em: 15 abr. 2025.
- ROCHA, A. S. P. S. *et al.* Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 331-339, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/TJWBxqNgHvF6NCCM7zMSP9b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2025.
- SCHWARCZ, L. M. *Sobre o autoritarismo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- SILVA, C. T.; BAENINGER, R. O papel das políticas linguísticas para garantir o acesso de imigrantes a serviços públicos essenciais no Brasil. *Cadernos de Linguística e Aplicações*, Uberlândia, v. 23, n. 1, p. 1-28, 2022. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=http://www.seer.ufu.br/index.php/cadernosdeaplicacao/article/view/58798>. Acesso em: 20 maio 2025.
- SSENDIKADDIWA, J. *et al.* Immigrant Health and the Affordable Care Act: Coverage and Access Among US Immigrants. *International Journal of Health Policy and Management*, [S.l.], v. 12, p. e8254, 2023. Disponível em: [https://www.ijhpm.com/article\\_4250.html](https://www.ijhpm.com/article_4250.html). Acesso em: 20 maio 2025.
- SSENDIKADDIWA, J. *Immigration, sex/gender, and patterns of access to primary care in Canada*. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Canadá, Simon Fraser University, British Columbia, 2021.
- SUNDARESWARAN, M.; MARTIGNETTI, L.; PURKEY, E. Barriers to primary care among immigrants and refugees in Peterborough, Ontario: a qualitative study of provider perspectives. *BMC Primary Care*, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 199, 2024.
- UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR). *Protegendo refugiados no Brasil e no mundo*. Brasília: ACNUR, 2016.
- VENTURA, M. W. S. *et al.* Social determinants and access to health services in patients with COVID-19: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 58, e20230324, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xBqq8F8q6srXXrqs47FDRRx/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2025.

## APÊNDICE A - PRODUTO TÉCNICO

A cartilha é reconhecida como uma tecnologia educativa eficaz, especialmente em contextos de saúde e em populações vulneráveis, como imigrantes e refugiados. A utilidade pode ser observada devido a capacidade de transmitir informações de forma clara, acessível e culturalmente sensível, promovendo a educação em saúde e o empoderamento comunitário. Estudos demonstram que cartilhas bem elaboradas podem melhorar a compreensão sobre direitos e serviços de saúde, facilitar o acesso a cuidados e estimular comportamentos preventivos.

No Brasil, iniciativas como a cartilha da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro orientam migrantes e refugiados sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a importância de materiais educativos adaptados às necessidades de grupos migrantes para facilitar a integração ao sistema de saúde local (Secretaria de Saúde do RJ, 2019). A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) também desenvolveu cartilhas para imigrantes e refugiados, abordando acesso à saúde, direitos trabalhistas e uso do transporte público, fornecendo suporte prático e informações essenciais para adaptação e integração (UFSC, 2023). Além disso, estudos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP confirmam que as cartilhas são eficazes na melhoria da compreensão e habilidades da comunidade, promovendo a saúde de forma significativa (SciELO, 2021).

No âmbito do presente estudo, foi desenvolvida uma cartilha específica para imigrantes residentes em Canoas-RS, com o objetivo de auxiliar na navegação pelos serviços de saúde do município. A ferramenta busca minimizar as barreiras identificadas no acesso aos cuidados de saúde, fornecendo informações claras sobre onde e como buscar atendimento, contribuindo para a inclusão efetiva dessa população e para a promoção da equidade em saúde.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

## Questionário sócio-demográfico

1. Idade
  2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
  3. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado / União estável ( ) Viúvo
  4. Escolaridade (anos de estudo):
  5. Situação de emprego: ( ) empregado ( ) desempregado ( ) estudante
  6. Renda familiar: ( ) até R\$ 1.412,00 ( ) entre R\$ 1.412,00 e R\$ 4.500,00  
( ) entre R\$ 4.500,00 e R\$ 7.000,00 ( ) acima de R\$ 7.000,00
  7. Tem plano de saúde: ( ) Sim ( ) Não
  8. Há quanto tempo está no Brasil (em meses): \_\_\_\_\_
  9. Como você considera a sua condição de saúde? ( ) Excelente ( ) Muito boa ( )  
Boa ( ) Razoável ( ) Ruim
  10. Você tem alguma doença crônica? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual?
-

**APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE NECESSIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NÃO ATENDIDA**

**Questionário para investigação de necessidade de atenção primária à saúde  
não atendida**

1. Durante os últimos 12 meses, houve algum momento em que você sentiu que precisava de atendimento de saúde, mas não conseguiu? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual(is) destes atendimentos necessitava e que não obteve acesso?

- ( ) Médico de família / Clínico geral
- ( ) Encaminhamento para médico especialista
- ( ) Serviços de laboratório
- ( ) Consulta odontológica
- ( ) Consulta oftalmológica
- ( ) Medicação
- ( ) Atendimento de urgência e emergência
- ( ) Atendimento pediátrico / puericultura
- ( ) Atendimento obstétrico
- ( ) Serviço de reabilitação
- ( ) Serviço de nutrição
- ( ) Atendimento psicológico
- ( ) Serviços de promoção à saúde (rastreamento, imunização)
- ( ) Outros atendimentos: \_\_\_\_\_

2. Quais as razões para não conseguir o atendimento?

a) Acessibilidade

- ( ) Custo
- ( ) Distância / Transporte

b) Disponibilidade do atendimento

- ☐ Tempo de espera muito longo
- ☐ Atendimento não disponível no momento em que necessitava
- ☐ Atendimento não disponível na sua região

c) Aceitabilidade

- ☐ Muito ocupado
- ☐ Não sabia onde conseguir ajudar
- ☐ Sentiu que seria insuficiente
- ☐ Decidiu não procurar atendimento
- ☐ Negligência
- ☐ Problema de linguagem
- ☐ Medo / não gostou do médico

3. Se sim, você sentiu algum dos seguintes impactos na sua vida por causa do atendimento não conseguido?

Pessoal

- ☐ Preocupação, ansiedade, estresse
- ☐ Preocupação ou estresse com familiares ou amigos
- ☐ Dor ou outros sintomas
- ☐ Piora da condição geral de saúde
- ☐ Problema de saúde aumentou
- ☐ Incapaz de cuidar dos filhos
- ☐ Prejuízo em relacionamento pessoal
- ☐ Problemas nas atividades da vida diária
- ☐ Cuidado insatisfatório
- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

### Econômico

- ☐ Aumento de despesas
- ☐ Perda de emprego
- ☐ Perda de renda
- ☐ Aumento na dependência
- ☐ Uso de medicação que trouxe do país de origem
- ☐ Aumento no uso de medicamentos sem receita

## **ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Barreiras socioculturais que dificultam o acesso à saúde: uma análise dos desafios enfrentados por imigrantes no município de Canoas/RS”. O objetivo deste estudo é verificar a prevalência de necessidades não atendidas em atenção primária à saúde entre imigrantes residentes na cidade de Canoas, RS. Este Projeto de Pesquisa é apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle - Unilasalle como exigência para aplicação do curso de Mestrado.

Para participar do mesmo, é necessário preencher dois questionários, sendo eles de uma e duas páginas respectivamente, com tempo médio previsto para o preenchimento de 15 minutos. Sua participação no estudo é voluntária, de forma que, caso você decida não participar, não terá nenhum comprometimento por esta decisão, ou seja, sua participação não é obrigatória. Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

O estudo apresenta risco considerado mínimo, porém riscos psicológicos foram considerados, compreendendo que durante o preenchimento do questionário poderiam surgir sentimentos desconfortáveis pela lembrança de situações constrangedoras ou negativas. Caso você sinta algum desconforto durante a aplicação do questionário, você pode optar por interromper sua participação da pesquisa.

Em relação aos benefícios, os resultados da pesquisa serão apresentados a você por e-mail (caso você aceite fornecer o seu email para receber os resultados ao final da pesquisa) ou na próxima ação social promovida pela Pastoral da Universidade. Além disso, ao final da aplicação dos questionários, será entregue um card com os telefones e horários de atendimento dos principais serviços de atenção primária à saúde do município de Canoas.

Não serão fornecidas quaisquer informações que permitam identificar quem foram os participantes da pesquisa. Os seus dados serão sempre tratados confidencialmente. Você não será identificado por nome, e os resultados deste estudo serão usados para fins científicos. Os dados da pesquisa serão armazenados

em arquivo digital, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos após a pesquisa.

O presente documento em uso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade La Salle, e será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com o pesquisador responsável. Caso você tenha dúvidas ou necessite esclarecimento, entre em contato com a pesquisadora Jessica dos Santos Queiroz, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle (por meio do e-mail [jessica.202321080@unilasalle.edu.br](mailto:jessica.202321080@unilasalle.edu.br) ou do telefone 51- 983503398) ou com o pesquisador orientador da pesquisa Prof. Dr Márcio Manozzo Boniatti, professor da Universidade La Salle - Canoas (por meio do e-mail [marcio.boniatti@unilasalle.edu.br](mailto:marcio.boniatti@unilasalle.edu.br) ou do telefone 51-999729424), ou também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade La Salle (através do e-mail: [cep.unilasalle@unilasalle.edu.br](mailto:cep.unilasalle@unilasalle.edu.br) ou através do telefone (51) 3476-8213, ou pelo endereço: Av. Victor Barreto, 2288 - Centro, Canoas - RS, 92010-000 - 2º andar do prédio 1), nos seguintes horários de funcionamento: Segundas-feiras: 9h às 12h; Terças-feiras: 15:30h às 18:30h; Quartas-feiras: 16h às 20h; Quintas-feiras: 9h às 12h; Sextas-feiras: 13h às 18:30h.

Em caso de concordância com as considerações expostas, favor assinar este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado. Desde já agradeço sua colaboração.

---

(Assinatura da/o Participante)

---

Pesquisadora

Canoas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

## **TÉRMINOS DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO**

Está siendo invitado a participar como voluntario en la investigación titulada “Barreras socioculturales que dificultan el acceso a la salud: un análisis de los desafíos enfrentados por inmigrantes en el municipio de Canoas/RS”. El objetivo de este estudio es verificar la prevalencia de necesidades no atendidas en la atención primaria de salud entre inmigrantes residentes en la ciudad de Canoas, RS. Este Proyecto de Investigación se presenta al Programa de Posgrado en Salud y Desarrollo Humano de la Universidad La Salle - Unilasalle como requisito para la aplicación al curso de Maestría.

Para participar en él es necesario rellenar dos cuestionarios, de una y dos páginas respectivamente, con un tiempo medio de cumplimentación de 15 minutos. Su participación en el estudio es voluntaria, por lo que si decide no participar, no se verá comprometido por esta decisión, es decir, su participación no es obligatoria. Además, podrá retirar su consentimiento en cualquier momento durante la investigación.

El estudio presenta un riesgo considerado mínimo, pero se consideraron riesgos psicológicos, entendiendo que al completar el cuestionario podrían surgir sentimientos incómodos por el recuerdo de situaciones embarazosas o negativas. Si siente alguna molestia al administrar el cuestionario, puede optar por dejar de participar en la encuesta.

En cuanto a los beneficios, los resultados de la encuesta te serán presentados por correo electrónico (si aceptas proporcionar tu correo electrónico para recibir los resultados al finalizar la encuesta) o en la próxima acción social promovida por la Pastoral Universitaria. Además, al finalizar los cuestionarios se entregará una tarjeta con los números de teléfono y horarios de atención de los principales servicios de atención primaria de salud de la ciudad de Canoas.

No se proporcionará información para identificar quiénes fueron los participantes de la investigación. Tus datos siempre serán tratados de forma confidencial. No se le identificará por su nombre y los resultados de este estudio se utilizarán con fines científicos. Los datos de la investigación serán almacenados en

un archivo digital, bajo la custodia y responsabilidad del investigador, por un período de 5 años después de la investigación.

Este documento en uso fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad La Salle, y será firmado en dos ejemplares, de igual contenido, quedando un ejemplar en manos del participante y otro en manos del investigador responsable. Si tiene dudas o requiere aclaraciones, comuníquese con la investigadora Jessica dos Santos Queiroz, estudiante de maestría en el Programa de Postgrado en Salud y Desarrollo Humano de la Universidad La Salle (vía correo electrónico [jessica.202321080@unilasalle.edu.br](mailto:jessica.202321080@unilasalle.edu.br) o teléfono 51- 983503398) o con el supervisor de la investigación Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti, profesor de la Universidad La Salle - Canoas (vía correo electrónico [marcio.boniatti@unilasalle.edu.br](mailto:marcio.boniatti@unilasalle.edu.br) o teléfono 51-999729424), o también con el Comité de Ética en Investigación de la Universidad La Salle (vía correo electrónico: [cep.unilasalle@unilasalle.edu.br](mailto:cep.unilasalle@unilasalle.edu.br) o vía teléfono (51) 3476-8213, o en: Av. Victor Barreto , 2288 - Centro, Canoas - RS, 92010-000 - 2.er piso del edificio 1), con el siguiente horario de atención: lunes: de 9 a 12 horas; Martes: 15:30 a 18:30 horas; miércoles: de 16 a 20 horas; Jueves: de 9 a 12 horas; Viernes: 13:30 a 18:30 horas.

Si está de acuerdo con las consideraciones anteriormente expuestas, por favor firme este “Formulario de Consentimiento Informado” en el lugar indicado. te agradezco tu cooperacion.

---

(Firma del participante)

---

Investigador

Canoas, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2024

## **CONDITIONS DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ**

Vous êtes invité à participer en tant que volontaire à l'étude intitulée « Barrières socioculturelles qui entravent l'accès aux soins : une analyse des défis rencontrés par les immigrants dans la municipalité de Canoas/RS ». L'objectif de cette recherche est de vérifier la prévalence des besoins non satisfaits en soins de santé primaires parmi les immigrants résidant dans la ville de Canoas, RS. Ce Projet de Recherche est présenté au Programme de Master en Santé et Développement Humain de l'Université La Salle - Unilasalle, comme exigence pour l'admission au programme de Master.

Pour y participer, il est nécessaire de remplir deux questionnaires, respectivement d'une et deux pages, avec un temps de réalisation moyen de 15 minutes. Votre participation à l'étude est volontaire, donc si vous décidez de ne pas participer, vous ne serez pas compromis par cette décision, c'est-à-dire que votre participation n'est pas obligatoire. De plus, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment pendant la recherche.

L'étude présente un risque considéré comme minime, mais les risques psychologiques ont été pris en compte, sachant qu'au moment de remplir le questionnaire, des sentiments inconfortables pourraient surgir en raison du souvenir de situations embarrassantes ou négatives. Si vous ressentez un inconfort lors de l'administration du questionnaire, vous pouvez choisir d'arrêter de participer à l'enquête.

Concernant les bénéfices, les résultats de l'enquête vous seront présentés par email (si vous acceptez de fournir votre email pour recevoir les résultats à la fin de l'enquête) ou lors de la prochaine action sociale promue par la Pastorale Universitaire. De plus, à la fin des questionnaires, une carte sera remise avec les numéros de téléphone et les heures d'ouverture des principaux services de soins de santé primaires de la ville de Canoas.

Aucune information ne sera fournie pour identifier qui étaient les participants à la recherche. Vos données seront toujours traitées de manière confidentielle. Votre nom ne sera pas identifié et les résultats de cette étude seront utilisés à des fins

scientifiques. Les données de recherche seront conservées dans un fichier numérique, sous la garde et la responsabilité du chercheur, pendant une durée de 5 ans après l'enquête.

Ce document en cours d'utilisation a été approuvé par le Comité d'Éthique et de Recherche de l'Université La Salle, et sera signé en deux exemplaires, de contenu égal, laissant un exemplaire entre les mains du participant et un autre entre les mains du chercheur responsable. Si vous avez des questions ou avez besoin de précisions, veuillez contacter la chercheuse Jessica dos Santos Queiroz, étudiante à la maîtrise du programme d'études supérieures en santé et développement humain de l'Université La Salle (par e-mail). [jessica.202321080@unilasalle.edu.br](mailto:jessica.202321080@unilasalle.edu.br) ou téléphone 51- 983503398) ou avec le directeur de recherche Prof. Dr. Márcio Manozzo Boniatti, professeur à l'Université La Salle - Canoas (par email [marcio.boniatti@unilasalle.edu.br](mailto:marcio.boniatti@unilasalle.edu.br) ou téléphone 51-999729424), ou également auprès du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université La Salle (par email : [cep.unilasalle@unilasalle.edu.br](mailto:cep.unilasalle@unilasalle.edu.br) ou par téléphone (51) 3476-8213, ou à : Av. Victor Barreto, 2288 - Centro, Canoas - RS, 92010-000 - 2ème étage du bâtiment 1), avec les horaires d'ouverture suivants : Lundi : de 9h à 12h ; mardi : 15:30h à 18:30h ; mercredi : de 16h à 20h ; Jeudi : de 9h à 12h ; Vendredi : 15:30h à 18:30h

Si vous êtes d'accord avec les considérations énoncées ci-dessus, veuillez signer ce « Formulaire de consentement éclairé » à l'endroit indiqué. Je vous remercie pour votre coopération.

---

(Signature du participant)

---

Enquêteur

Canoas, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2024

## ANEXO B - CARTILHA PARA NAVEGAÇÃO DO USUÁRIO

### AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Frente da cartilha



Verso da cartilha

HELLO!

¡HOLA!

OLÁ!

In Brazil, the SUS (Unified Health System) ensures your health, providing free and quality care for everyone.

En Brasil, el SUS (Sistema Único de Salud) garantiza tu salud, cuidando de todos con atención gratuita y de calidad.

No Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde) garante a sua saúde, cuidando de todos com atendimento gratuito e de qualidade!

1

EL SUS ESTÁ AQUÍ PARA CUIDAR DE USTED Y SU FAMILIA

CONSULTAS MÉDICAS

Atención con profesionales preparados para escucharle y cuidar de usted, en especialidades como medicina general, pediatría y ginecología.

ANÁLISIS DE LABORATORIO

Recolección y análisis de sangre, orina y otras pruebas que ayudan a identificar y prevenir enfermedades.

EXÁMENES DE IMAGEN

Ecografías, radiografías y otros estudios que apoyan el diagnóstico y el tratamiento.

SUS IS HERE TO TAKE CARE OF YOU AND YOUR FAMILY

MEDICAL CONSULTATIONS

Care with professionals trained to listen to you and care for you, in specialties such as general medicine, pediatrics, and gynecology.

LABORATORY ANALYSIS

Collection and analysis of blood, urine, and other tests that help identify and prevent diseases.

IMAGING TESTS

Ultrasounds, X-rays, and other studies that support diagnosis and treatment.

2

VEJA NO MAPA ONDE ENCONTRAR AJUDA.

Verifique no mapa todos os serviços de saúde na região de Canoas.

3

ATENÇÃO! ATENCIÓN! ATTENTION

AHORA VAMOS DESCUBRIR QUÉ DOCUMENTOS NECESITA.

NOW LET'S SEE WHAT DOCUMENTS YOU NEED.

AGORA VAMOS VER OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1

NATIONAL MIGRATION REGISTRATION CARD  
TARJETA NACIONAL DE REGISTRO MIGRATORIO

2

TARJETA DEL SUS  
SUS CARD  
La Tarjeta del SUS puede hacerse en cualquier UBS.  
La Tarjeta del SUS puede hacerse en cualquier UBS.

3

COMPROBANTE DE DOMICILIO  
PROOF OF RESIDENCE  
Cualquier factura que muestre tu dirección (agua, luz, teléfono...).  
Any bill that shows your address (water, electricity, phone...).

MIRA EN EL MAPA DÓNDE ENCONTRAR AYUDA.

Consulta todos los servicios de salud de la región de Canoas en el mapa.

CHECK THE MAP TO FIND WHERE TO GET HELP.

Check all health services in the Canoas region on the map.

LEGENDAS | LEYENDAS | MAP KEY

H

HOSPITAL | HOSPITAL | HOSPITAL

+

UPA | UNIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA | EMERGENCY CARE UNIT

+

UBS | UNIDAD BÁSICA DE SALUD | BASIC HEALTH UNIT

●

CAPS | CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL | PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS UNIT

SI

no tienes alguno de los documentos, tranquilo – igual serás atendido.

IF

you don't have one of the documents, don't worry – you will still be assisted.