









# Demandas e utilização de serviços de saúde entre imigrantes de uma região metropolitana do nordeste do Brasil

*Demands and use of health services among immigrants from a metropolitan region in northeastern Brazil*

*Demandas y uso de servicios de salud entre inmigrantes de una región metropolitana del noreste de Brasil*

Herifrania Tourinho Aragão<sup>1</sup>   
 Alef Nascimento Menezes<sup>2</sup>   
 Millena Luize de Lima Oliveira<sup>2</sup>   
 Jessy Tawanne Santana<sup>1</sup>   
 Rubens Riscala Madi<sup>1,3</sup>   
 Cláudia Moura de Melo<sup>1,3</sup> 

1. Universidade Tiradentes, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. Aracaju, SE, Brasil.

2. Universidade Tiradentes. Aracaju, SE, Brasil.

3. Instituto de Tecnologia e Pesquisa. Aracaju, SE, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar as demandas e a utilização dos serviços de saúde por imigrantes na Região Metropolitana de Aracaju, Sergipe. **Método:** recrutaram-se, pelo método bola de neve, 186 imigrantes, alocados em *clusters* relacionados à renda *per capita* do país de origem e países da América Latina ou não. Utilizou-se questionário auto aplicado sobre as condições e práticas de saúde. **Resultados:** imigrantes de países com renda baixa e média baixa (IMB) são mais jovens, com menor tempo de permanência no Brasil, possuem ensino fundamental/médio, exercem atividade laboral sem carteira de trabalho assinada e renda de até um salário mínimo ( $p<0,05$ ). Imigrantes da América Latina (IAL) possuem aproximadamente duas vezes mais chances de ter alguma doença crônica não transmissível (DCNT), comparados aos imigrantes de outros países (IOP). A idade e o tempo de permanência no Brasil influenciam na autoavaliação da saúde, na busca por serviços de saúde e ter alguma DCNT ( $p<0,05$ ). O Sistema Único de Saúde foi o mais buscado tanto na chegada ao Brasil quanto nos últimos 12 meses, principalmente pelos IMB e IAL ( $p<0,05$ ). **Conclusão e implicações para a prática:** observaram-se diferenças dentro dos subgrupos de imigrantes, principalmente em termos de padrões de utilização, ressaltando a importância da competência transcultural na assistência.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Competência Transcultural; Condições de Saúde; Doenças Crônicas não Transmissíveis; Imigração.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to analyze the demands and use of health services by international migratory clusters in the metropolitan region of Aracaju, Sergipe. **Method:** A total of 186 immigrants were recruited, and divided into clusters according to the country of origin and continent. An epidemiological questionnaire on health conditions and care-related. **Results:** Low and low middle income country immigrants (LMI) are younger, with lower length of stay in Brazil, elementary education, working without a formal contract, with an income of up to 1 minimum wage ( $p<0.05$ ). Latin America immigrants (LAI) are approximately twice as likely to have some Chronic noncommunicable disease (NCDs), compared to other country immigrants (OCI). Age and length of stay in Brazil influence self-rated health, search for health services and having some NCDs ( $p<0.05$ ). The Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*) was the most sought after both on arrival in Brazil and in the last 12 months, mainly by LMI and LAI ( $p<0.05$ ). **Conclusion and implications for practice:** Differences were observed within immigrant subgroups, mainly in terms of their use patterns and the importance for cross-cultural competence in health care.

**Keywords:** Access to Health Services; Health Conditions; Cultural Competency; Chronic Noncommunicable Diseases; Immigration.

## RESUMEN

**Objetivo:** fueron analizadas las demandas y el uso de los servicios de salud por los inmigrantes en la Región Metropolitana de Aracaju, Sergipe. **Método:** fueron reclutados, mediante el método bola de nieve, 186 inmigrantes y se dividieron en agrupación es según la renta per cápita del país de origen y continente. Se utilizó un cuestionario auto aplicado sobre condiciones y prácticas de salud. **Resultados:** los inmigrantes de países de renta baja y media baja (IMB) son más jóvenes, han pasado menos tiempo en Brasil, tienen educación primaria/secundaria, trabajan sin contrato formal y tienen una renta de hasta 1 mínimo salario ( $p<0,05$ ). Los inmigrantes de Latinoamérica (LAI) tienen aproximadamente el doble de probabilidades de tener una enfermedad crónica no transmisible (ENT) en comparación con inmigrantes de otros países (IOP). La edad y el tiempo de permanencia en Brasil influyen en la autoevaluación de la salud, la búsqueda de servicios de salud y el tener algunas ENT ( $p<0,05$ ). El Sistema Único de Salud (*Sistema Único de Saúde*) fue el más buscado tanto a su llegada a Brasil como en los últimos 12 meses, principalmente por el IMB y la IAL ( $p<0,05$ ). **Conclusión e implicaciones para la práctica:** se observaron diferencias dentro de los subgrupos de inmigrantes, principalmente en términos de sus patrones de uso, resaltando la importancia de la competencia intercultural en la asistencia.

**Palabras clave:** Acceso a los Servicios de Salud; Competencia Intercultural; Condiciones de Salud; Enfermedades Crónicas No Transmisibles; Inmigración.

### Autor correspondente:

Herifrania Tourinho Aragão.  
E-mail: fanyaragao.89@gmail.com

Recebido em 01/04/2022.  
Aprovado em 28/09/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0068pt>

## INTRODUÇÃO

Os fluxos migratórios humanos vêm apresentando um ritmo mundial crescente, tornando relevantes as discussões sobre as políticas públicas adotadas para o acesso à saúde dos imigrantes. No início dos anos 2000, o relativo otimismo no crescimento econômico na América Latina, aliado a oportunidades de emprego, melhorias nas políticas sociais e organização de grandes eventos mundiais, fez com que o Brasil passasse a figurar de maneira significativa nas rotas internacionais.<sup>1,2</sup> Esse cenário refletiu na consolidação do Nordeste brasileiro como espaço de circulação de imigrantes, inclusive Sergipe,<sup>3,4</sup> apesar da estrutura local incipiente para o acolhimento social, jurídico e de políticas públicas.<sup>5</sup>

A aceleração das migrações pelas fronteiras, caso típico das mobilidades humanas em países do Cone Sul, tem demonstrado que as circulações transnacionais transpõem fronteiras, geram novas frentes/oportunidades laborais, estimulam a construção de redes sociais e, concomitantemente, expõem os imigrantes a novas e antigas vulnerabilidades e riscos à saúde, por serem afetados negativamente pela experiência migratória, fisicamente e psicologicamente.<sup>6-9</sup> A autoavaliação da saúde tem se mostrado como preditor influente no resultado clínico e de mortalidade, não somente determinado pelos fatores clínicos, psicossociais e comportamentais, além de ser frequentemente utilizada como indicador-chave do estado de saúde nas políticas e pesquisas de saúde.<sup>10-12</sup>

Embora a literatura científica evidencie que os imigrantes adentram no país receptor com melhores condições de saúde, inclusive ao comparar com a população autóctone,<sup>9,13</sup> em algum momento, poderá haver a necessidade de cuidados em saúde, sejam no setor público ou privado, devido a adoecimentos diversos, relacionados ou não à migração, e aspectos socioeconômicos e administrativos vivenciados no país receptor.

A assistência de saúde pública, fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS),<sup>14</sup> é reforçada pela Nova Lei da Migração brasileira (nº 13.445/2017),<sup>15</sup> por intermédio dos princípios doutrinários da universalidade, integridade e equidade, nos diferentes níveis de complexidades assistenciais.<sup>14</sup> A principal porta de entrada e centro de comunicação com as demais redes do SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), com função de ofertar cuidados, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que oferta serviços multidisciplinares por meio das Unidades de Saúde da Família.<sup>16</sup> Os serviços privados no Brasil atuam de maneira complementar e, conforme as diretrizes do SUS, através do pagamento de planos e seguros de saúde, ou em hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios.

Um dos principais desafios para os diversos países receptores que procuram estabelecer a equidade em suas políticas e sistemas de saúde está em compreender as diferentes características que geram possíveis desigualdades no uso e acesso aos cuidados de saúde, sejam as individuais ou as do sistema de saúde local (acessibilidade, percepção e experiências anteriores), assim como as condições de morbidade atuais e compreensão face à saúde-doença, inclusive ao diferir as etnias e a população

receptora.<sup>17,18</sup> Nota-se que a população migratória não pode ser investigada, de forma uniforme, quanto a aspectos de saúde, mas dentro da diversidade dos clusters migratórios nos espaços que se estabeleceram, a fim de compreender as formas de utilização e o perfil de busca dos serviços de saúde mediante as vulnerabilidades específicas.

Apesar do crescente aumento da mobilidade migratória internacional no Nordeste brasileiro, ainda são observados escassos estudos que investiguem a temática sob a ótica da interface saúde-imigração, especialmente no contexto atual e contemporâneo nos territórios com fluxo migratório emergente (médio/pequeno fluxo migratório).<sup>19</sup> O objetivo deste estudo foi analisar as demandas e a utilização dos serviços de saúde por *cluster* de países migratórios internacional na Região Metropolitana de Aracaju, no Nordeste brasileiro.

## METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, com abordagem quantitativa, sobre imigrantes na Região Metropolitana de Aracaju, capital de Sergipe, quanto às suas demandas e ao uso de serviços de saúde.

De acordo com o Observatório das Migrações Internacionais do Ministério da Justiça do Brasil,<sup>20</sup> a taxa de retenção de imigrantes de longo termo no país (tempo de permanência superior a um ano) é de 63,3%, dos quais 11,0% são crianças. Fundamentado nessas informações, procedeu-se ao cálculo da amostra, partindo-se do total de 541 imigrantes registrados na Região Metropolitana de Aracaju em 2018 (Polícia Federal em Sergipe, 2018), excluindo as crianças e os imigrantes temporários, chegando-se a uma população de aproximadamente 306 indivíduos. Aplicou-se o cálculo amostral, com 95% de Intervalo de Confiança e erro amostral de 5%, e foi obtida a amostra mínima de 152 imigrantes. No entanto, devido ao interesse dos imigrantes em participar da pesquisa, a amostra final totalizou 186 imigrantes residentes entrevistados.

Os imigrantes foram distribuídos em categorias, de acordo com os critérios de renda nacional bruta estabelecido pelo Banco Mundial por país de origem (nascimento):<sup>20</sup> “renda alta” - US\$ 13.205 ou mais (Chile, China, Dinamarca, Eslovênia, Espanha, França, Inglaterra, Itália, Iugoslávia, Portugal, Suécia, Suriname e Uruguai); renda “média alta” - US\$ 4.256 a 13.205 (Argentina, Bulgária, Colômbia, Cuba, Equador, Gabão, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Sérvia e Turquia); renda “média baixa e baixa” até US\$ 4.255 (Angola, Egito, El Salvador, Guiné-Bissau, Irã, Mali, Marrocos, Nicarágua, Paquistão, Senegal e Timor-Leste). Entretanto, mediante a falta de informações sobre a Venezuela no Banco Mundial, classificou-se esse país como “renda média baixa”, diante da afirmativa do mesmo em resposta à CNN Brasil sobre o impacto da COVID-19 na economia da Venezuela, agravando a recessão econômica em 2020.<sup>21</sup> Para garantir o sigilo das falas, os imigrantes dos países de “renda alta” foram identificados como “IRA”, os dos países de “renda média alta”, como “IMA” e os dos países de “renda média baixa e de renda baixa”, como “IMB”. Por observar o crescente aumento das migrações humanas Sul-Sul para o Brasil, inclusive no Nordeste

brasileiro, também se realizou a distribuição dos imigrantes nos seguintes grupos para análise: “imigrantes de países da América Latina” (IAL) e “imigrantes de outros países” (IOP).

O método aplicado para recrutar e entrevistar os imigrantes foi o “bola de neve”.<sup>22</sup> As organizações não governamentais (ONGs), associações religiosas, centros comunitários, serviços de saúde pública e as próprias redes de contatos dos imigrantes estiveram envolvidas no processo de recrutamento e identificação.

A coleta de dados ocorreu entre março de 2019 e abril de 2021, em ambiente domiciliar ou nas ONGs e associações de migrantes. As entrevistas foram realizadas por dois entrevistadores, devidamente treinados, com atendimento às normas de biossegurança e, a depender da necessidade, com auxílio de intérprete da língua estrangeira. Os sujeitos entrevistados foram contactados por telefone ou pessoalmente e convidados a participarem da pesquisa.

Os imigrantes internacionais incluídos no estudo foram de primeira geração, com idade  $\geq 18$  anos e que falam/têm uma boa compreensão de, pelo menos, um dos idiomas do estudo (português, espanhol ou inglês). Foram excluídos do estudo imigrantes que informaram ser turistas (dois indivíduos). Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, com 22 questões, auto aplicado, elaborado pelos autores em estudo correlato à temática<sup>17,23,24</sup> e ao instrumento validado do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2013) a respeito do perfil sociodemográfico e migratório (situação no Brasil, sexo, idade atual, tempo de permanência (meses), estado civil, fluência no português (autojulgada), escolaridade, situação trabalhista e renda mensal). Também foram investigadas as condições de saúde, considerando a percepção do estado de saúde (bom, muito bom, nem bom e nem ruim, ruim e muito ruim) antes e após a migração, o diagnóstico clínico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e as práticas de cuidados dos imigrantes (os serviços solicitados ao chegarem no Brasil e o tempo de busca, assim como o serviço utilizado nos últimos 12 meses, sem a necessidade de informar o fator temporal e os motivos para utilização). O instrumento de coleta de dados foi submetido à validação interna do roteiro por meio da aplicação a 2,3% dos imigrantes, de diferentes nacionalidades, os quais não foram incluídos na amostra, com o intuito de evitar interpretações dúbias, dúvidas e alcançar o objetivo proposto.

As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25,0. O intervalo de confiança utilizado foi padronizado em 95%, para apresentar significância estatística ( $p < 0,05$ ). Utilizou-se o Teste Mann-Whitney para as variáveis não paramétricas, enquanto que, para as variáveis paramétricas, foi utilizado o Teste t de Student. Para as variáveis numéricas agrupadas, aquelas divididas em grupos, a partir de nacionalidade ou gênero, ou para teste de normalidade, para verificação da parametria, utilizou-se o Teste Kolmogorov-Smirnoff com correção de Lilliefors. Para as variáveis com mais de dois grupos, foi utilizado o Teste Não Paramétrico Kruskal-Wallis.

Para as variáveis categóricas, com a condição de grupos acerca do acesso à saúde e das condições de saúde, foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher. Para avaliar a probabilidade entre os grupos, foi utilizado o *Odds Ratio*. Foi utilizado também o índice de Kappa, com o intuito de avaliar a força de concordância entre a reflexão dos imigrantes acerca da própria saúde antes e após a migração, seguindo a escala de interpretação do valor de Kappa.<sup>25</sup>

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer 3.022.267 e CAAE 96051318.5.0000.5371.

## RESULTADOS

Dos 214 imigrantes encontrados, devido à recusa ou retorno ao país de origem, houve perda (20/9,7% homens e 9/4,6% mulheres), finalizando uma amostra populacional de 186 imigrantes entrevistados, de diferentes nacionalidades.

Os dados apresentados partiram da hipótese de independência (sem diferenças estatísticas) entre renda *per capita* do país de origem e demais variáveis. Nas condições sociodemográficas (Tabela 1), foi possível observar dependência entre grupos de países. Observa-se que o grupo IMB se destaca por serem indivíduos mais jovens, com menor tempo de permanência no Brasil, os quais têm ensino fundamental, exercem atividade laboral sem carteira de trabalho assinada e possuem renda de até um salário mínimo, contrapondo com os demais grupos, principalmente o grupo IRA ( $p < 0,05$ ). Apesar de outras variáveis não apresentarem significância entre grupos, os IMB também possuem uma maior limitação quanto ao idioma português, com predominância na fluência entre média e baixa, inclusive não falantes, além de muitos estarem desempregados.

Quanto ao diagnóstico de DCNTs, observou-se independência entre grupos de países tanto por renda ( $p = 0,433$ ) quanto por localização ( $p = 0,071$ ). Contudo, dos que confirmaram haver, diferiu significativamente ( $p = 0,004$ ) para os imigrantes dos países de renda média (IRM) com comorbidades gastrointestinais (34,8%/8) em relação aos IMB (4,5%/1) e IRA (4,3%/1). Além disso, os IAL apresentam aproximadamente duas vezes mais chances de ter alguma doença diagnosticada, em comparação com os IOP (*Odds Ratio* = 1,891). Não houve significância nas DCNTs entre os grupos IAL e IOP, porém a mais citada foi a hipertensão arterial sistêmica (27,5% - 37,5%, respectivamente). Foi observada independência entre grupos de países por renda e localização quanto à limitação de atividades habituais ( $p = 0,685$ ;  $p = 0,574$ , respectivamente) e ao histórico familiar para DCNTs ( $p = 0,298$ ;  $p = 0,427$ , respectivamente).

A autoavaliação sobre o estado de saúde pré-migração diferiu ( $p = 0,003$ ) entre grupos de países de origem, com destaque para a alternativa “bom/muito bom” para os IMA (87,3%) e IRA (82,7%), contrapondo os IMB (65,1%), e “nem bom/nem ruim” para IMB (14,3%), divergindo de IMA (0,0%) e IRA (3,8%). O estado de saúde pós-migração destacou o “bom/muito bom” para o IMB (77,8%) contrapondo os IMA (72,2%) e IRA (67,3%), seguido do “nem bom/nem ruim” para IRA (26,9%) e IMA (23,6%), divergindo do grupo IMB (12,7%), não diferindo entre grupos ( $p = 0,272$ ).

**Tabela 1.** Distribuição das características sociodemográficas, entre grupos de renda *per capita* dos países de origem, dos imigrantes do estudo. 2019-2021, Sergipe.

	Renda do país de origem			p-valor
	Baixa e média baixa (IMB)	Média alta (IMA)	Renda alta (IRA)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Situação no Brasil</b>				
Regular	60 (95,2)	68 (94,4)	52 (100)	0,379 <sup>Q</sup>
Irregular	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	
Refugiado	3 (4,8)	3 (4,2)	0 (0)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	39 (61,9)	45 (62,5)	37 (71,2)	0,537 <sup>Q</sup>
Feminino	24 (38,1)	27 (37,5)	15 (28,8)	
<b>Idade atual</b>				
Mediana em anos (IIQ)	31 (25-45,5)	41 (33,5-50)	45 (32,5-59)	0,002 <sup>K</sup>
<b>Tempo de permanência</b>				
Mediana em meses (IIQ)	30(24-36)	64 (26,5-162)	108 (74-145,5)	0,001 <sup>K</sup>
<b>Estado civil</b>				
Solteiro (a)	26 (41,3)	18 (25)	15 (28,8)	0,399 <sup>Q</sup>
Casado (a)	27 (42,9)	32 (44,4)	24 (46,2)	
União estável	7 (11,1)	16 (22,2)	10 (19,2)	
Divorciado (a)	3 (4,8)	6 (8,3)	3 (5,8)	
<b>Fluência em português</b>				
Alta	10 (15,9)	21 (29,2)	21 (40,4)	0,089 <sup>Q</sup>
Baixa	13 (20,6)	11 (15,3)	6 (11,5)	
Média	37 (58,7)	38 (52,8)	25 (48,1)	
Não falante	3 (4,8)	2 (2,8)	0 (0)	
<b>Escolaridade</b>				
Não alfabetizado e somente alfabetizado	0 (0,0)	6 (8,3)	4 (7,7)	0,021 <sup>Q</sup>
Ensino fundamental e médio	43 (68,3)	31 (43,1)	26 (50,0)	
Ensino superior (graduação e pós-graduação)	20 (31,7)	35 (48,6)	22 (42,3)	
<b>Em relação ao trabalho</b>				
Trabalha atualmente	37 (59,7)	51 (70,8)	35 (67,3)	0,330 <sup>Q</sup>
Desempregado	10 (16,1)	7 (9,7)	3 (5,8)	
Não trabalha por outros motivos*	12 (19,4)	11 (15,3)	8 (15,4)	
Aposentado	3 (4,8)	3 (4,2)	6 (11,5)	
<b>Situação trabalhista</b>				
Carteira de trabalho	12 (32,4)	14 (27,5)	10 (28,6)	0,005 <sup>Q</sup>
Sem carteira de trabalho	10 (27,0)	6 (11,8)	1 (2,9)	
Autônomo	14 (37,8)	27 (52,9)	15 (42,9)	
Empregador	1 (2,7)	4 (7,8)	9 (25,7)	
<b>Rendimento mensal</b>				
Até 1 salário mínimo	19 (33,9)	11 (17,5)	3 (6,3)	0,005 <sup>Q</sup>
> 1 a 3 salários mínimos	24 (42,9)	19 (30,2)	18 (37,5)	
> 3 salários mínimos	5 (8,9)	17 (27,0)	14 (29,1)	
Prefiro não declarar	8 (14,3)	16 (25,4)	13 (27,1)	
Não tem rendimento*	10 (17,2)	11 (19,0)	6(14,6)	

Legenda: n – frequência absoluta; % – frequência relativa percentual; IIQ – intervalo interquartil; Q – Teste do Qui-Quadrado de Pearson; K – Teste de Kruskal-Wallis.

Notou-se que há concordância moderada e significativa ( $Kappa > 0,3$ ;  $p = 0,001$ ) nas percepções de saúde pré-migratórias e atuais, distribuídas por renda *per capita* do país de origem. IMA alegaram o estado de saúde “bom/muito bom” no período de pré-migração (87,3%). Já no pós-migração, houve uma redução de 21,6% para a mesma alegação e um acréscimo aproximado de 10% para “ruim/muito ruim” (de 12,6% para 22,5%), ( $Kappa 0,41$ ;  $p = 0,001$ ). A maioria dos IRA (77,7%) afirmou estar com o estado de saúde, no período pré-migração, como “bom/muito bom”. Contudo, houve uma redução no período pós-migração, de 12,6% em “bom/muito bom” e aumento de 8% para afirmação de “ruim/muito ruim” (de 8% para 20,6%) ( $Kappa 0,34$ ;  $p = 0,001$ ). Os IMB, no período pré-migração, afirmaram estar com o estado de saúde “bom/muito bom” (82,6%), com uma redução no período pós-migração de 8%, todavia com acréscimo 13,6% para “ruim/muito ruim” (de 13,4% para 27,0%) ( $Kappa 0,34$ ;  $p = 0,001$ ).

Ao relacionar a autoavaliação pós-migração com a idade, observa-se diferir significativamente ( $p = 0,004$ ) para aqueles que afirmaram ter um estado de saúde “bom/muito bom”, mediana de 36,5 anos (IIQ: 29-48 anos), com aqueles que alegaram “ruim/muito ruim”, mediana de 53 anos de idade (IIQ: 38-66 anos). Quanto ao tempo de permanência no Brasil, a diferença estatística ( $p = 0,005$ ) está entre aqueles que afirmaram ter um estado de saúde “bom/muito bom”, mediana de 44 meses (IIQ: 24-114 meses), com os que alegaram “nem bom/nem ruim”, mediana de 120 meses (IIQ: 54-312 meses). Nota-se que, quanto mais elevada for a idade e mais elevado for o tempo de permanência, pior sua autoavaliação de saúde física e mental. Ademais, todos os imigrantes que alegaram, em sua autoavaliação, “ruim/muito ruim”, pós-migração, fizeram uso do serviço de saúde nos últimos 12 meses ( $p = 0,045$ ).

Imigrantes com idade maior foram os que mais utilizaram os serviços de saúde nos últimos 12 meses, com mediana de 41 anos (IIQ: 18-80 anos), enquanto os que não utilizaram possuíam mediana de 34 anos (IIQ: 18-70 anos) ( $p = 0,005$ ). Isso ocorre da mesma forma, para aqueles com maior tempo de permanência ( $p = 0,016$ ), com mediana de 72 meses (IIQ: 6-564 meses), para os que utilizaram o serviço de saúde, com mediana de 36 meses (IIQ: 6-528 meses) e para os que não utilizaram. Além disso, os imigrantes mais velhos em idade apresentaram significância ( $p = 0,005$ ) para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, com mediana de idade 55 anos (IIQ: 27-74), enquanto para os que não possuem essa DCNT, a mediana foi de 45 anos (IIQ: 21-79), independente dos grupos de renda de países.

Na Tabela 2, observou-se que o SUS brasileiro foi o mais utilizado pelos imigrantes ao chegarem no Brasil ( $p = 0,001$ ), com destaque ao IMB (91,5%). Os IMB demonstraram buscar o serviço de saúde mais precocemente, mediana de 3 meses, enquanto os demais grupos tiveram mediana de 12 meses para buscar algum tipo de serviço. Quanto à utilização nos últimos 12 meses, o SUS foi o mais utilizado pelo IMB ( $p = 0,031$ ), enquanto a maioria dos grupos IRA e IMA utilizou o serviço particular ( $p = 0,016$ ). Os motivos de utilização mostraram não diferir entre grupos, sendo o principal motivo consulta de acompanhamento ou de

rotina. Em relação aos tipos de serviços de saúde frequentemente utilizados, desde a sua chegada no estado de Sergipe, algumas variáveis apresentaram dependência entre países, como Unidade Básica de Saúde (UBS) ( $p = 0,001$ ), com destaque para o IMB, e consultório ou clínica privada ( $p = 0,002$ ), principalmente para o IAR (Tabela 2).

Saber encontrar a UBS do bairro apresentou diferença estatística entre grupos ( $p = 0,014$ ), destacando-se o IMB (85,7%) e o IMA (86,1%). Vale frisar que 14 imigrantes disseram não ter utilizado nenhum sistema de saúde, não havendo dependência da situação no Brasil ( $p = 0,137$ ). Contudo, nota-se que existe dependência do não uso de sistemas de saúde tradicionais e idas à farmácia ( $p = 0,001$ ).

Os IAL buscaram os serviços de saúde em cerca de seis meses de permanência em Aracaju, enquanto os IOP esperaram até um ano ( $p = 0,005$ ). No que concerne à utilização nos últimos 12 meses, os IAL utilizaram mais o SUS (72,2%,  $p = 0,038$ ), enquanto os IOP fizeram uso de serviços particulares (66%,  $p = 0,013$ ). Os IAL apresentaram duas vezes mais chances de uso ( $Odds Ratio = 2,281$ ) do SUS, em relação aos IOP. Ao observar os locais de acesso à saúde desde a sua chegada em Sergipe, houve diferença estatística para os IAL em relação às UBS ( $p = 0,038$ ), e, para os IOP, clínica privada ( $p = 0,013$ ), enquanto que, nos demais tipos de serviços, os grupos se mostraram independentes. Os IOP tinham duas vezes mais chances de usar clínicas particulares ( $Odds Ratio = 2,635$ ) e emergência de hospital privado ( $Odds Ratio = 1,553$ ), enquanto os IAL tinham três vezes mais chances de usar a UBS ( $Odds Ratio = 3,182$ ) e aproximadamente duas vezes mais chances de usar emergência de hospital público ( $Odds Ratio = 1,583$ ).

## DISCUSSÃO

O fenômeno migratório é um determinante independente da saúde que interage com outros fatores socioeconômicos e culturais.<sup>23,24</sup> Revisões sistemáticas apontam que a relação entre as condições sociodemográficas e a saúde é mais acentuada para os migrantes do que para a população nativa,<sup>26,27</sup> visto que situações precárias de vida e trabalho, limitação no idioma do país receptor, etnia, escolaridade e falta de familiarização com o sistema de saúde, por ser recém-chegados, podem gerar limitações e diferenças no uso dos serviços de cuidados à saúde, contribuindo para o aumento de efeitos deletérios ao estado de saúde física e mental do imigrante,<sup>28-30</sup> o que reforça o olhar quanto aos riscos de saúde do grupo IMB.

Em relação às DCNTs, não diferiram entre os grupos de países por renda *per capita*, exceto a gastrointestinal, mas os IAL possuem aproximadamente duas vezes mais chances de ter alguma DCNT, sendo a mais citada a hipertensão arterial sistêmica, assim como para os indivíduos mais velhos do estudo, independentemente do grupo de países. Achados do presente estudo também apontam que as mudanças de percepção em relação às condições de saúde pós-migração estão associadas à idade e ao tempo de permanência, e corroborando outros estudos,<sup>12,22,30</sup> inclusive para surgimento de doenças crônicas.<sup>31,32</sup>

**Tabela 2.** Distribuição das respostas dos imigrantes sobre o uso dos serviços de saúde, de acordo com a renda per capita do país de origem, 2019-2021, Sergipe.

Variáveis	Renda do país			p-valor
	Baixa e média baixa (IOP)	Média alta (IRM)	Renda alta (IAR)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sistema de saúde utilizado pela primeira vez no Brasil</b>				
Público	54 (91,5)	44 (67,7)	28 (57,1)	<0,001 <sup>q</sup>
Privado	5 (8,5)	21 (32,3)	21 (42,9)	
<b>Tempo para busca no primeiro acesso ao serviço de saúde</b>				
Mediana em meses (IIQ)	3 (0-72)	12 (0-240)	12 (0-240)	<0,001 <sup>k</sup>
<b>Serviço de saúde utilizado nos últimos 12 meses</b>				
Público	38 (80,9)	33 (60,0)	24 (57,1)	0,031 <sup>q</sup>
Particular	17 (36,2)	28 (50,9)	28 (66,7)	0,016 <sup>q</sup>
<b>Motivos de utilização dos serviços nos últimos 12 meses</b>				
Consulta de acompanhamento ou de rotina	35 (74,5)	40 (72,7)	30 (71,4)	0,940 <sup>q</sup>
Realização de exames complementares de diagnóstico	30 (65,2)	30 (55,6)	28 (66,7)	0,463 <sup>q</sup>
Consulta de saúde infantil e vacinação	7 (15,2)	5 (9,3)	5 (11,9)	0,658 <sup>q</sup>
Urgência e emergência	14 (30,4)	17 (31,5)	12 (28,6)	0,953 <sup>q</sup>
Outros*	9 (19,6)	9 (16,4)	10 (23,8)	0,658 <sup>q</sup>
<b>Serviços de saúde buscados pelos imigrantes (sem fator temporal)</b>				
Farmácia	23 (36,5)	35 (48,6)	27 (51,9)	0,205 <sup>q</sup>
Unidade Básica de Saúde	39 (61,9)	36 (50)	13 (25)	<0,001 <sup>q</sup>
Consultório particular ou clínica privada	16 (25,4)	29 (40,3)	31 (59,6)	0,002 <sup>q</sup>
Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	5 (7,9)	14 (19,4)	9 (17,3)	0,150 <sup>q</sup>
Pronto-socorro ou emergência de hospital público	17 (27)	13 (18,1)	12 (23,1)	0,467 <sup>q</sup>
Outro serviço***	6 (9,5)	5 (6,9)	4 (7,7)	0,893 <sup>q</sup>

\*Outros: ambulatório, consultório odontológico, fisioterapia, cirurgia; \*\*alguns imigrantes utilizaram os dois serviços de saúde; \*\*\*outros: ambulatório; IIQ – intervalo interquartil.

Os imigrantes adentram o país receptor com melhores condições de saúde do que a população não migrante, o denominado “efeito do migrante saudável”.<sup>12,30,33</sup> Entretanto, com o passar dos anos no país receptor, a saúde dos imigrantes se deteriora e pode se tornar semelhante à da população receptora, em razão do reflexo do processo de aculturação e de hábitos comportamentais negativos e fatores socioeconômicos.<sup>32</sup> Estudo realizado na Austrália sobre a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como sobrepeso/obesidade e tabagismo, evidenciou que os imigrantes asiáticos eram menos suscetíveis a tais comorbidades, porém houve uma interligação com a lacuna de aculturação.<sup>34</sup> Em cenário brasileiro, na cidade de São Paulo, as condições de vida e de trabalho de imigrantes

bolivianos determinaram o perfil de doenças específicas e crônicas, como distúrbios respiratórios, dermatológicos e gastrointestinais.<sup>35</sup> Nota-se que, além da combinação genética para condições crônicas, o seu desenvolvimento é somado a hábitos de vida e fatores ambientais durante o processo de aculturação, o que pode acarretar possíveis limitações físicas e demanda para os serviços de saúde brasileiros.

Observou-se que, no período pré-migratório, o grupo de IMB, em Sergipe, teve uma percepção sobre a condição de saúde “bom/muito bom” menor, comparada com os demais grupos, mas houve uma melhoria na percepção de saúde no período pós-migratório. Alguns indivíduos continuaram no mesmo estado de reflexão, ao comparar sua saúde entre os períodos. Todavia,

outros mudaram sua opinião para “ruim/muito ruim,” de forma significativa, fato que pode ser justificado pela idade e pelo tempo de permanência no país receptor.

O grupo IAL é composto por 70% de imigrantes da Venezuela, cujo país tem enfrentado uma profunda crise humanitária, resultando no êxodo em massa de venezuelanos para os países fronteiriços, como o Brasil, a fim de escapar dos problemas socioeconômicos, políticos e da ausência de cuidados com a saúde,<sup>36</sup> que foram agravados durante a pandemia de COVID-19,<sup>37</sup> repercutindo em sua auto avaliação pré-migração.

Apesar de o SUS ser a principal porta de entrada para a APS, por meio das Unidades de Saúde da Família, para a população migratória em território brasileiro,<sup>38</sup> aspecto também ressaltado no presente estudo, o sistema público enfrenta dificuldades na equidade do acesso na dimensão socioeconômica, organizacional e na relação profissional e paciente.<sup>15,39</sup> Nos diversos países que garantem o acesso à saúde constitucionalmente aos imigrantes, historicamente, isso não reflete uma assistência de saúde de qualidade e livre de barreiras,<sup>17</sup> o que pode repercutir na busca por uma assistência complementar/alternativa, por não ter as suas expectativas atendidas,<sup>40</sup> além de fragilidades nos cuidados ao imigrante, principalmente àqueles de países de renda baixa e média baixa, diante de um maior uso do serviço público, em razão de sua vulnerabilidade social, apontada no presente estudo.

Autores apontam que os padrões de utilização dos serviços de saúde no país receptor podem ser influenciados pelo país de origem, pois as crenças em saúde, a experiência anterior de doença e os cuidados de saúde variam de acordo com as diferentes origens, o que pode explicar os padrões de escolha de serviços de saúde por grupos de países, principalmente de alta renda, do presente estudo.<sup>24</sup> Imigrantes bengaleses residentes no Paraná/Brasil demonstram acessar os serviços de APS muito mais pela sua habilidade de adaptação do que pela capacidade dos trabalhadores de ofertarem uma assistência, de acordo com as suas necessidades.<sup>41</sup> Estudo espanhol aponta que imigrantes com maior renda tendem a optar por usar serviços privados, por esses oferecerem maior conforto e acesso mais rápido.<sup>42</sup> Tais discussões que justificam a busca por serviços alternativos/complementares para assistência de saúde, principalmente imigrantes dos países de alta renda.

Ao tratar do serviço de emergência, esse foi apontado como segundo local buscado em estudo com imigrantes haitianos no Brasil,<sup>23</sup> corroborando o presente estudo. Estudo de revisão sistemática europeu evidenciou que, apesar de os imigrantes fazerem menor uso de atendimento especializado e maior uso de atendimento de emergência, isso não reflete necessariamente em uma população insalubre que precisa de atendimento de emergência, mas, sim, que pode haver barreiras para acessar serviços de saúde mais adequados nos países receptores.<sup>43</sup>

Um crescente corpo da literatura científica aponta que os imigrantes enfrentam barreiras individuais, socioculturais, econômicas, administrativas e políticas ao usar os serviços de saúde, que limitam a capacidade de receber cuidados.<sup>16,17,28,29,39,41</sup> Tal fato pode justificar uma ida significativa à farmácia dos 14 imigrantes

do estudo sergipano que não utilizaram os serviços de saúde desde a sua chegada. Estudo com imigrantes latino-americanos na Flórida (EUA) verificou traço de continuidade cultural advindo do país de origem para automedicação somada à falta de acesso ao sistema formal de saúde, contribuindo para a alta prevalência de automedicação.<sup>44</sup> Em países que têm um sistema de saúde com necessidades estruturais, a ida à farmácia representa a primeira opção procurada para resolver problemas de saúde. No entanto, torna-se prejudicial, ao mascarar diagnósticos na fase inicial da doença, além da não adesão às orientações médicas e de saúde.<sup>45</sup>

Faz-se necessário ressaltar que houveram limitações importantes, neste estudo, em virtude das dificuldades enfrentadas em relação aos imigrantes, principalmente em decorrência das fragilidades das comunidades migratórias estabelecidas no estado e da ausência de completude de informações sobre o paciente imigrante através dos principais sistemas de informação em saúde do SUS, como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI). Ademais, nota-se que tal investigação é relevante para o país, visto que objetiva traçar o perfil da utilização de serviços por esta população, além de poder ser usado para o processo de conhecimento interdisciplinar de estratégias e aprimoramentos das políticas públicas de acolhimento ao imigrante paciente e os cuidados locais para proteção e promoção da saúde, ao considerar as vulnerabilidades impostas pela situação migratória.

## CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente estudo buscou conhecer o perfil de utilização dos serviços de saúde e os fatores associados, dentre os *clusters* migratórios, por meio de dados primários. Baseado nos resultados, notaram-se diferenças significativas dentro dos subgrupos de imigrantes, principalmente em termos dos seus padrões de utilização. O SUS foi o serviço mais buscado, com destaque para os imigrantes de países de renda baixa e média baixa, justamente por ser o grupo com maior vulnerabilidade social, conseqüentemente, apresentando uma maior dependência por esse serviço. Observam-se mudanças na busca por serviço alternativo, setor privado, ligadas ao *status* socioeconômico (renda) e ao país de origem, destacando os imigrantes de países de renda alta. Os presentes fatos reiteram que, além da cultura, o *status* socioeconômico molda as estratégias dos imigrantes para conduzir os serviços de saúde no país receptor.

O setor de saúde farmácia foi apontado como principal para busca de cuidados por aqueles que não utilizaram o serviço de saúde no Brasil. Em relação às DCNTs, observou-se que os imigrantes de origem latina apresentam maior chance de desenvolvê-las, enquanto os IRM têm comorbidades gastrointestinais de modo significativo, que podem estar ligadas não apenas ao fator genético, mas ao processo de aculturação. Como esperado, a idade e o tempo de permanência do imigrante no Brasil levam

a uma maior proporção de utilização dos serviços de saúde e morbidade crônica.

A partir dos resultados, foi possível extrair algumas implicações para a prática. Primeiro, refere-se à valorização e necessidade da competência transcultural na assistência de cuidados pelos profissionais e gestores da saúde, perante a inserção da diversidade de crenças, valores e práticas que podem interferir no processo saúde-doença. Nesse sentido, ressaltar a necessidade dos profissionais de saúde, para a criação de estratégias efetivas, como o compartilhamento de experiências relacionadas ao cuidado com a saúde, com o intuito da mitigação de dúvidas e limitações no acesso aos serviços de saúde pelo paciente imigrante, dando destaque ao SUS, objetiva garantir que o direito à saúde seja efetivado e assegurado.

Por se tratar de um estudo pioneiro no estado de Sergipe, abre-se um leque para outras indagações e investigações sobre as possíveis barreiras e os determinantes no acesso aos cuidados de saúde pelo paciente imigrante, sobretudo na atenção básica ao Nordeste brasileiro, a fim de possibilitar o aprimoramento das políticas públicas de saúde e até a criação de estratégias que direcionem assistência a este grupo populacional.

## FINANCIAMENTO

O estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe (FAPITEC/SE) – Edital FAPITEC/SE/FUNTEC/CNPq nº 07/2017, concedido a Cláudia Moura de Melo.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Herifranía Tourinho Aragão. Cláudia Moura de Melo.

Coleta ou produção dos dados. Herifranía Tourinho Aragão. Millena Luize de Lima Oliveira. Jessy Tawanne Santana.

Análise de dados. Alef Nascimento Menezes. Rubens Riscala Madi.

Interpretação dos resultados. Herifranía Tourinho Aragão. Rubens Riscala Madi.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Herifranía Tourinho Aragão. Millena Luize de Lima Oliveira. Jessy Tawanne Santana. Rubens Riscala Madi. Cláudia Moura de Melo.

Aprovação da versão final do artigo. Herifranía Tourinho Aragão. Millena Luize de Lima Oliveira. Jessy Tawanne Santana. Rubens Riscala Madi. Cláudia Moura de Melo.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Herifranía Tourinho Aragão. Alef Nascimento Menezes. Millena Luize de Lima Oliveira. Jessy Tawanne Santana. Rubens Riscala Madi. Cláudia Moura de Melo.

Concepção da proposta do estudo, aquisição dos dados, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Herifranía

Tourinho Aragão. Millena Luize de Lima Oliveira. Jessy Tawanne Santana. Rubens Riscala Madi. Cláudia Moura de Melo.

## EDITOR ASSOCIADO

Maria Catarina Salvador da Motta 

## EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

## REFERÊNCIAS

1. Leite JC, Uemura J, Siqueira F, organizadores. O eclipse do progressismo: a esquerda latino-americana em debate. São Paulo: Elefante; 2018.
2. Granja L, Villarreal M. Mercosur migrante: enfoques y evolución del tratamiento de la movilidad humana em el Mercosur. Tercero Milénio [Internet]. 2017; [citado 2022 abr 1];8:49-78. Disponível em: <https://revistaterceiromilenio.uenf.br/ind>
3. Baeninger R, Demétrio NB, Domeniconi J, Queiroz SN, Silvana CC, Zuben CV et al. Atlas temático: migrações internacionais, região nordeste. In: Universidade Estadual de Campinas, organizador. Observatório das Migrações em São Paulo e Observatório das Migrações no Estado do Ceará. Campinas: NEPO/UNICAMP; 2019 [citado 2022 abr 1]. Disponível em: [https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/\\_atlasnordeste.php](https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/_atlasnordeste.php)
4. Queiroz SN, Baeninger R. Migrações internacionais no século XXI: tendências e características da dinâmica migratória para o Nordeste brasileiro. In: Baptista DMT, Magalhães LFA, organizadores. Migrações em expansão no mundo em crise [Internet]. 1ª ed. São Paulo: EDUC, Editora da PUC-SP; 2020. p. 213-51 [citado 2022 abr 1]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/343182040\\_Migracoes\\_internacionais\\_no\\_seculo\\_XXI\\_tendencias\\_e\\_caracteristicas\\_da\\_dinamica\\_migratoria\\_para\\_o\\_Nordeste\\_brasileiro](https://www.researchgate.net/publication/343182040_Migracoes_internacionais_no_seculo_XXI_tendencias_e_caracteristicas_da_dinamica_migratoria_para_o_Nordeste_brasileiro)
5. Silva CC, Anunciação CS, Barbosa CF. Venezuelanos no Nordeste: Reflexões sobre o perfil dos imigrantes e o acolhimento social e jurídico. In: Baeninger R, Silva JCJ, organizadores. Migrações Venezuelanas [Internet]. Campinas: NEPO/UNICAMP; 2018 [citado 2022 abr 1]. Disponível em: [https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig\\_venezuelanas/migracoes\\_venezuelanas.pdf](https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig_venezuelanas/migracoes_venezuelanas.pdf)
6. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saude Soc. 2018;27(1):26-36. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170870>.
7. Goldberg A, Martin D, Silveira C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. Interface Comunicacao Saude Educ. 2015;19(53):229-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0194>.
8. Galina VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees. Interface. 2017;21(61):297-308. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>.
9. Beiser M, Hou F. Chronic health conditions, labour market participation and resource consumption among immigrant and native-born residents of Canada. Int J Public Health. 2014;59(3):541-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-014-0544-z>. PMID:24504154.
10. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? Int J Epidemiol. 2007;36(6):1214-21. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dym214>. PMID:17971388.
11. Kawada T. Self-rated health and life prognosis. Arch Med Res. 2003;34(4):343-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0188-4409\(03\)00052-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0188-4409(03)00052-3). PMID:12957533.
12. Lommel LL, Chen JL. The relationship between self-rated health and acculturation in hispanic and asian adult immigrants: a systematic review. J Immigr Minor Health. 2016;18(2):468-78. <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-015-0208-y>. PMID:25894534.
13. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BR). Artigo 196. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 5 out



- 1988 [citado 17 ago 2021]. Disponível em: <https://constituicao.stf.jus.br/dispositivo/cf-88-parte-1-titulo-8-capitulo-2-secao-2-artigo-196>
14. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 (BR). Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 25 maio 2017 [citado 17 ago 2021]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>
  15. Nascimento LC, Viegas SMF, Menezes C, Roquini GR, Santos TRO. SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2020;30(03):1-17. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300330>.
  16. Diaz E, Calderón-Larrañaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu L-A. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health*. 2015;25(1):72-8. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku123>. PMID:25085475.
  17. Zapata GP, Prieto Rosas V. Structural and contingent inequalities: the impact of Covid-19 on migrant and refugee populations in South America. *Bull Lat Am Res*. 2020;39(S1):16-22. <http://dx.doi.org/10.1111/blr.13181>.
  18. Ennes MA, Morato R, Santos CF. Dois olhares sobre a migração internacional no Nordeste brasileiro. *Cad CERU*. 2020;31(2):232-48. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2595-2536.v31i2p232-248>.
  19. Cavalcanti L, Oliveira T, Macêdo M, Pereda L. Resumo executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal [Internet]. Brasília: Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Cordonação Geral de Imigração Laboral; 2019 [citado 17 ago 2021]. Disponível em: [https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes-obmigra/RESUMO%20EXECUTIVO%20\\_%202019.pdf](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes-obmigra/RESUMO%20EXECUTIVO%20_%202019.pdf)
  20. The World Bank. World Bank country and leading groups [Internet]. 2021 [citado 17 ago 2021]. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906159-world-bank-country-and-leading-groups>
  21. Prado M. Venezuela: 96,2% da população vive na pobreza e 79,3% estão em situação extrema [Internet]. 2021 [citado 17 ago 2021]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/venezuela-96-2-da-populacao-vivem-na-pobreza-e-79-3-estao-em-situacao-extrema/33>
  22. Vogt WP. Dictionary of statistics and methodology: a non-technical guide for the social sciences. 3th ed. London: Sage; 2005. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412983907>.
  23. Alves JFS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(12):4677-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.32242017>.
  24. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:207. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>. PMID:18840290.
  25. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 1995.
  26. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, Mckee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235-45. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8). PMID:23541058.
  27. Uiters E, Devillé W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:76. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-9-76>. PMID:19426567.
  28. Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2018;17:160. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0876-z>. PMID:30382861.
  29. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salméon A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J et al. Migrant's and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020;20:1039. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>. PMID:32605605.
  30. Starker A, Hovener C, Rommel A. Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study 'German health interview and examination survey for adults (DEGS1)'. *Arch Public Health*. 2021;79(1):86. <http://dx.doi.org/10.1186/s13690-021-00609-0>. PMID:34030735.
  31. Laberge M, Leclerc M. Immigration factors and potentially avoidable hospitalizations in Canada. *SSM Popul Health*. 2019;7:100336. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.100336>. PMID:30581968.
  32. Creatore AI, Moineddin R, Booth G, Manuel DH, DesMeules M, McDermott S et al. Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ*. 2010;182(8):781-9. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091551>. PMID:20403889.
  33. Pandey M, Kamrul R, Michaels CR, McCarron M. Perceptions of mental health and utilization of mental health services among new immigrants in Canada: a qualitative study. *Community Ment Health J*. 2022;58(2):394-404. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-021-00886-7>. PMID:34047862.
  34. Guo S, Lucas RM, Joshy G, Banks E. Cardiovascular disease risk factor profiles of 263,356 older Australians according to region of birth and acculturation, with a focus on migrants born in Asia. *PLoS One*. 2015;10(2):e0115627. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0115627>. PMID:25695771.
  35. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en tallerestextiles clandestinos de Buenos Aires. *Cuad Antropol Soc [Internet]*. 2014; [citado 2022 abr 1];39:91-114. Disponível em: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2014000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2014000100004&lng=es&nrm=iso)
  36. Grillet ME, Hernández-Villena JV, Llewellyn MS, Paniz-Mondolfi AE, Tami A, Vincenti-Gonzalez MF et al. Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(5):e149-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30757-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30757-6). PMID:30799251.
  37. Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(5):547-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0). PMID:32311323.
  38. Guerra K, Ventura M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na interpretação regional dos países. *Cad Saude Colet*. 2017;25(1):123-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010185>.
  39. Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Torres MEM. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface*. 2020;24(2):e190807. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190807>.
  40. Herrero-Arias R, Diaz E. A qualitative study on the experiences of southern European immigrant parents navigating the Norwegian health care system. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):42. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-021-01384-8>. PMID:33478515.
  41. 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 Saude Publica*. 2020;36(8):1-12. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00087019>. PMID:32813795.
  42. Dalmau-Bueno A, García-Altés A, Vela E, Clèries M, Pérez CV, Argimon JM. Frequency of health-care service use and severity of illness in undocumented migrants in Catalonia, Spain: a population-based, cross-sectional study. *Lancet Planet Health*. 2021;5(5):e286-96. [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00036-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00036-X). PMID:33964238.
  43. Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018;28(1):61-73. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckx057>. PMID:28510652.
  44. Sánchez J. Self-medication practices among a sample of Latino migrant workers in South Florida. *Public Health Front*. 2014;2:108. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2014.00108>. PMID:25140297.
  45. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol TSD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2016;50(Supl. 2):1s-12s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006117>. PMID:27982373.