Esc Anna Nery 2025;29:e20240076

CC BY

PESQUISA

www.scielo.br/EAN

Interação entre profissionais da saúde e migrantes internacionais: percepções do atendimento em unidade de emergência

Interaction between health professionals and international migrants: perceptions of care in an emergency unit

Interacción entre profesionales sanitarios y migrantes internacionales: percepciones de atención en unidad de urgencia

Lorena Franco Buzzerio[1]
Nathalie Campana de Souza[1]
Sonia Silva Marcon[1]
Gabriel Zanin Sanguino[1]
Anderson Reis de Sousa[2]
Mayckel da Silva Barreto[1]

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

2. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

Resumo

Objetivo: compreender como profissionais da saúde e migrantes internacionais percebem o atendimento em uma unidade de emergência. **Método**: estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no setor de pronto atendimento de um hospital escola localizado no Sul do Brasil. Participaram nove profissionais da saúde e seis migrantes internacionais. A coleta de dados ocorreu entre agosto e outubro de 2023, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio. Após a transcrição, os dados foram analisados com base no referencial do Interacionismo Simbólico, utilizando a análise temática proposta por Braun e Clarke, com o apoio do software ATLAS.ti. **Resultados**: três temas foram identificados: "Aspectos positivos percebidos durante o atendimento", "Dificuldades percebidas durante o atendimento" e "Estratégias utilizadas para efetivar a interação social e o atendimento". **Considerações finais e implicações para a prática**: as interações estabelecidas entre os participantes, no contexto do pronto atendimento, são simbolicamente construídas por meio de percepções positivas e negativas. Essas interações ocorrem em um ambiente que frequentemente dificulta a comunicação, a interação e o respeito à cultura do outro. Ainda assim, tanto migrantes quanto profissionais adotam estratégias que viabilizam e fortalecem o atendimento.

Palavras-chave: Imigrantes; Interacionismo Simbólico; Pesquisa Qualitativa; Profissionais da Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

Abstract

Objective: to understand how health professionals and international migrants perceive care in an emergency unit. **Method**: This is a descriptive, qualitative study conducted in the emergency department of a teaching hospital in southern Brazil. Nine health professionals and six international migrants participated. Data were collected between August and October 2023 through semi-structured, audio-recorded interviews. After transcription, the data were analyzed based on Symbolic Interactionism, using thematic analysis as proposed by Braun and Clarke, with the support of ATLAS.ti software. **Results**: three main themes were identified: "Positive aspects perceived during care," "Difficulties perceived during care," and "Strategies used to support social interaction and care delivery." **Final considerations and implications for practice**: the interactions between health professionals and migrants in emergency settings carry both positive and negative meanings. These interactions take place in a context that often hinders communication, connection, and cultural respect. Even so, both professionals and migrants use different strategies to make care possible and more effective.

Keywords: Emergency Medical Services; Health Professionals; Immigrants; Qualitative Research; Symbolic Interactionism.

Resumen

Objetivo: comprender cómo los profesionales de la salud y los migrantes internacionales perciben la atención en una unidad de emergencia. **Método**: estudio cualitativo, de tipo descriptivo, realizado en el servicio de emergencias de un hospital universitario en el sur de Brasil. Participaron nueve profesionales de la salud y seis migrantes internacionales. Los datos se recolectaron entre agosto y octubre de 2023 mediante entrevistas semiestructuradas grabadas en audio. Tras la transcripción, los datos se analizaron con base en el Interaccionismo Simbólico, utilizando el análisis temático propuesto por Braun y Clarke, con el apoyo del software ATLAS.ti. **Resultados**: se identificaron tres temas principales: "Aspectos positivos percibidos durante la atención", "Dificultades percibidas durante la atención" y "Estrategias utilizadas para favorecer la interacción social y la prestación del cuidado". **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica**: las interacciones entre profesionales de la salud y migrantes en contextos de emergencia presentan tanto significados positivos como negativos. Estas interacciones ocurren en un entorno que, a menudo, dificulta la comunicación, la conexión y el respeto cultural. Aun así, tanto profesionales como migrantes emplean distintas estrategias para hacer posible y más efectiva la atención.

Palabras clave: Inmigrantes; Interaccionismo Simbólico; Investigación Cualitativa; Profesionales de la Salud; Servicios Medical de Urgencia.

Autor correspondente:
Lorena Franco Buzzerio.
E-mail: lorenabuzzerio@yahoo.com.br

Recebido em 15/08/2024.
Aprovado em 21/03/2025.

DOI:https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0076pt

INTRODUÇÃO

Em 2022, os fluxos migratórios globais somaram cerca de 400 milhões de pessoas deslocadas, segundo dados da Organização Internacional para as Migrações (OIM). Isso significa que, naquele ano, uma em cada 30 pessoas era migrante, seja em âmbito nacional ou internacional.[1] Considera-se "migrante internacional" a pessoa que atravessou as fronteiras de seu país de origem, independentemente do motivo. Esse grupo inclui imigrantes, refugiados e apátridas, todos reconhecidos como sujeitos de direitos. Dessa forma, a migração deve ser compreendida como um fenômeno humano e social complexo, que pode gerar diferentes formas de vulnerabilidade.[2]

Nas últimas décadas, diversas situações têm intensificado os fluxos migratórios. Entre elas, destacam-se: desastres naturais, mudanças climáticas, crises políticas e econômicas graves, perseguições religiosas, busca por melhores condições de educação, saúde e segurança, impactos sociais da pandemia de COVID-19 e guerras.[3] Um exemplo atual é o conflito entre Rússia e Ucrânia, que ainda contabiliza cerca de 6,5 milhões de pessoas em busca de proteção internacional na condição de refugiados.[4] Além disso, observa-se uma escalada da violência contra populações migrantes e um aumento das dificuldades enfrentadas ao longo do processo migratório. Em 2023, pelo menos 8.565 pessoas morreram em rotas migratórias ao redor do mundo — o maior número já registrado até hoje.[1]

Nesse cenário global, o Brasil tem se consolidado como um importante país de destino, especialmente para migrantes vindos da América Latina. Dados da Polícia Federal indicam que, nos últimos dez anos, foram registradas cerca de 1,2 milhão de solicitações de residência — um número dez vezes maior do que o observado em 2013.[5] Em 2023, foram registrados quase 25 mil pedidos de emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) em todo o país. No mesmo ano, no Paraná — quarto estado brasileiro que mais recebe migrantes internacionais — foram contabilizadas aproximadamente 6 mil solicitações de reconhecimento da condição de refugiado.[6]

Sabe-se que populações migrantes internacionais estão mais expostas a fatores de risco — tanto anteriores quanto atuais — que podem comprometer a saúde física e mental. Isso ocorre, sobretudo, em razão da vulnerabilidade social à qual estão sujeitas no país de acolhimento. Entre os principais problemas enfrentados estão: moradia precária, desemprego ou subemprego, insegurança alimentar, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, estresse psicoemocional, desestruturação familiar, barreiras linguísticas, dificuldade de adaptação ao clima, choque cultural e episódios de preconceito ou xenofobia.[7] Esses fatores aumentam a demanda por atendimento em saúde entre migrantes internacionais.

No Brasil, o atendimento em saúde é realizado predominantemente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS oferece assistência gratuita, universal e integral a toda a população, incluindo pessoas não brasileiras que residem ou estejam temporariamente no país.[8] O acesso aos serviços ocorre por diferentes portas de entrada, organizadas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, por diversos motivos — como a maior facilidade de acesso devido ao horário de funcionamento, a necessidade de cuidados imediatos, acidentes de trabalho ou a busca por soluções com base no modelo biomédico — os migrantes internacionais têm recorrido com mais frequência à Rede de Atenção às Urgências (RAU).[9] A RAU inclui serviços como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais porta de entrada e hospitais de referência, o SAMU 192 e, em alguns casos, as Unidades Básicas de Saúde (UBS).[8] Em todos esses serviços, ocorrem interações simbólicas entre profissionais de saúde e migrantes durante o processo de atendimento.

Estudos qualitativos[9-11] e revisões de literatura[12,13] mostram que, tanto na América Latina quanto na Europa, as experiências de profissionais de saúde e migrantes durante o atendimento são influenciadas por fatores em múltiplos níveis. Em um contexto mais amplo, esses fatores incluem as vulnerabilidades específicas da população migrante e o modelo de atenção à saúde adotado. Em um nível mais próximo da prática, destacam-se a falta de formação profissional em competências culturais, as barreiras de comunicação e a presença de xenofobia. Como consequência, quase nunca ocorre uma interação social positiva entre os envolvidos. Também são raras as reflexões críticas que considerem as necessidades individuais, culturais e socioeconômicas dos migrantes. Por isso, a relação entre profissionais e migrantes tende a ser conflituosa, assimétrica e ineficaz na resolução de demandas e problemas de saúde.[13]

Especificamente no contexto dos atendimentos de urgência, a variedade de casos e o ambiente altamente estressor em que atuam os profissionais podem impactar negativamente na qualidade da assistência prestada. Nesse cenário, os migrantes frequentemente se deparam com equipes despreparadas para oferecer um cuidado linguística e culturalmente competente. Isso dificulta o atendimento adequado às suas necessidades e demandas de saúde, o que, por sua vez, amplia suas situações de vulnerabilidade.[9] Um exemplo recorrente é a comunicação ineficaz causada pela barreira linguística. Essa dificuldade pode impedir a compreensão completa da queixa do paciente, comprometendo a oferta de um cuidado integral e resolutivo.

Entretanto, é importante destacar que, nos serviços de urgência, as investigações sobre o tema ainda são escassas. Quando ocorrem, costumam abordar separadamente os profissionais de saúde[9,14] ou os migrantes.[10] Ainda não há uma análise mais ampla e aprofundada sobre como se constrói a relação entre esses dois grupos e de que forma essa interação influencia o modo como simbolicamente atribuem significado ao atendimento em saúde no contexto emergencial. Dessa forma, este estudo contribui para o avanço do conhecimento científico ao propor uma análise comparativa e complementar, baseada na perspectiva de ambos os atores sociais envolvidos no atendimento de urgência.

Este estudo teve como objetivo compreender como profissionais da saúde e migrantes internacionais percebem o atendimento em unidades de emergência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Os principais aspectos metodológicos foram descritos com base na ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).[15]

O referencial teórico adotado foi o interacionismo simbólico (IS), que permite compreender como os indivíduos interpretam objetos e pessoas com as quais interagem. Esse processo de interpretação orienta o comportamento individual em situações específicas.[16]

Esse referencial propõe o estudo da interação social entre as pessoas, buscando compreender os significados subjetivos e o entendimento individual. Para isso, baseia-se em quatro conceitos centrais: i) símbolo: aquilo que representa algo e adquire significado com base na interpretação pessoal e na interação com o outro; ii) *self:* corresponde ao ego ou à própria pessoa, conferindo ao indivíduo a capacidade de agir socialmente; iii) mente: funciona como um veículo de interpretação das atitudes alheias nas relações sociais, permitindo a reflexão e o planejamento de ações; iv) sociedade: composta por indivíduos que interagem entre si.[16]

A escolha do IS como referencial teórico beneficiou a presente pesquisa, considerando a pluralidade sociocultural entre os participantes. Essa abordagem permitiu compreender, de forma simbólica, como a interação social entre os sujeitos era orientada por conceitos individuais e coletivos relacionados ao atendimento em saúde no contexto da emergência.

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário de médio porte, localizado na região Sul do Brasil. Esse hospital atua tanto como serviço referenciado quanto como porta de entrada para atendimentos. No setor de urgência, os usuários são acolhidos e classificados conforme o nível de risco, para então serem atendidos ou encaminhados. O hospital está situado na sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná, que abrange 30 municípios. Especificamente, o serviço de emergência conta com 132 profissionais da saúde. Desses, 103 são médicos plantonistas — incluindo clínicos, cirurgiões, pediatras, obstetras e ginecologistas — que, em sua maioria, apresentam carga horária reduzida (até 36 h mensais). Além deles, atuam 29 enfermeiros. A estrutura física do setor inclui 24 leitos de observação, oito leitos de internação, quatro de cuidados semi-intensivos e seis leitos destinados a atendimentos de emergência.

Os critérios de inclusão para os profissionais foram: ser médico ou enfermeiro, atuar no setor de urgência e emergência e relatar já ter atendido migrantes internacionais nesse serviço. Para os migrantes, os critérios foram i) ter nacionalidade não brasileira; ii) ser maior de 18 anos; iii) residir no Brasil; iv) ter recebido atendimento na unidade de saúde onde o estudo foi realizado. Foram excluídos migrantes que não falassem português, espanhol ou inglês — os idiomas dominados pela pesquisadora principal.

Além dos participantes incluídos na pesquisa, outros dez profissionais — oito médicos e duas enfermeiras — foram convidados, mas recusaram-se a participar. A principal justificativa apresentada foi a falta de familiaridade com o tema, embora todos atendessem a população migrante. Outros cinco profissionais demonstraram interesse em participar, mas não mantiveram contato com a pesquisadora após o primeiro contato. Com relação aos migrantes, nove pessoas que atendiam aos critérios de inclusão foram abordadas, mas também recusaram participar, sem informar o motivo.

Destaca-se que a amostragem foi realizada por conveniência de acesso. A pesquisadora principal convidou profissionais da saúde e migrantes que estavam presentes no setor em diferentes turnos de atendimento — manhã, tarde e noite. A partir de busca ativa diária, os profissionais eram abordados durante o expediente. Os migrantes, por sua vez, eram convidados após o atendimento em saúde e a estabilização do quadro clínico inicial.

Embora conhecesse o setor onde o estudo foi realizado — por ter atuado anteriormente como residente em urgência e emergência na área da enfermagem — a pesquisadora principal não possuía qualquer relação prévia com os participantes entrevistados. Destaca-se, ainda, que ela tinha experiência prévia na coleta e análise de dados qualitativos em contextos emergenciais e foi diretamente supervisionada por um pesquisador sênior do grupo.

As entrevistas foram realizadas entre agosto e outubro de 2023, de forma presencial, uma única vez com cada participante. Elas ocorreram em uma sala reservada dentro do próprio setor hospitalar. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio na íntegra, transcritas e, quando necessário, traduzidas para o português. Cada entrevista teve duração média de 25 min.

Utilizou-se um instrumento semiestruturado composto por duas partes. A primeira consistia na caracterização dos participantes, e a segunda continha perguntas norteadoras relacionadas à temática do estudo. Para os profissionais da saúde, as questões abordavam o atendimento a pessoas migrantes, incluindo possíveis dificuldades na efetivação do cuidado e estratégias utilizadas para facilitar o atendimento. Para os migrantes, as perguntas tratavam da percepção sobre a assistência recebida no setor, incluindo dúvidas, dificuldades e estratégias adotadas para tornar o atendimento possível.

As entrevistas foram transcritas e analisadas pela pesquisadora principal com o apoio do software ATLAS.ti, utilizando o referencial metodológico da Análise Temática (AT) proposta por Braun e Clarke.[17] A análise seguiu seis fases, organizadas em um processo não linear: i) familiarização com os dados: realizada por meio de leituras flutuantes e intensivas; ii) geração de códigos iniciais: retomaram-se as principais proposições do estudo, e, a partir das falas dos entrevistados, identificaram-se aspectos significativos, aos quais foram atribuídos códigos; iii) busca por temas: os códigos foram agrupados com base em semelhanças semânticas e organizados por cores, dando origem aos temas iniciais; iv) revisão dos temas: os temas foram reavaliados para identificar aproximações e possíveis fusões; v) definição e nomeação dos temas; vi) produção do relatório final da pesquisa. Foram gerados 22 códigos iniciais, que se repetiram 364 vezes ao longo do material. Esses códigos foram organizados para compor três temas principais.

As entrevistas foram realizadas até o alcance da saturação dos dados. Com o apoio do IS como referencial analítico, foi possível identificar pontos de aproximação entre as experiências relatadas. Após nove entrevistas com profissionais da saúde e seis com migrantes, os depoimentos começaram a se repetir, os temas estavam suficientemente desenvolvidos e os objetivos da pesquisa haviam sido atingidos.[18]

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o parecer nº 6.014.601, conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos participantes, os profissionais foram identificados com o código "Profissional E" seguido de um número, atribuído de forma aleatória. Os migrantes foram codificados como "Migrante I", também seguidos por números aleatórios. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias de igual teor.

RESULTADOS

Foram entrevistados 15 participantes: nove profissionais da saúde e seis migrantes. Entre os profissionais, oito eram enfermeiros e um era médico. Havia dois homens e seis mulheres, com idades entre 25 e 59 anos. O tempo de atuação profissional variou de 2 a 35 anos, enquanto o tempo de experiência na área da emergência variou de 2 a 10 anos.

Entre os migrantes, havia três mulheres, com idades de 22, 35 e 54 anos, e três homens, com idades de 23, 25 e 34 anos. As nacionalidades dos participantes foram: dois da Venezuela, um do Haiti, um da Guiné Equatorial, um do Paraguai e um da República Democrática do Congo. Quatro entrevistas foram realizadas em português e duas em espanhol. Todas foram transcritas integralmente e, quando necessário, traduzidas para o português.

Dois migrantes estavam regularmente empregados: um atuava como operador de máquinas no setor alimentício e outro trabalhava como mecânico. Um terceiro era motoboy para aplicativos de entrega, mas estava afastado das atividades devido a problemas de saúde. Outros dois participantes eram estudantes de graduação. Um dos migrantes não possuía vínculo empregatício ou educacional no Brasil. O tempo de residência no país variou entre 2 semanas e 7 anos. Metade dos entrevistados relatou ter vindo ao Brasil acompanhada da família. Todos afirmaram ter escolhido o Brasil em busca de melhores condições de vida.

Aspectos positivos percebidos durante o atendimento

É no atendimento em saúde nos serviços de emergência que se estabelece a interação social entre profissionais e migrantes. De modo geral, os migrantes interpretaram o atendimento recebido como adequado, especialmente quando percebiam um cuidado mais próximo, um processo comunicacional eficiente e a tentativa dos profissionais de atender suas demandas individuais. Essa percepção envolvia a articulação entre mente e self durante a experiência do cuidado.

> *O atendimento é bom. Eles deixaram o meu colega entrar comigo, para ajudar na comunicação, já que estou aprendendo o português ainda, achei isso bom, porque me ajudou a me comunicar melhor e também a entender mais as informações deles* (Migrante I6).

> *O atendimento aqui no hospital é bom, posso entender o que me dizem. Bom, entendo mais ou menos a doutora, e os outros profissionais que vem. O que não entendo, eu pergunto* (Migrante I2).

> *Toda hora tem enfermeiro, as pessoas vêm aqui conversar comigo, tudo está certo, tudo legal* (Migrante I1).

> *O atendimento não é ruim, no meu país não tem assim um lugar completamente gratuito que você pode ir e ser atendido assim com todas essas coisas que eu tive. Mas, é claro que ninguém gosta de ficar doente, ainda mais em um país diferente do seu, onde você não conhece ninguém, já chegar e já ficar doente é muito ruim* (Migrante I5).

Alguns profissionais também relataram buscar, durante a interação com os migrantes, uma postura mais empática. Isso se refletia em práticas de cuidado mais humanizadas. Essa perspectiva foi confirmada pelos próprios migrantes, que, ao compararem suas experiências anteriores com a vivida no Brasil, atribuíram um novo significado ao atendimento em saúde recebido.

> *Essa questão dos imigrantes, às vezes, preocupa mesmo, dá vontade de ajudar eles, a gente tenta se colocar no lugar, eu me colocar no lugar 'como é estar em outro país?', eu imagino que seja bem difícil a adaptação, então tento me colocar no lugar deles e prestar o melhor atendimento possível* (Profissional E6).

> *Ele teve que ficar com ela mesmo sendo proibido permanecer* [acompanhante] *na sala de emergência na idade dela. Acabamos deixando, para a gente conseguir fazer o atendimento de uma forma mais humanizada* (Profissional E5).

> *Uma vez aconteceu na Colômbia, precisei de atendimento médico e esqueci o documento, brigaram comigo 'você sai sem documento?', e depois perguntaram meu nome para me atender. Aqui não, só pediu meu nome e data de nascimento, pronto, já me pediram para guardar, aqui você vê um cuidado mais humano* (Migrante I3).

Dificuldades percebidas durante o atendimento

Além das percepções positivas, foi possível identificar uma certa ambiguidade — ou até um paradoxo — nos significados atribuídos e nas relações sociais estabelecidas entre profissionais

da saúde e migrantes no contexto da emergência. Muitos profissionais, influenciados por seus próprios valores pessoais e culturais, construídos nas interações com a sociedade em que vivem, acabavam estigmatizando os migrantes e os motivos que os levavam a buscar atendimento. Em alguns casos, associavam a frequência dos atendimentos emergenciais à própria condição de migração.

> *Quando eles chegam aqui, eles são considerados como aqueles que vem pegar atestado. Então, às vezes, eu sinto um pouco de negligência, tanto da parte médica, como da enfermagem, já que eles são meio que 'figurinha tarimbada', dizem que o imigrante só vem atrás de atestado* (Profissional E4).
>
> *Tem bastante* [migrante internacional], *muito mesmo. Sempre vem para a emergência, acidente de trabalho e gestantes são os mais comuns. E depois, como as mães imigrantes já conhecem nosso serviço, vêm as crianças. Porque a gestante já acompanha aqui e quando ganha bebê, os filhos vêm aqui, já fazem as consultas de emergência, muito mais fácil para elas* (Profissional E1).

Entre as características que interferiam na interação social, destacou-se a dificuldade de comunicação. A diferença de idiomas foi frequentemente mencionada como a principal barreira para o estabelecimento de um atendimento eficiente e acolhedor. Nesse contexto, os migrantes percebiam a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais e, muitas vezes, demandavam explicações repetidas durante o atendimento.

> *A dificuldade que temos é a de conversar mesmo. Alguns entendem o que a gente fala, mas tem alguns que não entendem, aí a gente fica sem saber o que eles falam e sem saber se ele entendeu mesmo o que a gente falou. E geralmente, esse pessoal vem sempre sozinho não tem familiar e a gente acaba tendo essa dificuldade* (Profissional E2).
>
> *Houve muitos momentos que eu não entendia bem o que eles* [profissionais de saúde] *falaram, era rápido demais, alguns com pouca paciência, daí ficava meio sem eu entender o que eles estavam falando para mim* (Migrante I).

Além disso, os profissionais da saúde perceberam que as diferenças culturais — resultantes das distintas sociedades de origem — influenciavam o processo de interação social. Essa influência impactava negativamente a forma como o atendimento emergencial se concretizava, afetando também a interpretação das orientações e condutas transmitidas aos migrantes internacionais.

> *E quando tem criança também é muito complicado, porque para as mães haitianas os costumes diferentes são os dos brasileiros. Então, às vezes, elas podem ser mal interpretadas aqui no serviço pelas condutas que elas tomam ou pela forma como elas cuidam* (Profissional E7).
>
> [Pacientes migrantes] *não gostam muito do toque, a gente tenta conversar, com mais aproximação. O diálogo é o principal, mas tem essa questão que para você chegar no paciente, você tem que ir falando com ele, porque dá para ver que ele não gosta que você encoste nele* (Profissional E6).
>
> *Tem umas questões mais culturais delas* [migrantes], *que às vezes é difícil a gente explicar, que tem que puncionar, medicar, que tem que ser assim* (...) *E mesmo, às vezes, usando o tradutor ou mímicas, é muito difícil se fazer entender. Eu acho que às vezes o atendimento fica prejudicado* (Profissional E8).

Outro fator que dificultava a interação foi destacado pelos profissionais da saúde: além das características próprias dos serviços de emergência, que limitam uma escuta qualificada, os participantes relataram a ausência de atividades de educação continuada voltadas à temática da imigração. Segundo eles, ações formativas poderiam contribuir para moldar o *self* dos profissionais e impactar diretamente a forma como se dão as interações e o cuidado prestado.

> *Pronto Socorro é sempre um desafio, muitas coisas acontecem ao mesmo tempo, é difícil parar para escutar qualquer paciente com maior atenção* (Profissional E9).
>
> *Que eu me recorde não houve nenhuma formação sobre o tema. Nunca tive uma atividade exclusiva a esse tema da imigração, daí agimos como achamos que está bom* (Profissional E5).

Outro ponto levantado por alguns profissionais foi a dificuldade que os migrantes apresentavam em compreender os cuidados preventivos em saúde e o funcionamento do sistema de saúde brasileiro. Essa limitação acabava por colocá-los em uma situação de maior vulnerabilidade.

> (...) *a maioria das gestantes que são imigrantes é alto risco, e muitas vezes, algumas vem já em trabalho de parto, sem acompanhamento de pré-natal, e isso é um fator muito preocupante. Elas não conhecem o que o sistema de saúde oferece* (Profissional E7).
>
> (...) *bem complicado a gente explicar a parte de referência e contrarreferência. Já é difícil para a população que mora aqui a vida toda entender, não sabem como funciona o SUS, para eles* [migrantes] *eu acho bem mais difícil* (Profissional E8).
>
> *Eu acho que a maioria é leiga, não entende muito bem e só segue o fluxo. Chega aqui passa no acolhimento, passa no atendimento e tudo, mas não sabe ao certo*

como que é esse fluxo, só vai seguindo sem entender (Profissional E5).

Estratégias utilizadas para efetivar a interação social e o atendimento

Os profissionais relataram o uso de diferentes estratégias durante os atendimentos, com o objetivo de oferecer um cuidado de maior qualidade aos migrantes. No entanto, ao refletirem sobre suas próprias condutas (*self*), interpretaram simbolicamente que havia incertezas quanto à efetividade das técnicas aplicadas. Essa percepção gerava sentimento de frustração.

> *Tem coisa que você fica explicando, você fica fazendo gestos para a pessoa entender e, às vezes, você fica repetindo, repetindo para ver se eles conseguem compreender. Mas eu acho que eles saem daqui sem entender 100% do que a gente falou, isso é frustrante* (Profissional E1).
>
> *A gente atende assim mesmo, a gente vai atrás da assistente social, vê se tem algum familiar que entenda o que eles falam e só. Aí depois, se não tem ninguém, a gente atende assim mesmo tentando entender, falar em gestos* (Profissional E2).

Com frequência, os profissionais buscavam estratégias para viabilizar o processo interacional e comunicacional com os migrantes. Entre essas ações, destacaram-se: envolver outro profissional que dominasse o idioma, permitir a presença de um familiar ou acompanhante e validar as informações repassadas ao indivíduo. No entanto, essas estratégias nem sempre atingiam o efeito desejado. Em alguns casos, por exemplo, os familiares não conseguiam expressar de forma precisa a experiência de adoecimento do paciente, o que limitava a efetividade do atendimento.

> *A maior problemática que temos é essa barreira linguística, porque, às vezes, eles estão desacompanhados, às vezes estão acompanhados, mas a pessoa que está junto não sabe relatar direito o que a outra pessoa está sentindo* (Profissional E4).
>
> *Teve duas vezes que pedi para ligar para o meu colega, daí o médico falou com ele em português e ele me traduziu em francês no telefone. Só assim entendi que eu já estava de alta do hospital e que podia ir embora, porque meus exames já tinham melhorado* (Migrante I6).
>
> *Eles entendem somente o básico, são pacientes que a gente tem que dar uma atenção maior, as orientações e informações tem que ser validadas, para ver se, de fato, o paciente entendeu* (Profissional E5).

Apesar da barreira linguística, os profissionais relataram maior facilidade na realização do exame físico e na interpretação da comunicação não verbal durante o atendimento. De forma semelhante, os migrantes, em suas tentativas de se fazerem entender, utilizavam uma fala mais pausada e gestos, atribuindo simbolicamente sentido a essas estratégias.

> *No exame físico é um pouco mais fácil, a gente consegue gesticular na forma como você vai palpar ou fazer alguma coisa diferente e dá para você ver a expressão facial da pessoa* (Profissional E3).
>
> *Falo devagar, falo por gestos. Por exemplo, quando vou falar 'eu preciso' aponto para mim mesmo e a pessoa vai me entender* (Migrante I3).

Os profissionais também afirmaram que a presença de familiares durante o atendimento facilita a comunicação, já que, em muitos casos, alguém da família compreende ou fala português. Do ponto de vista dos migrantes, a presença de familiares foi considerada um aspecto positivo, tanto durante o atendimento quanto em sua vida pessoal no país de acolhimento.

> *Sempre pedem e a gente deixa entrar o acompanhante que fala mais português, que fale alguma coisa para facilitar a comunicação* (Profissional E7).
>
> (...) *ela* [filha] *entende e fala, mas eu mesma não consigo falar, ela trabalha com o público então é mais fácil"* (Migrante I2).

O uso de símbolos e de ferramentas paralelas ao atendimento foi descrito pelos profissionais da saúde como uma estratégia para tentar estabelecer uma interação social mais efetiva com os migrantes.

> *Para atender então tivemos que apelar para a internet, para vídeos, usar manequim, escrever e fazer mímica* (Profissional E8).
>
> *Tinha um aplicativo que eles conversavam e acabava traduzindo* (Profissional E2).
>
> *Sempre quando eu precisava conversar com algum haitiano ou africano, eu tinha o contato de um colega e ele tinha conhecimento de várias línguas eu pedia para ele fazer algumas perguntas, via telefone mesmo e ele ia fazendo as perguntas, o que facilitava a conversação* (Profissional E3).

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo contribuem para compreender que as percepções sobre o atendimento e a interação entre os atores sociais no contexto da emergência são marcadas tanto por aspectos positivos quanto negativos. Essa interação ocorre em um ambiente que, frequentemente, dificulta a comunicação, a troca simbólica e o respeito à cultura do outro. Ainda assim, tanto migrantes quanto profissionais desenvolvem e utilizam

estratégias que possibilitam — e, em muitos casos, fortalecem — a realização do atendimento.

Um estudo realizado com mulheres migrantes no puerpério destacou que o acolhimento nos serviços de saúde foi caracterizado de forma positiva pelas participantes.[19] A humanização do cuidado contribui para aproximar o usuário do profissional, fortalecendo o vínculo entre ambos e otimizando o cuidado durante e após o atendimento. Por outro lado, diferentes estudos já demonstraram que migrantes internacionais frequentemente relatam medo, insegurança e falta de suporte assistencial. Esses fatores dificultam o acesso e a permanência nos serviços de saúde.[13,19,20]

Migrantes e profissionais apresentam percepções simbólicas e socialmente construídas que, muitas vezes, divergem quanto à receptividade do sistema de saúde. Em alguns casos, os atendimentos são marcados por empatia e acolhimento; em outros, por situações de preconceito, negligência e xenofobia. Essa dualidade na percepção dos migrantes sobre o atendimento recebido também foi observada em uma revisão de literatura que analisou estudos realizados em 14 países europeus.[13] A forma como o migrante é tratado durante o atendimento pode influenciar diretamente o seu processo saúde-doença. Em muitos casos, ele tende a buscar os serviços de saúde apenas diante de situações agudas, ainda que nem sempre sejam emergenciais.[9] Essa realidade contribui para o afastamento do sistema de saúde e ilustra como o usuário pode facilmente se desviar da principal porta de entrada do SUS: a Atenção Primária à Saúde (APS).[21]

No que diz respeito à estereotipagem, migrantes que buscam os serviços de saúde enfrentam diferentes formas de preconceito em todos os níveis de atenção[15] — o que não se configura como um achado exclusivo deste estudo. Diferenças na aparência física, na cultura e no idioma funcionam como barreiras socioculturais que impactam diretamente o acesso e a permanência dos migrantes nos serviços de saúde. Assim, é necessário implementar ações educativas voltadas aos profissionais da saúde, com foco na formação e capacitação para o atendimento qualificado dessa população. Com frequência, os profissionais oferecem respostas imediatas à queixa apresentada, sem aprofundar a assistência. Isso ocorre, em grande parte, devido às barreiras já identificadas.[15] Esse tipo de conduta reforça o modelo médico hegemônico, centrado na doença, que responde apenas à demanda do momento. Ao agir dessa forma, o cuidado desconsidera as causas do adoecimento e ignora os aspectos biopsicossociais e simbólicos do indivíduo em seu contexto.

Entre os aspectos contextuais abordados neste estudo, a falta de educação continuada foi destacada pelos profissionais como uma lacuna importante. É fundamental que a formação acadêmica do profissional de saúde seja ampla e contemple a temática da migração, bem como as especificidades do processo migratório. Essa formação deve incluir conhecimentos sobre o processo saúde-doença, além de estratégias de prevenção e promoção da saúde voltadas a essa população. Um estudo aponta a efetividade do ensino remoto como uma alternativa viável para o desenvolvimento de habilidades entre profissionais da saúde.[22] Metodologias ativas e o aprendizado baseado em equipe, mesmo em formato não presencial, podem ser utilizados para promover esse tipo de formação. Ferramentas como essas contribuem para sensibilizar os profissionais, favorecendo a adesão a práticas de cuidado culturalmente competentes. Além de aumentar a segurança no atendimento a migrantes, essas ações também elevam a satisfação dos usuários.

Os resultados desta pesquisa evidenciam uma série de dificuldades enfrentadas na relação entre profissionais da saúde e pacientes migrantes. Por outro lado, também revelam diversas estratégias utilizadas por ambos os grupos para viabilizar o atendimento. A dificuldade de comunicação foi um dos principais obstáculos apontados, sendo compreendida como um fator que desencadeia outros problemas na interação entre os sujeitos. Pesquisadores já demonstraram que a comunicação ineficaz com migrantes japoneses, durante a hospitalização, impactou negativamente na compreensão do tratamento, na percepção do processo saúde-doença e na relação com a equipe de saúde.[20] Outro estudo mais recente confirma os achados desta pesquisa, ao mostrar que o uso de termos técnicos e a diferença de idiomas dificultam a comunicação entre profissionais e mulheres migrantes durante o parto.[19]

Alarmantemente, situações de dificuldade comunicacional entre profissionais e migrantes internacionais são recorrentes e se manifestam em diferentes setores. Por exemplo, uma pesquisa realizada no sistema judiciário brasileiro mostrou que os profissionais, ao atenderem migrantes, recorriam a terceiros que dominassem determinado idioma, utilizavam tradutores automáticos ou solicitavam que a pessoa retornasse acompanhada de um familiar, amigo ou intérprete para que o atendimento fosse possível.[23] Estudos nacionais[24] e internacionais[25] confirmam que a comunicação deficiente entre profissional e migrante representa uma grande lacuna na interação entre os atores sociais envolvidos no cuidado. Essa falha compromete a integralidade do sistema de saúde e coloca em risco a garantia de acesso por parte da população migrante.

As diferenças culturais entre nativos e migrantes, socialmente construídas e incorporadas ao *self* dos indivíduos, são apontadas como barreiras no processo de cuidado. Muitos migrantes relatam receio de que seus costumes não sejam respeitados durante o atendimento em saúde.[13,19,25] Em todo o mundo, diferentes culturas têm grande significado para os sujeitos que as vivenciam. Por isso, suas crenças devem ser valorizadas e respeitadas. A manutenção de determinados traços culturais pode fortalecer o migrante durante o processo de adaptação e estabelecimento no novo país. Isso facilita a associação e integração à nova cultura.[12]

A família representa uma rede de apoio consistente e, neste estudo, foi identificada como uma estratégia importante para o atendimento aos migrantes — tanto na percepção dos profissionais quanto dos próprios migrantes. Uma pesquisa reforça esses achados, mostrando que migrantes que enfrentam o processo migratório com apoio familiar sentem-se mais fortalecidos pela sensação de pertencimento.[12] Além disso, os familiares

frequentemente atuam como intérpretes, traduzindo ou, ao menos, facilitando o atendimento àqueles que não compreendem ou não falam a língua portuguesa.[22] No entanto, como já apontado em outro estudo,[7] a dificuldade dos profissionais em oferecer um atendimento adequado à pessoa migrante vai além da questão comunicacional.

É preciso ponderar que o atendimento e a interação social perpassam também pelo campo do simbólico ao verificar-se que o toque, necessário para o exame físico, também é uma limitação que se estabelece entre profissional e migrante. Porém, a busca pela comunicação e o uso de ferramentas paralelas tem sido o caminho escolhido por profissionais e migrantes para estabelecer a interação e o cuidado. O uso de aplicativos de tradução, protocolos, mímicas e gestos tem sido meios utilizados para a comunicação quando a linguagem verbal não pode ser estabelecida.[7,9,15] Ainda que pensando no âmbito da APS, destaca-se que a inserção do profissional na comunidade migrante, aproximando essa parcela populacional do tema saúde e promovendo conhecimentos sobre o sistema de saúde brasileiro, podem configurar como possibilidades de aproximar o setor saúde da cultura e das vivências dos migrantes.[26]

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados deste estudo revelaram uma ambiguidade nos significados atribuídos às relações sociais estabelecidas entre profissionais da saúde e migrantes durante o atendimento em unidades de emergência. Na maioria das vezes, os migrantes percebiam o atendimento como adequado, próximo e humanizado. Por outro lado, os profissionais, em algumas situações, estigmatizavam os migrantes e os motivos que os levavam a buscar o serviço. Frequentemente, associavam a recorrência dos atendimentos à própria condição de migração. Além disso, os profissionais destacaram fatores do cenário emergencial que dificultavam uma escuta mais qualificada, como a ausência de atividades de educação continuada voltadas à temática da migração e as barreiras de comunicação.

Diante da necessidade de estabelecer uma interação efetiva entre profissionais e migrantes, diferentes estratégias foram empregadas. Entre elas, destacam-se: a inclusão de outro profissional que dominasse o idioma, a presença de um familiar durante o atendimento, a validação das informações repassadas ao migrante e o uso de ferramentas paralelas, como tradutores online. No entanto, essas estratégias nem sempre atingiam o objetivo esperado. Em alguns casos, por exemplo, os familiares não conseguiam relatar com precisão a experiência de adoecimento do paciente, o que gerava preocupação entre os profissionais.

Diante dos achados, torna-se evidente a necessidade de desenvolver estratégias para melhorar a interação social e o relacionamento entre profissionais da saúde e migrantes. É fundamental que os serviços de emergência contem com políticas institucionais voltadas ao acolhimento adequado dessa população, considerando, por exemplo, a presença continuada da família durante o atendimento. Além disso, estudos de intervenção educativa podem ser desenvolvidos com o objetivo de sensibilizar acadêmicos e profissionais da saúde, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades para a oferta de cuidados culturalmente competentes em unidades de pronto atendimento.

Por fim, destaca-se que este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas refere-se ao fato de as entrevistas com os migrantes terem sido realizadas enquanto ainda estavam no serviço de saúde, o que pode ter contribuído para a baixa adesão à pesquisa. Outra limitação possível está relacionada ao contexto das entrevistas com os profissionais, que ocorreram durante o turno de trabalho. Isso pode ter gerado preocupação com o retorno às atividades laborais, afetando o nível de envolvimento durante a entrevista. Ainda assim, considerando o alcance da saturação dos dados e o objetivo de ampliar o número de participantes, a decisão de realizar a coleta no setor emergencial mostrou-se adequada.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais de saúde e aos pacientes migrantes que participaram desta pesquisa, contribuindo para o avanço do conhecimento científico.

FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu financiamento.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. International Organization for Migration – IOM. About migration: IOM definition of "migrant" [Internet]. Genebra: IOM; 2019 [citado 2024 mar 30]. Disponível em: https://www.iom.int/about-migration
2. Graf S, Rubin M, Assilamehou-Kunz Y, Bianchi M, Carnaghi A, Fasoli F et al. Migrants, asylum seekers, and refugees: different labels for immigrants influence attitudes through perceived benefits in nine countries. Eur J Soc Psychol. 2023;53(5):970-83. http://doi.org/10.1002/ejsp.2947.
3. Oliveira ATR. Os efeitos da Covid-19 nos fluxos imigratórios no Brasil [Internet]. São Paulo: Museu da Imigração; 2022 [citado 2022 jun 17]. Disponível em: https://museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/os-efeitos-da-covid-19-sobre-os-fluxos-imigratorios-no-brasil
4. Agência da ONU para Refugiados – ACNUR. A guerra na Ucrânia entra no terceiro ano, prolongando a incerteza e o deslocamento forçado de milhões de pessoas [Internet]. São Paulo: ACNUR; 2024 [citado 2024 fev 20]. Disponível em: https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/guerra-na-ucrania-entra-no-terceiro-ano-prolongando-incerteza-e-o
5. Cavalcanti L, Oliveira T, Silva SFL. Relatório anual OBMigra 2023. OBMigra 10 anos: pesquisa, dados e contribuições para políticas

[Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2023. (Série Migrações) [citado 2024 mar 30]. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMIGRA_2023/Relat%C3%B3rio%20Anual/Resumo%20Executivo%2005.12%20-%20final.pdf

6. Observatório das Migrações Internacionais – OBMigra. Microdados [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2023 [citado 2024 abr 1]. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/microdados
7. Martin D, Silveira C, Ferraz L, Matsue RY. Migração e refúgio: temas necessários para o ensino na Enfermagem em tempos de COVID-19. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 2):e20210872. http://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0872. PMid:35674538.
8. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde: sobre o SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2024 abr 1]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus
9. Barreto MS, Nascimento DG, Magini LYZ, Oliveira IL, Vieira VCL, Marcon SS. Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants. Esc Anna Nery. 2019;23(3):e20190003. http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0003.
10. Aizenberg L, Rodríguez ML, Carbonetti A. Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. Migr Int [Internet]. 2015 [citado 2024 abr 1];8(1):65-94. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062015000100003&lng=es&nrm=iso
11. Pizzol ESRD, Barreto MS, Figueiredo MDCAB, Gurrutxaga MIU, Padilla FMG, Santos ML et al. Perspectiva de imigrantes sobre a integração pessoal e familiar na sociedade brasileira. Texto Contexto Enferm. 2023;32:e20220226. http://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0226pt.
12. Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: a systematic review. PLoS One. 2020;15(2):e0228378. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378. PMid:32045416.
13. Barreto MS, Wolf I, Souza NC, Buzzerio LF, Vieira VCL, Figueiredo-Barbieri MC et al. Experiences of providers and immigrants/refugees with health care: a meta-synthesis of the latin american context. Can J Nurs Res. 2024;56(2):151-63. http://doi.org/10.1177/08445621231215845. PMid:38641885.
14. 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):e00087019. http://doi.org/10.1590/0102-311x00087019. PMid:32813795.
15. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. http://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631.
16. Blumer H. Symbolic interactionism perspective and method. California: University of California Press; 1986.
17. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Health. 2019;11(4):589-97. http://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806.
18. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica. 2008;24(1):17-27. http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003. PMid:18209831.
19. Supimpa LS, Regina S, Prandini NR, Andreatta D, Trigueiro TH, Paviani BA. Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento. Rev Esc Enferm USP. 2023;57(spe):e20220444. PMid:38197678.
20. Chubaci RYS, Merighi MAB. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. Rev. Latino-Am. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(6):805-12. http://doi.org/10.1590/S0104-11692002000600009.
21. Portaria n. 4.279 de 30 de Dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 30 dez 2010 [citado 2024 abr 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
22. Rodrigues ASD, Hernandes RA, Marquez LV, Raimondi GA, Paulino DB. Aprendizagem Baseada em Equipes no ensino remoto da promoção e educação em saúde na medicina. Rev Bras Educ Med. 2023;47(1):e014. http://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20210293.
23. Gorovitz S, Sá LS. A mediação linguística como garantia de direitos no brasil: rumo a políticas institucionais de tradução e interpretação na defensoria pública da união. Trab Linguist Apl. 2022;61(3):679-94. http://doi.org/10.1590/010318138669207v61n32022.
24. Bracons H. Comunicação intercultural nos cuidados de saúde: uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes. Comun Pública. 2020;15(29):1-12. http://doi.org/10.4000/cp.10968.
25. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MCP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. Interface Comunicacao Saude Educ. 2017;21(61):285-96. http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626.
26. Losco LN, Gemma SFB. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. Interface Comunicacao Saude Educ. 2021;25:e200477. http://doi.org/10.1590/interface.200477.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Lorena Franco Buzzerio. Nathalie Campana de Souza. Sonia Silva Marcon. Mayckel da Silva Barreto.

Aquisição de dados. Lorena Franco Buzzerio. Sonia Silva Marcon. Mayckel da Silva Barreto.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Lorena Franco Buzzerio. Nathalie Campana de Souza. Sonia Silva Marcon. Gabriel Zanin Sanguino. Anderson Reis De Sousa. Mayckel da Silva Barreto.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Lorena Franco Buzzerio. Nathalie Campana de Souza. Sonia Silva Marcon. Gabriel Zanin Sanguino. Anderson Reis De Sousa. Mayckel da Silva Barreto.

Aprovação da versão final do artigo. Lorena Franco Buzzerio. Nathalie Campana de Souza. Sonia Silva Marcon. Gabriel Zanin Sanguino. Anderson Reis De Sousa. Mayckel da Silva Barreto.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Lorena Franco Buzzerio. Nathalie Campana de Souza. Sonia Silva Marcon. Gabriel Zanin Sanguino. Anderson Reis De Sousa. Mayckel da Silva Barreto.

EDITOR ASSOCIADO

Rafael Silva

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva