

**RENATO PINHEIRO CONRADO**

**SAÚDE DE IMIGRANTES NO DISTRITO FEDERAL: PERCEPÇÕES SOBRE  
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

**BRASÍLIA, 2023**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**RENATO PINHEIRO CONRADO**

**SAÚDE DE IMIGRANTES NO DISTRITO FEDERAL: PERCEPÇÕES SOBRE  
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Walterlânia Silva Santos

Brasília

2023

Ficha Catalográfica

**RENATO PINHEIRO CONRADO**

**SAÚDE DE IMIGRANTES NO DISTRITO FEDERAL: PERCEPÇÕES SOBRE  
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem  
pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
da Universidade de Brasília.

Aprovado em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Walterlânia Silva Santos (presidente)

Universidade de Brasília (UNB)

Profa. Dra. Mary Lopes Reis

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG)

Profa. Dra. Lúcia Maria de Assunção Barbosa

Universidade de Brasília (UNB)

Prof. Dr. Luciano Ramos de Lima

Universidade de Brasília (UNB)

*Dedico esta dissertação ao meu filho e à minha esposa por todo carinho e amor, à minha família e amigos por sempre acreditarem que eu poderia fazer este sonho se tornar realidade e a minha orientadora pelo carinho e compreensão para me guiar neste trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar meu mais sincero agradecimento a todos os envolvidos nesta jornada acadêmica e, em especial, àqueles que tornaram possível a conclusão desta dissertação de mestrado. Este trabalho representa o resultado de meses de dedicação, esforço e aprendizado, e não poderia ter sido realizado sem o apoio e contribuição de diversas pessoas que estiveram ao meu lado ao longo desse percurso.

Primeiramente, sou imensamente grato à minha orientadora Dra. Walterlânia Silva Santos, pela orientação excepcional, paciência e sabedoria compartilhada ao longo de todo o processo de pesquisa e principalmente pelo seu lado humano e compreensivo. Sua experiência e visão foram fundamentais para moldar esta dissertação e ficará registrada na minha memória como exemplo a ser seguida como docente. Sou profundamente grato por sua orientação ao longo dos últimos anos.

Gostaria também de agradecer aos demais membros da banca examinadora, Dra. Lúcia Maria de Assunção Barbosa, Dra. Mary Lopes e Dr. Luciano Ramos de Lima por dedicarem seu tempo, conhecimento e expertise na avaliação deste trabalho. Suas valiosas contribuições e comentários críticos foram de extrema importância para aprimorar o conteúdo e a qualidade desta dissertação.

Além disso, gostaria de expressar minha gratidão a todos os professores e colegas do programa de mestrado, que compartilharam conhecimentos, ideias e experiências, enriquecendo meu percurso acadêmico. Agradeço também à instituição de ensino pela oportunidade de realizar esta pesquisa, bem como pelo apoio e recursos oferecidos ao longo do meu mestrado.

Não posso deixar de mencionar minha amada esposa Aline Lorena de Sousa Lima Pinheiro e ao meu querido e amado filho Matteo Lima Pinheiro pela compreensão nos momentos mais difíceis, pela paciência quando tive que me ausentar dos momentos em família para estudar e pelo apoio durante todo o processo, que foram fundamentais para a construção desta trajetória. Agradeço também à minha família Maria do Socorro Dias Pinheiro, Antoniel Dias Pinheiro, Helaine Barros Pinheiro, Heilane Barros Pinheiro, Ricardo Dias Pinheiro e Antonio Ariel Dias Pinheiro e também ao meus sogro e sogra Francisco Cordeiro da Costa Lima e Aldeiza de Sousa Lima e

à Divina Oliveira Gouvêa por todo incentivo e apoio incondicional que foram fundamentais em todos os momentos desta jornada. O encorajamento constante e a crença em meu potencial foram motores que impulsionaram minha dedicação e persistência.

Em especial à minha amiga Lyvia Mota da Silva por ter compartilhado este sonho durante a fase de planejamento, execução e encerramento, à Camila da Silva Lopes por ter me incentivado e auxiliado a entrar no programa de mestrado e à Dra. Julliane Messias Cordeiro Sampaio por ter me apresentado o mundo da pesquisa e por ter me incentivado a seguir o caminho acadêmico, registro o meu mais profundo agradecimento.

Por fim, agradeço a todos os participantes da pesquisa, cuja colaboração foi essencial para a coleta de dados e obtenção dos resultados apresentados nesta dissertação. Sem o seu envolvimento, este trabalho não seria possível.

Este momento marca o término de uma etapa e o início de novos desafios. Agradeço sinceramente a todos que estiveram ao meu lado, direta ou indiretamente, contribuindo para o sucesso desta dissertação de mestrado. É com profunda gratidão que encerro este trabalho, esperando ter contribuído de alguma forma para o avanço do conhecimento em minha área de estudo.

Muito obrigado a todos.

*“A vida me ensinou a nunca desistir  
Nem ganhar, nem perder, mas procurar evoluir  
Podem me tirar tudo que tenho  
Só não podem me tirar as coisas boas que eu já fiz pra quem eu amo  
E eu sou feliz e canto, o Universo é uma canção  
E eu vou que vou  
História, nossas histórias  
Dias de luta, dias de glória”  
Charlie Brown Jr*

## RESUMO

**Introdução:** A busca pela compreensão do conceito de saúde é uma preocupação contínua e relevante, especialmente no contexto da imigração, devido às diferenças culturais entre os países. **Objetivo:** Compreender percepções de imigrantes acerca de determinantes sociais em saúde no Distrito Federal. **Método:** Estudo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido com imigrantes residentes no Distrito Federal, por meio de entrevistas realizadas em ambiente digital, realizadas entre dezembro de 2022 e abril de 2023, com sete participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas e o material analisado por meio da técnica de análise de conteúdo à luz dos conceitos de Bardin. A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, sob o parecer Nº 5.317.395. **Resultado e discussão:** Após a transcrição e organização dos dados, foram identificadas as categorias: 1) nacionalidade, religião e idioma; 2) serviços de saúde e comorbidades para o imigrante, 3) hábitos alimentar e de vida para o imigrante no país de destino, 4) sentimentos sobre imigração e o seu impacto na rede social e familiar, 5) condição de vida e moradia na imigração, 6) trabalho e poder aquisitivo para o imigrante no país de destino. Ao analisar os dados, foi possível compreender que os imigrantes apresentam diferentes percepções sobre o que é saúde correlacionando com determinante e condicionantes da saúde, estas diferenças se justificam pela diversidade de culturas e de hábitos de vida. O processo imigratório foi percebido no presente estudo como um fator que pode influenciar no entendimento sobre saúde do imigrante, sendo aspecto a considerar no atendimento a essas pessoas nos serviços de saúde. O enfrentamento de dificuldades pode ser concernente à alimentação, diferente entre países; ao estabelecimento de atividade laboral, salários pagos aos imigrantes, esses valores abaixo da média dos concedidos a um morador nativo; aos desafios para ter acesso à moradia digna; ao acesso de serviços públicos, em especial, de saúde devido às barreiras de linguagem, fatores que complexificam o viver do imigrante na sociedade do Distrito Federal. **Considerações finais:** A nacionalidade e os hábitos culturais dos imigrantes participantes deste estudo se relacionam na sua concepção de saúde e na forma como eles cuidam de sua saúde, especialmente no contexto de se adaptar a um novo país, em que se tem alterações de determinantes sociais da saúde que influenciam diferentemente em suas vidas. As percepções de saúde, incluindo serviços do Sistema Único de Saúde, sob a ótica desses imigrantes apontam para a necessidade de articulações intersetoriais quando se pensa sobre o acolhimento dessas pessoas no Brasil, principalmente, sobre seguridade social, educação, saúde e cultura. É fundamental considerar essas diferenças culturais e promover abordagens sensíveis e culturalmente adequadas nos serviços de saúde para atender às necessidades específicas dos imigrantes.

**Descritores:** Saúde, Determinantes Sociais da Saúde, Emigração e Imigração, Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

**Introduction:** The search to understand the concept of health is an ongoing and relevant concern, especially in the context of the English language, due to cultural differences between countries. **Objective:** Understand the influence of social determinants of health of immigrants in the Federal District. **Method:** Exploratory study with a qualitative approach, developed with immigrants residing in the Federal District, through interviews conducted in a digital environment that totaled 146 minutes, carried out between December 2022 and April 2023, with 7 participants. The interviews were recorded and transcribed and the material analyzed using the technique of content analysis in the light of Bardin's concepts. The research was developed after approval of the study by the Research Ethics Committee of the University of Brasilia, under opinion N°. 5,317,395. **Result and discussion:** After transcribing and organizing the data, the categories were identified: nationality, religion and language, health services and comorbidities for the immigrant, eating and living habits for the immigrant in the country of destination, feelings about immigration and the its impact on the social and family network, living conditions and housing in immigration and work and purchasing power for the immigrant in the country of destination. By analyzing the data, it was possible to understand that immigrants have recorded differences about what health is and what is determined, these differences are justified by the diversity of cultures and lifestyle habits. The immigration process was perceived in the present study as a factor that can influence the immigrant's health in different ways. Through food, which is different between countries, the difficulty of getting a job, facing difficulties when looking for decent housing, the difficulty of accessing public services, especially health care, due to language barriers and also by influence Protects us paid to immigrants, values that are below the average of what is paid to a native resident, a factor that makes it difficult for them to survive in a capitalist society. **Finals Considerations:** The nationality and cultural habits of immigrants have a significant impact on their conception of health and the way they take care of their health, especially when faced with the need to adapt to a new country where the social determinants of health influence differently in their lives. Perceptions of health, including SUS services, from the perspective of these immigrants point to the need for intersectoral articulations when thinking about the reception of these people in Brazil, mainly about social security, education, health and culture. It is critical to consider these cultural differences and to promote sensitive and culturally appropriate approaches in health services to address the specific needs of immigrants.

**Descriptor:** Social Determinants of Health, Health, Emigration and Immigration, Qualitative Research.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**APS-** Atenção primária a saúde;

**CEP-** Comitê de ética em pesquisa;

**CONEP-** Comissão nacional de ética em pesquisa;

**CREAS-** Centro de referência especializado de assistência social;

**DF** – Distrito Federal;

**DSS** – Determinantes sociais de saúde;

**OMS** – Organização mundial da saúde;

**RAS-** Rede de atenção à saúde;

**SUS-** Sistema Único de Saúde;

**TCLE-** Termo de consentimento livre e esclarecido;

**TUIA-** Termo de utilização de imagem e áudio;

**UNB-** Universidade de Brasília;

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Dados sobre a idade, nacionalidade, idioma e sexo. Página 32.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1 ASPETCOS DA IMIGRAÇÃO E O IMIGRANTE NO BRASIL .....	18
1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE .....	20
1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE .....	22
1.4 PRESSUPOSTO DO ESTUDO .....	25
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>27</b>
3.1 TRABALHO DE CAMPO .....	27
3.2 CAMPO DE ESTUDO .....	27
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	28
3.4 COLETA DE DADOS .....	28
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	29
3.6 PRECEITOS ÉTICOS .....	30
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>31</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	31
4.2. ANÁLISE DAS CATEGORIAS .....	32
4.2.1. ACESSO, INFORMAÇÃO E SAÚDE.....	32

4.2.2. RELIGIÃO E IDIOMA NO PROCESSO IMIGRATÓRIO.....	36
4.2.3 ALIMENTAÇÃO E HÁBITOS DE VIDA COMO MEIO DE MANUTENÇÃO DA SAÚDE.....	40
4.2.4 SENTIMENTOS SOBRE IMIGRAÇÃO O SEU IMPACTO NA REDE SOCIAL E FAMILIAR.....	43
4.2.5 CONDIÇÃO DE VIDA E MORADIA NA IMIGRAÇÃO .....	47
4.2.6 TRABALHO E PODER AQUISITIVO PARA O IMIGRANTE NO PAÍS DE DESTINO. ....	50
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>63</b>

## APRESENTAÇÃO

Durante o desenvolvimento de atividades profissionais, como enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, tive a oportunidade de trabalhar com profissionais médicos brasileiros formados no exterior e médicos estrangeiros formados no exterior. Durante as atividades laborais, realizávamos discussão de casos de forma interprofissional -medicina e enfermagem- em busca da melhor conduta frente às necessidades dos pacientes. Nas discussões, abordávamos tanto as condutas terapêuticas medicamentosas e o seguimento de protocolos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como discutíamos também sobre medidas alternativas e não farmacológicas que poderiam ser somadas aos tratamentos já preconizados almejando melhores resultados terapêuticos.

Nas discussões de casos, principalmente o médico estrangeiro formado no exterior, realizava reflexões sobre o contexto social e também sobre os hábitos de vida dos usuários, como aspectos importantes e indispensáveis que deveriam ser considerados, e este fazia de forma bastante enfática. O que despertou mais a atenção deste pesquisador, foi o fato de que, entre suas propostas de cuidado, estavam indicações de chás feitos com plantas medicinais, prescrição de interação social, manutenção de hábitos religiosos e regionais e o encaminhamento para grupos comunitários. Os elementos abordados na prática terapêutica de modo formal me alertaram para sentidos de saúde que podem transcender ao que prescrevíamos até aquele momento, como também enaltecia aspectos que foram vivenciados por mim, nos cuidados de minha mãe, talvez por ter tradições nordestinas.

Ao atender pacientes estrangeiros, pude perceber que alguns não possuíam domínio sobre os medicamentos e as formas terapêuticas que utilizamos comumente no Brasil, a comunicação foi um ponto delicado das consultas, emergiu como um fator que dificultava a transmissão de informação para o usuário, que parecia não entender sobre a implementação dos cuidados que fora orientado, mesmo utilizando técnicas de dupla confirmação de informações e esforçando para rearranjo para linguagem acessível. Somado a esses fatores, pude observar que a forma de viver e de cuidar da saúde possuía algumas diferenças quando comparada ao brasileiro.

Nesse contexto, emergiu o questionamento sobre a concepção de saúde para o imigrante, tendo em vista que povos de localidades diferentes podem apresentar compreensão diferentes do que é saúde, o que pode influenciar na sua forma de cuidado e também na manutenção do processo de saúde-doença.

Para tanto, organizou-se esta dissertação da seguinte forma: Introdução com exposição de revisão de literatura que possibilite entender o itinerário para compreensão da temática; 2) objetivo a ser alcançado com o presente estudo; 3) Método com a descrição das etapas que foram realizadas e as considerações éticas referentes à pesquisa com seres humanos; 4) Resultado e discussão que apresenta os dados obtidos por meio das entrevistas realizadas e a análise dos mesmos de forma a compreender os significados sobre saúde para os participantes desta pesquisa; 5) Considerações e contribuições para a temática a partir deste estudo.

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 ASPETOS DA IMIGRAÇÃO E O IMIGRANTE NO BRASIL**

Sobre a imigração no Brasil, é importante retomar alguns pontos importantes sobre a sua evolução histórica. Inicialmente, houve intenso fluxo de italianos para o Brasil entre os anos de 1884 e 1903 que posteriormente foi superado pela imigração de portugueses, que permaneceu ascendente durante os anos de 1904 a 1933. Contemporâneo a este período, havia também o registro de imigrantes oriundos da Alemanha, Espanha e do Japão. Só que em uma proporção bem menor quando comparados aos italianos e portugueses (INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2000).

Já entre os anos de 1945 e 1959 o Brasil continuou recebendo um número elevado de imigrantes portugueses, seguidos por italianos, espanhóis e alemães. Neste período, no ano de 1950 foi registrado 123.082 imigrantes portugueses, 59.785 italianos, 53.357 espanhóis e 12.204 alemães. No ano de 1955, também foi registrado 28.819 japoneses (INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2000). Esse desembarco histórico mostra que o fluxo migratório sofreu mudanças e atualmente se apresenta de uma forma diferente. Vale ainda, refletir sobre a realidade social no mundo, porque pode haver fatos históricos que contribuam com a decisão de pessoas a migrar para outros países, como por exemplo, guerras.

A imigração global não é um tema recente e tem ganhado destaque na última década pelo aumento deste fenômeno. De acordo com o Alto-Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados, pelo menos 89,3 milhões de pessoas ao redor do mundo foram forçadas a se deslocar do país de origem no final do ano de 2021 em busca de outro destino para residir. O processo migratório em grande escala tem se tornado um desafio para o país anfitrião por questões econômicas, sociais e de saúde que envolve a imigração (UNITED NATIONS HIGH COMMISSION FOR REFUGEES [UNHCR], 2019).

Além dos países Europeus, que têm sido procurados por africanos, asiáticos e árabes, a América também está na rota do fluxo de imigração, tendo Estados Unidos e Canadá como destinos principais. Entretanto, a rigidez das políticas de imigração

nos países mais desenvolvidos faz com que estas pessoas procurem por países emergentes devido a políticas migratórias mais brandas (UNITED NATIONS HIGH COMMISSION FOR REFUGEES [UNHCR], 2019).

Refugiados e imigrantes costumam passar por um processo estressante durante a imigração. Quando oriundos de países em estado de guerra, por exemplo, essa população pode chegar ao país anfitrião com ferimentos traumáticos ou com a saúde mental abalada devido às experiências vivenciadas no seu território natal. Tais condições geram a necessidade de utilização do serviço de saúde do país de destino (UNITED NATIONS HIGH COMMISSION FOR REFUGEES [UNHCR], 2019).

Ao chegar em um novo país, buscar por assistência à saúde se torna uma prioridade, no entanto, acessar o serviço de saúde envolve a superação de barreiras culturais e linguísticas por serem fatores que podem dificultar a comunicação e interação entre pessoas que não falam o mesmo idioma e que não possuem os mesmos costumes culturais (YANAR; KOSNY; SMITH, 2018)

A busca por uma casa ou um lar, se torna outro ponto prioritário para o imigrante quando este chega no seu destino, por não possuir meios para financiar um imóvel ou não atender os requisitos mínimos para alugar um imóvel, como por exemplo, ter um fiador. E mesmo depois de conseguir uma residência, os imigrantes encontram dificuldades de inserção no mercado de trabalho, seja por falta de documentos ou por barreiras culturais e linguísticas que podem dificultar o estabelecimento de vínculo laboral ou pela complexidade de compreender as normas do mercado local, mesmo que tenham formação profissional (YANAR; KOSNY; SMITH, 2018).

No contexto brasileiro, a entrada de imigrantes em capitais e em municípios fronteiriços tem aumentado nos últimos anos devido insegurança social e econômica em países vizinhos, -como a Venezuela-. O Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios da universalidade e da integralidade que permite que os estrangeiros no país tenham o direito à mesma assistência à saúde que os nativos, com destaque para oferta de tratamento para tuberculose e atendimento obstétrico para imigrantes ilegais, contribuiu com a aparição do Brasil no mapa de fluxo migratório (FUJITA et al., 2019).

Com o terremoto no Haiti em 2010 e devido ao acordo firmado entre os governos haitiano e brasileiro em 2012, os haitianos passaram a migrar em massa para o território brasileiro (SÃO PAULO, 2016). O Brasil recebeu 29.107 pedidos de reconhecimento da condição de refugiado no ano de 2021. Deste total, 22.856 foram feitos por pessoas da Venezuela, sendo que 35,8% dos venezuelanos possuíam idade inferior a 15 anos (JUNGER et al., 2022). Devido à perseguição, conflito, violência, violação dos direitos humanos ou por conta de eventos que instabiliza a ordem pública do país, 4,4 milhões de venezuelanos se deslocaram para além de suas fronteiras territoriais em busca de melhores condições socioeconômicas (UNITED NATIONS HIGH COMMISSION FOR REFUGEES [UNHCR], 2019).

O aumento da quantidade da entrada de estrangeiros num país impacta nos diversos setores do Estado, sendo a saúde pública um dos principais. Apesar do SUS, o Brasil tem vivido períodos de crise relacionado ao fluxo migratório (FUJITA et al., 2019). Um exemplo disso foi a notificação e confirmação de casos de sarampo em crianças venezuelanas sem histórico vacinal no estado de Roraima. Apesar de ser uma doença prevenível por vacina – no qual o Brasil já havia recebido o título de erradicação no ano de 2016 – o país voltou a confirmar 9.325 casos em 2018 e 45 casos em 2022. O recrudescimento dos casos dessa doença é vinculado à chegada de imigrantes venezuelanos não vacinados (JUNGER et al., 2022).

Volver o olhar científico para esse tema é crucial para gerir melhor a saúde, de modo a promover direitos humanos e qualidade de vida não apenas aos indivíduos que migram, mas também às sociedades em que eles se inserem.

## **1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE**

A busca pela compreensão do termo saúde acompanha a história da humanidade e se estende até os dias atuais. Na antiguidade, as relações com o mundo natural envolviam deuses e espíritos, e acreditava-se que transgressões com as divindades poderiam resultar na alteração do quadro de saúde de um indivíduo, causando o adoecimento. Posteriormente, ao se distanciar da explicação mágico-religiosa, a medicina hindu e chinesa apresentou outro entendimento, acreditando que a saúde era alcançada por meio do equilíbrio entre os elementos e humores que compõem o organismo humano. Esse pensamento contribuiu para o desenvolvimento

da medicina holística, que acreditava que a saúde poderia ser restabelecida com ações direcionadas ao próprio indivíduo, ao invés de ações voltadas para divindades (HERZLICH, 2004).

Ao buscar um modelo de explicação que não fosse sobrenatural, Hipócrates apresentou um pensamento mais racional e propôs que o equilíbrio entre o homem e o meio em que ele vive pode interferir no processo saúde-doença (HERZLICH, 2004). Ele propôs a existência de quatro fluidos corpóreos, conhecidos como humores: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue e que cada um desses quatro humores corresponde a cada uma das estações do ano sendo o verão como amarela que é quente e seca, o outono como sendo a bile negra por ser fria e seca, inverno como a fleuma por ser fria e úmida, e a primavera como o sangue por ser quente e úmido. Para Hipócrates, esses humores são os princípios elementares da *physis* do homem, que determina a sua higidez ou a sua corrupção (RODRIGUES, 2020).

O homem era visto como uma unidade organizada, e a saúde estava presente no equilíbrio entre esses humores. Tal pensamento corroborou com a ideia dos miasmas, que contribuíram para o entendimento de que o ambiente poderia interferir no estado de saúde de um indivíduo, por manter agentes agressivos ao organismo humano (HERZLICH, 2004).

Já a medicina ocidental, influenciada pelo desenvolvimento do conhecimento na área da mecânica na época, seguiu os preceitos de René Descartes, que não aceitava como verdade nada que não pudesse ser comprovado. O entendimento era que deveria partir do mais simples para o mais complexo, para que fosse possível entender o que causava a doença, passando a tratar o corpo em partes cada vez menores. Nesse entendimento, o homem passou a ser visto como uma máquina, o médico como um mecânico, e a doença como um defeito da máquina. A saúde foi reduzida a um mero funcionamento mecânico capaz de ser reparado, desde que o local do desarranjo fosse localizado e o conserto necessário fosse realizado. François Xavier Bichat apresentou o conceito de saúde como o "silêncio dos órgãos". Já se concebia que o ambiente poderia provocar o adoecimento de um indivíduo (SCLIAR, 2007).

Com o avanço da ciência no final do século XIX, Louis Pasteur identificou, por meio do uso de um microscópio, a existência de microrganismos capazes de causar

doenças. Essa descoberta ficou conhecida como a revolução pasteuriana, que fortaleceu a relação entre o meio ambiente e o indivíduo ao propor a presença de fatores etiológicos oriundos do ambiente capazes de causar enfermidades (SCILIAR, 2007).

Após essas descobertas e proposições, a medicina tropical obteve um grande impulso. Com o aumento de doenças transmissíveis e endêmicas fortemente presentes durante o período colonial, que ameaçava o comércio da época, esse problema contribuiu para que essas doenças fossem estudadas, a fim de preveni-las, identificá-las e tratá-las (SCLiar, 2007).

Em paralelo a esse pensamento, John Snow (1813-1858) deu início aos estudos epidemiológicos ao investigar a distribuição de casos de cólera na Inglaterra, propondo que a causa do adoecimento da população estava relacionada ao consumo de água contaminada de um poço. Com o desenvolvimento dos estudos epidemiológicos, houve uma maior clareza sobre o que poderia causar alterações no quadro de saúde dos indivíduos (SCLiar, 2007).

O conceito sobre saúde ainda não havia sido estabelecido. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 definiu a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Essa definição, conhecida como a definição de saúde da OMS, trouxe uma abordagem mais abrangente, destacando a importância não apenas da ausência de doença, mas também do bem-estar físico, mental e social para uma vida saudável.

### **1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE**

Os autores Dahlgren-Whitehead desenvolveram um modelo de determinantes sociais de saúde (DSS), proposto a partir de um relatório solicitado pela OMS em 1991 que continha políticas e estratégias com foco na equidade em saúde. Sendo então a versão aprimorada deste relatório, Dahlgren-Whitehead mantiveram com os DSS, a linguagem acessível do primeiro relatório, e agregaram os fatores sociais que exercem influência sobre a saúde do indivíduo. Estas informações foram organizadas em um modelo visual (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021).

Desta forma, os DSS possibilitam o desenvolvimento de conhecimento sobre os fatores que determinam a saúde e que poderão ser utilizados para auxiliar no planejamento e criação de políticas públicas de saúde. Consta no modelo visual os aspectos individuais, o estilo de vida, a rede social e comunitária e também as condições socioeconômicas, que são divididas no modelo em camadas de macro e micro determinantes, e que, quando não são garantidos aos indivíduos, a sua desordem é capaz de gerar ou não iniquidades em saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021).

Destaca-se a importância dada por Dahlgren e Whitehead sobre a intersectorialidade e participação social. De forma a garantir os macro e micro determinantes, a intersectorialidade emerge como ferramenta essencial para incluir outros órgãos públicos que desempenhem papel fundamental na equidade em saúde, como por exemplo, os setores da educação, setor de alimentos e agricultura, considerando a influência que esses determinantes exercem sobre a saúde das pessoas. Já a participação social, possibilita a população a participar da construção e fiscalização de políticas públicas que versam sobre os seus interesses, garantindo maior equidade em saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Por esse motivo, os DSS estimulam a olharmos os serviços de saúde por outra perspectiva, não enxergando somente as doenças, mas sim, a complexidade envolvida para se desenvolver saúde no nosso país, buscando soluções para as iniquidades em saúde, por isso, reforça-se a importância da intersectorialidade e participação social (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021).

Relacionando os determinantes sociais de saúde com o conceito de saúde segundo a OMS, ele é definido como um “completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946). A pesquisa intitulada Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, indicou que pelo menos 15,5% da população brasileira sofre de insegurança alimentar grave, o número praticamente dobrou nos últimos dois anos. No âmbito da educação, o estudo “Cenário da Exclusão Escolar no Brasil” – que traz um alerta sobre os impactos da pandemia da Covid-19 na Educação” revelou a falta de acesso à educação de crianças brasileiras em novembro de 2020, atingindo a 5,1 milhões de meninas e meninos sendo que, a maioria dos jovens e crianças que entram nessa estatística, já se encontravam em

uma situação de vulnerabilidade social (REDE BRASILEIRA EM SEGURANÇA ALIMENTAR, 2022; UNICEF, 2021).

Além dos pontos citados, a situação pós-pandemia da COVID-19 também tem deixado sequelas severas na saúde mental, o estudo “Saúde Mental e COVID-19: evidências iniciais do impacto da pandemia”, demonstrou que houve aumento de casos de transtorno depressivo e de ansiedade em áreas mais afetadas pela COVID-19, e também de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio, destacando ainda, a interrupção forçada nos tratamentos de transtornos mentais gerado pela pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Frente aos dados apresentados sobre os fatores que determinam a saúde, observa-se que atualmente a população brasileira possui dificuldades para atingir os parâmetros mínimos que possibilitem manter a sua saúde. A desigualdade social influencia diretamente no modo de viver, trabalhar, religião, fatores sociais, culturais e psicológicos que impactam diretamente na saúde de cada indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Apesar do modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead proporcionar ampliação sobre os fatores que determinam a saúde, de forma holística, há ainda aprimoramentos a serem feitos, como por exemplo, alinhar os vínculos verticais com os determinantes sociais, econômicos, culturais, étnicos e os do estilo de vida, entendendo que, o estilo de vida é imposto pela condição socioeconômica, étnica e cultural em que se está podendo influenciar o quê e a maneira que se consome, observando como os interesses comerciais de grandes produtores também podem se tornar um fator de risco à saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021).

O processo de imigração tem um impacto significativo na manutenção dos determinantes sociais de saúde. Quando os indivíduos se mudam para um novo país, muitas vezes enfrentam desafios como barreiras linguísticas, discriminação, falta de acesso a serviços de saúde adequados e dificuldades socioeconômicas. Esses fatores podem afetar negativamente a saúde dos imigrantes, bem como a de suas comunidades de origem e de acolhimento. A falta de familiaridade com o sistema de saúde local, juntamente com a falta de recursos financeiros, pode resultar em dificuldades no acesso a cuidados médicos preventivos, tratamento de doenças crônicas e serviços de saúde mental.

Além disso, a discriminação e o isolamento social podem aumentar o estresse e a vulnerabilidade dos imigrantes, levando a problemas de saúde física e mental. Para enfrentar esses desafios, é crucial que os governos e as comunidades ofereçam suporte adequado aos imigrantes, garantindo acesso igualitário aos serviços de saúde, programas de integração cultural e oportunidades socioeconômicas. Isso não apenas promoverá a saúde e o bem-estar dos imigrantes, mas também contribuirá para a manutenção dos fatores que determinam direta ou indiretamente a sua saúde (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018; YANAR; KOSNY; SMITH, 2018).

A partir do exposto, este estudo se justifica pelo recente aumento de número de imigrantes no Brasil e no Distrito Federal, e que há lacuna na literatura sobre cuidados em saúde para essa população, em especial, a importância da ótica do imigrante suas percepções sobre diferentes aspectos para o bem estar, de modo a subsidiar ações no processo decisório de gestores em saúde, respeitando e preservando as características que são importantes para esses imigrantes. Desta forma, emergiu como questão de pesquisa: qual percepções dos imigrantes sobre aspectos de determinantes sociais que interferem na saúde no Distrito Federal?

#### **1.4 PRESSUPOSTO DO ESTUDO**

Visto que o ser humano é um conjunto de experiências e vivências e considerando que os imigrantes possuem culturas diferentes e que mesmo passando pelas mesmas experiências, eles não possuem as mesmas vivências e apresentam compreensões distintas sobre o que é saúde.

Frente ao exposto, se faz necessário ter um melhor entendimento sobre o conceito de saúde para o imigrante para que a partir desse conhecimento o serviço de saúde possa refletir sobre a forma com que estes indivíduos estão sendo alcançados pelo SUS e se a assistência prestada atende a real demanda, de forma individual, tendo em mente que cada imigrante traz consigo uma bagagem de histórias e vivências que refletem no modo de viver, de cuidar da saúde e desenvolver o autocuidado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender percepções de imigrantes acerca de determinantes sociais em saúde no Distrito Federal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil socioeconômico de imigrantes participantes.
- Analisar percepções sobre determinantes sociais em saúde para imigrantes que vivem no Distrito Federal.

### **3 MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório, observacional com abordagem qualitativa. Essa abordagem tem como característica a capacidade de representar os significados, crenças e valores dos participantes acerca do tema proposto além de permitir a clarificação de conceitos (LAKATOS; EVA MARIA, 2021; MINAYO, 2016). A pesquisa de natureza qualitativa trabalha com o universo de significados, opiniões, pensamentos, atitudes de indivíduos (MINAYO, 2016). Desta forma, este tipo de estudo foi o que mais se adequou para permitir que os objetivos desta pesquisa fossem alcançados, permitindo a exploração do objeto de estudo.

#### **3.1 TRABALHO DE CAMPO**

#### **3.2 CAMPO DE ESTUDO**

O presente estudo se desenvolveu principalmente com integrantes do Projeto ProAcolher, que é um grupo sem fins lucrativos, vinculado à Universidade de Brasília (UnB), que oferece aulas gratuitas de português a imigrantes e refugiados desde o ano de 2013, atendendo mais de dois mil alunos até o ano de 2021.

A elegibilidade desta instituição baseou-se nas condições favoráveis para a realização desta pesquisa por ser um projeto vinculado à UnB e pelo projeto atuar no ensino da língua portuguesa para os imigrantes e refugiados por meios digitais, onde os participantes utilizam dispositivos eletrônicos próprios e com acesso à internet para acompanhar as aulas por meio de ferramentas de videoconferência. Além destas características do cenário, a responsável pelo projeto ProAcolher demonstrou interesse e colaborou com a realização deste estudo.

Após o consentimento a responsável pelo projeto inseriu de forma supervisionada pelos professores do curso o autor desta pesquisa nos encontros realizados com os imigrantes, de forma a oportunizar um contato prévio e permitir que a presente pesquisa fosse apresentada aos integrantes. Este contato foi de suma importância para a realização do estudo, tendo em vista que muitos imigrantes apresentam certa resistência em responder perguntas ou questionários no qual eles

não compreendem o conteúdo das perguntas e como os dados coletados seriam utilizados ou divulgados.

Nesse contexto, o pesquisador apresentou o estudo e esclareceu dúvidas sobre a realização das entrevistas por meios digitais e convidou os integrantes para participarem deste estudo.

### **3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Esta pesquisa foi realizada com sete participantes imigrantes. A técnica utilizada para definir a amostra de usuários do presente seguiu o método Snow Ball (bola de neve). Foram selecionados imigrantes com idade igual ou superior a 18 anos, independente de gênero, residentes do Distrito Federal, matriculados em curso de língua portuguesa há pelo menos 3 meses ou que falassem português fluentemente e que possuíam dispositivo eletrônico com acesso à internet. Foram excluídos do presente estudo, imigrantes que apresentaram qualquer condição de deficiência cognitiva, auditiva, visual autorreferida que impedia a participação no estudo. Aqueles que não falam o português ou não entendem o idioma.

### **3.4 COLETA DE DADOS**

Os participantes foram contatados via e-mail e por aplicativos de mensagens, onde receberam novamente informações sobre o projeto e tiveram acesso a um formulário online onde foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 1) e o Termo de Utilização de Imagem e Áudio (TUIA-ANEXO 2). Após o participante confirmar que atendia os critérios de inclusão e consentir em participar da pesquisa e consentir também com o uso de imagem e de áudio para uso exclusivo no presente trabalho, por meio da resposta do formulário online, o pesquisador realizou as entrevistas de forma individual por meios digitais (Google Meet), onde todos os critérios para realização de pesquisa por meios digitais estabelecidos pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) foram atendidos rigorosamente.

O pesquisador utilizou o modelo dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como referencial teórico para construir questionamentos realizados durante as entrevistas. A escolha dos DSS para iluminar o diálogo com os imigrantes se deu por abranger diferentes aspectos que podem influenciar na saúde de uma pessoa. Por meio das respostas à luz dos DSS, pode se aproximar do entendimento do que é saúde para um indivíduo (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2021). As entrevistas foram gravadas individualmente, em que somente o pesquisador e o entrevistado possuíam acesso à reunião, a sala online permitia a entrada somente do pesquisador e do entrevistado daquele momento. Foi utilizado durante a entrevista um roteiro semiestruturado (ANEXO 3) composto por perguntas abertas e norteadoras que contribuíram com a flexibilidade no diálogo e a absorção de novos temas e questões propostas pelo interlocutor e pelo entrevistado (MINAYO, 2014). Cada entrevista teve tempo médio de 25 minutos. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 a abril de 2023.

### **3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Os diálogos das entrevistas foram transcritos na íntegra, organizados no Excel e analisados por meio da análise de conteúdo, por ser uma técnica que busca obter indicadores que permite fazer inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção/produção de mensagens.

Após a transcrição, os dados passaram por uma pré-análise que envolveu leitura exaustiva do material. No presente estudo, seguimos com as etapas da análise de conteúdo que consiste em identificar a presença de temas significativos relacionados ao objetivo de estudo, dividido em 3 etapas (BARDIN, 2011). Primeiro, foi realizado a pré-análise, onde leituras e releituras foram realizadas dos dados transcritos das entrevistas com foco na identificação de temas que contemplassem os objetivos deste estudo. A segunda etapa compreendeu a exploração do material em busca de formar os núcleos de sentido. Já na terceira etapa, foi realizado o tratamento e interpretação dos resultados que foram alcançados após a etapa 1 e 2, e assim foi realizado a aglutinação dos núcleos de sentidos, dando origem as subcategorias e às categorias (MINAYO, 2014, BARDIN, 2016).

### 3.6 PRECEITOS ÉTICOS

Considerando o impacto causado pela pandemia do Sars-CoV-2 e a impossibilidade de manter atividades presenciais pelo risco de contaminação e disseminação do Sars-CoV-2 durante o período de desenho, desenvolvimento e submissão do presente estudo ao comitê de ética em pesquisa (CEP) da UNB, o presente estudo foi realizado por meio de ambiente virtual e seguiu todas as orientações feitas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2021).

Uma vez aceito o convite, o contato com os participantes aconteceu via e-mail de forma individual -com apenas um remetente e um destinatário-, e as informações do contato dos participantes não serão disponibilizadas para terceiros. Enfatizamos que não foram utilizadas listas via e-mail para evitar o risco de vazamento das informações dos participantes. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília.

O participante teve o direito de desistir ou se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do CEP e com a anuência dos participantes, por meio da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o Termo de uso de Áudio e imagem, respeitando deste modo os princípios éticos em pesquisa de acordo com a Resolução 466 de 2012 e 5010 de 2016 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, sob o parecer de número 5.317.395 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Cada participante foi identificado pela letra P seguido de um número arábico sequencialmente, de modo a assegurar sigilo e anonimato.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com sete imigrantes residentes atualmente no Distrito Federal (DF), sendo quatro do sexo masculino e três do sexo feminino. Os entrevistados vieram da América do norte, América do sul, Ásia, África e Índia. Todos possuíam domínio e fluência na língua portuguesa além dos idiomas do seu país de origem, tais como: português, francês, espanhol, hindi, inglês e urdu.

As diferentes nacionalidades possuem características culturais e hábitos regionais distintos, o que impacta diretamente na forma como os imigrantes cuidam da saúde. Essas diferenças culturais podem influenciar nas percepções de doença ou de saúde, na busca por tratamento médico e nas práticas de autocuidado, fatores estes que corroboram com a identificação de diferentes entendimentos sobre o que é saúde entre pessoas de diferentes nacionalidades.

**Tabela 1.** Dados sobre a idade, nacionalidade, idioma e sexo dos participantes imigrantes. Brasília, Brasil

Participante	Idade	País de origem	Idioma	Sexo
P1	31	Guiné	Francês	Masculino
P2	33	Venezuela	Espanhol	Feminino
P3	40	República Dominicana	Espanhol	Masculino
P4	38	Índia	Hindi	Masculino
P5	39	Paquistão	Urdu	Masculino
P6	24	Nigéria	Inglês	Feminino
P7	29	Guiné Bissau	Português	Feminino

## 4.2. ANÁLISE DAS CATEGORIAS

A saúde para o imigrante abrange uma perspectiva ampla que vai além da ausência de doenças físicas. Para estas pessoas, a saúde envolve adaptar-se a um novo ambiente, lidar com desafios culturais, sociais e econômicos, além de buscar o bem-estar físico, mental e emocional durante o processo de imigração e de estabelecimento em um novo território.

A saúde do imigrante está intrinsecamente ligada à sua capacidade de acessar cuidados médicos adequados, superar barreiras linguísticas e culturais, e sentir-se integrado e acolhido no país de destino. Portanto, o imigrante reconhece a importância da equidade, do respeito à diversidade cultural e das políticas públicas que promovam a inclusão e o seu bem-estar integral em sua nova comunidade (GRANADA et al., 2017).

Ao aglutinar os dados transcritos, foram elencadas seis categorias, sendo: “acesso, informação e saúde”, “Religião e idioma no processo migratório”, “alimentação e hábitos de vida como meio de manutenção da saúde”, “sentimentos sobre imigração e o seu impacto na rede social e familiar”, “condição de vida e moradia na imigração” e “trabalho e poder aquisitivo para o imigrante no país de destino”. Frente à estas categorias, observa-se que os imigrantes apontam diferentes aspectos que podem influenciar em sua saúde, o que mostra que estes indivíduos trazem do seu país de origem, conceituações distintas do que é saúde e compreendem que fatores internos e externos podem afetá-la.

### 4.2.1. Acesso, informação e saúde

A categoria em análise retrata a opinião dos participantes sobre o acesso à informação sobre saúde no Brasil, funcionamento do serviço de saúde, ao tempo que aponta quais serviços esses imigrantes costumam buscar quando possuem alguma necessidade de saúde, haja vista que o serviço de saúde ou a sua ausência pode determinar diretamente a saúde de um indivíduo.

Então, sobre saúde eu faço igual os outros amigos brasileiros quando estou doente vou para o hospital público, entendeu. (P1)

Só tenho informação sobre saúde no posto médico. Por exemplo, algumas vacinas que eu tomei foi por conta das informações que foram publicadas pelos jornais. (P2)

Eu tomei todas as vacinas quando eu entrei aqui no Brasil, eu fiz o cartão do SUS lá no posto de saúde. Lá no nosso país não tem essa vacina. (P5)

De acordo com os princípios doutrinários do SUS, especialmente, universalidade e equidade, cabe ao Estado oferecer rede de assistência à saúde que seja capaz de atender todas as necessidades de todas as pessoas em território nacional que busquem pelos seus serviços, independente de nacionalidade ou cultura (BRASIL, 1990). Com o intuito de efetivar os princípios supracitados, todas as pessoas em território nacional possuem o direito de ter acesso à um serviço ordenado e que atenda os usuários de forma ao entendimento de sua demanda, assegurando os seus valores e direitos, por meio de atendimento eficaz, que seja capaz de realizar o tratamento adequado e efetivo para o seu problema.

Desta forma, se torna indispensável o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a Atenção Primária a Saúde (APS) como porta de entrada preferencial para os usuários. Atuando como centro ordenador da RAS, cabe à APS o papel de articular com os ambulatórios de especialidades e com serviços diagnósticos e de tratamento em diferentes estabelecimentos de saúde, para garantir o acesso efetivo da população aos serviços disponibilizados (BRASIL, 2017a).

Com as RAS, o usuário poderá ter acesso à diferentes pontos de cuidado, de modo a contribuir para o bem-estar (VILLAÇA, 2010). Com o serviço organizado em RAS, partindo do entendimento de que a saúde compreende os aspectos biológicos, psicológicos e sociais e que um indivíduo pode necessitar de intervenções de cuidado de diferentes formas, podendo ser desde uma orientação realizada por um profissional, por meio da oferta de informações, de atividades de educação e/ou promoção da saúde até mesmo por meio da realização de um tratamento para uma doença ou condição crônica, que a afeta o modo de viver da pessoa.

Desta forma, é possível oferecer um serviço que permita com que os indivíduos possam ter acesso às informações de saúde que incentiva o autocuidado, de modo a saberem identificar sinais de alerta ou de condições de monitoramento, que se torna importante buscar por atendimento de um profissional da saúde.

Os participantes relataram que o recebimento de informações sobre saúde ou orientações sobre o autocuidado disponibilizadas no serviço de saúde foram insuficientes quando buscaram por atendimento no serviço de saúde. No entanto, a realidade relatada corrobora com o que foi encontrado no contexto europeu, onde os imigrantes possuem menos acesso à serviços de saúde e a receptividade nestes serviços é menor do que o dispensado para a população em geral (PUSSETTI, 2010). Nesse contexto, algumas barreiras foram apontadas pelos participantes durante a busca por acesso ao serviço de saúde. Estas barreiras impedem que o usuário receba o cuidado em um momento oportuno e de forma efetiva. Como por exemplo em casos de doenças que podem se agravar com sua progressão.

As informações não são suficientes, não. Tem SUS, graças a deus!  
Mas as vezes não consegue consulta e você não tem condição de pagar consulta particular. (P7)

Em seu estudo, Granada et al (2017), aponta que dificuldades de adaptação no país de destino, e o confronto com o preconceito que imigrantes podem enfrentar no processo imigratório e a discriminação, ou seja, isolamento, fracas redes sociais e dificuldade de informação e acesso aos serviços. Esses resultados corroboram com a fala dos participantes e evidencia as principais barreiras enfrentadas por estes no país em que residem.

De modo geral, é possível identificar nas falas dos participantes que há um consenso de que o acesso ao serviço de saúde pode ser um fator protetor para a manutenção da sua saúde. Mesmo de nacionalidades distintas e com hábitos culturais diversos, os participantes visualizam o serviço de saúde como um ponto de apoio a ser buscado quando meios de cuidado tradicionais não são suficientes para lidar com quadros de agravo à sua saúde.

No tocante às ações de prevenção de agravos à saúde, a disponibilização de informações de forma clara e de fácil acesso emerge com o potencial de contribuir

com a manutenção da saúde destes indivíduos por meio do fomento a ações de autocuidado. Desta forma, a falta de acesso ao serviço ou a informações de saúde podem gerar impactos negativos no processo de saúde-doença do imigrante, que reconhece a importância de ações externas para contribuir com o cuidado em saúde.

Acerca do desenvolvimento de ações ou programas públicos voltados para o imigrante, o país que os acolhe pode sofrer impactos financeiros. No Brasil, como exemplo, pelo fato de o país oferecer um sistema de saúde que atende a todos que estejam em território nacional, o Estado brasileiro terá que arcar, caso aconteça, com o aumento dos custos com a saúde. Em agosto de 2022 foi registrado mais de 4,4 milhões de brasileiros que vivem no exterior, Nova York, Miami, Boston, Londres e Lisboa, sendo o Estados Unidos o país com maior número de brasileiros (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2022). Entretanto, vale ressaltar que da mesma forma em que há a entrada de imigrantes no Brasil, também há a saída de brasileiros para o exterior.

Entre 2011 e 2019 foram registrados no Brasil, 1.085.673 imigrantes. No ano de 2021, mais 151.155 imigrantes adentraram no país. Em contrapartida, também no ano de 2021 fora registrado que 4.404.255 de brasileiros moravam no exterior. Deste total, 188.455 pessoas deixaram o Brasil exatamente no ano de 2021 (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2022; OBMIGRA, 2022). Ao analisar os dados supracitados, percebe-se que há uma tendência mais forte de emigração do que imigração.

Devido à altos preços para custear tratamentos no exterior, há brasileiros e estrangeiros que buscam o SUS para realizar tratamentos de forma gratuita, e isso pode gerar impactos na economia do país, haja vista que tal sistema de saúde atende todas as pessoas em território nacional, de forma gratuita.

Por meio do controle de entrada e saída de pessoas pelas fronteiras, é possível identificar se realmente está ocorrendo maior entrada de pessoas no país do que a saída e assim, poderá ser feita uma análise mais próxima acerca de um possível impacto econômico no serviço de saúde, no contexto brasileiro.

#### 4.2.2. Religião e idioma no processo imigratório

Por se tratar de imigrantes, esta categoria aborda o país de origem no qual fora deixado pelos participantes, bem como o idioma que é falado no seu país natal, o que se difere do idioma português brasileiro que é o idioma oficial utilizado neste país e aborda os hábitos religiosos. Cabe salientar que os aspectos culturais podem influenciar a saúde do imigrante.

Para a legislação brasileira, o(a) imigrante é definido como a pessoa nacional de outro país que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil e considera estas pessoas como detentoras de todos os direitos, garantias e deveres assim como os brasileiros. Destaca-se no inciso VIII do art. 4º da Lei nº 13.445/2017 o texto que prevê o “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2021; BRASIL, 2017b). Considerando o posicionamento do país por meio da legislação vigente, observa-se que o Brasil se torna um país atrativo para imigração pelo fato dos imigrantes possuírem os mesmos direitos a bens e serviços que os nativos do país.

Porém, sobre a nacionalidade cabe refletir sobre o risco de categorizar os imigrantes quanto à sua naturalidade durante a busca por atendimento de saúde, como por exemplo, como os “bolivianos”, “angolanos”, “venezuelanos” ou os “estrangeiros”. Quando esta generalização ocorre, mesmo um grupo de imigrantes composto por pessoas naturais de um mesmo país ou de diferentes países, o profissional pode incorrer no erro de considerar que todos possuem os mesmos entendimentos sobre saúde ou que possuem os mesmos hábitos culturais e religiosos e isso pode tendenciar a sua abordagem durante um atendimento no serviço de saúde. Ao classificar um determinado grupo de pessoas, um servidor da saúde pode tender a uniformizar um determinado tipo de atendimento e replicá-lo para todos imigrantes que buscarem por atendimento naquele local (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Considerando a diversidade de países de origem entre os participantes deste estudo, Martin; Goldberg e Silveira (2018) destacam a importância de considerar os aspectos culturais não só de forma coletiva, mas também individual, identificando as

diferenças dos costumes e formas de viver. Em seu estudo, apresenta a reflexão sobre um grupo de imigrantes que fora estudado, levantando as diferenças como: sexo, naturais de diferentes partes do país de origem, com diferentes exposições e contextos de vida. O autor descreve que esses, ao chegarem ao Brasil, receberam todos o status de “refugiados congolezes”.

Quando a generalização acerca da nacionalidade acontece, engloba-se também as características individuais. Tal generalização contribui com o aumento da vulnerabilidade deste grupo pelo fato de os imigrantes possuírem poucos aspectos em comum -como nacionalidade, país de origem- e muitos diferentes – como por exemplo a religião, hábitos culturais e alimentação (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). Quando há a generalização, todos passam a ser considerados como iguais, o que pode contribuir com o surgimento de iniquidades no serviço de saúde e em outros serviços públicos que estão disponíveis para este grupo de pessoas.

Nesse sentido, eleva-se a importância de não homogeneizar atores sociais, visto que estes possuem suas singularidades que precisam ser consideradas a todo momento, enquanto indivíduo social (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Já os hábitos religiosos dos imigrantes podem se diferir da realidade brasileira. A depender da religião, os imigrantes podem ter dificuldade de realizar as suas rotinas e práticas religiosas no país destino seja por falta dos locais adequados como igrejas, templos e mesquitas, ou em alguns países, por intolerância religiosa. No Brasil, o Estado laico contribui para que todas as manifestações religiosas possam acontecer, pois, na Constituição Federal de 1988, no art. 5º inciso VI prevê que a liberdade de consciência e de crença é garantido à todos no território brasileiro além de ser assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e também a proteção aos locais de onde os cultos acontecem (BRASIL, 1988).

Na verdade, eu me organizo entendeu, de segunda a quinta-feira. Então segunda a quinta-feira eu posso dormir 9:30 para acordar 3h30 ou 3h50 da manhã porque tem umas orações para fazer. Você respeita o horário de lá, daqui, tem horário certo para fazer minhas orações. Então, as orações que estou fazendo aqui são as mesmas do meu país. (P1)

Frequento a mesquita em samambaia. (P5)

Sou cristã, frequento igreja aqui, normalmente. Igual eu fazia no meu país, não tem mudança assim. (P6)

Não cabe neste momento, debater sobre a origem da crença religiosa, o autor atentar-se-á à relação de conforto e proteção que a religião pode proporcionar à um indivíduo.

Durante o processo imigratório, estes indivíduos passam por um processo de desenraizamento social e cultural por se deslocar para um local completamente novo, o que pode torná-los vulneráveis, pois, a depender da realidade que será encontrada, o imigrante terá que reinterpretar sua identidade por estar em um ambiente diferente do que era acostumado (MILESI; MARINUCCI; CARMO, 2013). Este processo pode desenvolver a sensação de desamparo e insegurança, nesse contexto, revela-se a religião como um importante recurso no qual o imigrante pode utilizar de conexão com as suas raízes, manutenção de hábitos culturais e religiosos de suas origens, o que pode levar à sensação de bem estar (MILESI; MARINUCCI; CARMO, 2013). O fator proteção se concretiza também com as acolhidas feitas por entidades religiosas nos países de destino, que são noticiadas frequentemente.

Além da proteção e conforto que o imigrante pode encontrar na religião, também pode ser encontrado o “sentido” para legitimar o processo imigratório que é cercado pelo sentimento de culpa por deixar a sua terra e suas famílias, mesmo quando o objetivo de alcançar melhores condições de vida é transparente para o imigrante e para as pessoas com laços afetivos. Porém, pode não ser suficiente para evitar a culpa (MILESI; MARINUCCI; CARMO, 2013). Nesse contexto, observa-se que a religião pode está presente durante a decisão de se deslocar de um país para outro, durante o processo de deslocamento e no acolhimento no novo território, o que reforça a sua reverência durante a imigração, e a sua ausência pode impactar negativamente na vida do imigrante (MILESI; MARINUCCI; CARMO, 2013). Nesse contexto, a partir da análise das respostas no presente estudo, os participantes apresentaram crises humanitárias, como principal motivo de deslocamento.

Sobre o idioma, o imigrante se depara muitas vezes com a necessidade de aprender uma nova língua, aumentando ainda mais a situação de vulnerabilidade, tendo em vista que estará em um lugar novo em que a comunicação será feita predominantemente pelo dialeto local, incluindo gírias, linguagem não-verbal, escrita

e paraverbal. Nesse contexto, muitos optam por manter a língua materna no país destino, que geralmente é a língua falada no ambiente doméstico e também desenvolvem a fala predominante no ambiente social (FLORES, 2019).

Isso significa que desenvolvem uma rede que envolve compras de gêneros alimentícios, manifestação religiosas, lazer em que não há necessidade de se comunicarem com o idioma português brasileiro, no entanto, quando tem a premência do uso de serviços de saúde públicos se deparam com o uso de linguagem que não desenvolvem no cotidiano. Lembrando que, em geral, o vocabulário utilizado para dialogar com trabalhadores da saúde sobre sinais ou sintomas pode diferir de palavras que compreendam.

Nesse contexto, Delamuta *et al.* (2020) realizaram estudo com um grupo de imigrantes bengaleses que um auxiliar de enfermagem aponta a dificuldade de compreender o que o imigrante está sentindo naquele momento, quando busca por atendimento, ou o que ele está precisando do serviço de saúde. O profissional entrevistado atrela esta dificuldade à compreensão da língua utilizada pelo imigrante. Esse movimento pode criar situações constrangedoras, tais como, a permanência de uma pessoa familiar ou outro profissional para dirimir essas dúvidas relacionadas à comunicação. Corroborando com este entendimento, o estudo supracitado complementa que quando o imigrante busca o serviço de saúde com um amigo que tem domínio do idioma local, fora observado uma melhora na comunicação, porém, não diminui o constrangimento de ter um ouvinte acompanhando a descrição do seu estado de saúde.

Entretanto, o não domínio do idioma local ou a forma de se expressar ou dificuldades que ocasionalmente podem ser impostas pelo serviço, contribui com o distanciamento do imigrante do serviço de saúde. Ao se deparar com essas barreiras no serviço, o imigrante pode não buscar por novos atendimentos sobre saúde. Além disso, as crenças e os valores culturais podem afetar a adesão aos tratamentos prescritos, levando a desafios no manejo de condições crônicas e na prevenção de agravos à saúde.

Entre os participantes do presente estudo, não houve falas que expressem dificuldades sobre o idioma. A ausência de tal fala pode estar relacionado aos idiomas

maternos dos participantes, por alguns idiomas possuírem uma proximidade com o português ou por falarem o próprio português no seu país natal. No entanto, esse aspecto pode sinalizar a dificuldade de expressar essa barreira no cotidiano, uma vez que mesmo as pessoas que se consideram fluente em outro idioma pode se defrontar com expressões não compreendidas ou compreendidas erroneamente, em área específica, no caso do objeto de estudo desta investigação, a área da saúde.

Por isso, mesmo não encontrando relatos sobre esta temática neste estudo, não é possível afirmar que estes imigrantes não tiveram dificuldades, por falar um idioma diferente do que é falado no Brasil.

#### 4.2.3 Alimentação e hábitos de vida como meio de manutenção da saúde

Esta categoria apresenta informações sobre hábitos de vida, como etilismo e o entendimento dos participantes sobre o tabagismo, a importância da prática do exercício físico para o cuidado da saúde e de uma alimentação saudável. Por fim, citam os principais alimentos que costumam consumir no Brasil e fazem um paralelo com alimentos que são comuns no seu país de origem. O estilo de vida e os aspectos individuais são considerados como fatores proximais que podem determinar ou condicionar a saúde de uma pessoa, tanto de forma positiva ou negativa.

Não me alimentava bem na pandemia de COVID-19 (P1)

Como em restaurante (P3)

Acesso ao alimento no Brasil não é fácil (P4)

Sinto falta da comida do meu país (P7)

Ao serem questionados sobre a capacidade de manter hábitos alimentares e de vida aqui no Brasil, emergiram falas repletas de sentimentos acerca da alimentação. Fora possível perceber que este tema despertou lembranças do seu país de origem. Por meio da culinária e da alimentação, o imigrante consegue se conectar novamente com a sua terra natal (LTOÉ; ZEVEDO, 2018).

Então, como fala, molho de peixe molho de carne também igual ao Brasil, algum molho de folha de mandioca que tem muito vitamina, eu

gostava muito e aqui não tem para fazer, alguma vez aqui tem quiabo, molho de quiabo que a gente faz com aquele sabe, molho vermelho, Nossa carne ela fica muito seca, em um ano ela não estraga, muito difícil. (P1)

Tem algumas comidas que sinto falta. Tem um prato que é um pouco diferente, lá usam a banana da terra e usam o frango, molho e mandioca. Fritam o frango, chama *picapojo*. E outros são muitos diferentes e outros que são iguais, mas com outro nome aqui. Lá sancojo é feijão doce. (P3)

A nossa comida é diferente, aqui a pessoa gosta mais arroz e feijão, a pessoa de lá come mais pão e a comida de lá é bem apimentada. (P5)

A comida, por exemplo, que é algo cultural minha. Eu consigo fazer algumas comidas do meu país, e geralmente, eu tento ao máximo possível dar para as pessoas ao meu redor. Não é para me elogiar 100%, sempre falam bem da minha comida. Isso faz com que eu queira dar mais e mais para essas pessoas. (P6)

A cozinha e as práticas que a envolvem são repletas de representações e significados, dessa forma, emergem como fatores que contribuem com a manutenção identitária na nova sociedade em que o imigrante está inserido. A alimentação representa a marca da cultura de cada povo e estas tradições culinárias podem ser transferidas para outras localidades por meio do conhecimento e também do envio de ingredientes que são típicos dos seus países de origem (ALTOÉ; AZEVEDO, 2018; SILVA, 2016). As falas evidenciam o quanto a culinária pode promover a integração dos imigrantes à comunidade do novo país.

Em 2020 ficava doente. Faltava algum alimento, não me alimentava bem entendeu, mas é a vida, entende. (P1)

A comida que eu gosto é a *repa*. Aqui tem lugares que tem, mas é transportada e é um pouco mais cara [...] produtos eram ilimitados. Por isso que muitas pessoas migraram para outros países (...) é tudo por conta do presidente que está no poder. Eu tinha boa alimentação, depois do presidente, o dinheiro não dava para comprar as coisas. Tinha que fazer fila para comprar alimentos, nunca se via isso na Venezuela. Se você fosse no supermercado, você podia comprar o que você queria, não só o que eles queriam vender. (P2)

Em relação a outros países que eu passei, o Brasil tem alimentos bons. Mas para o alcance da população em geral, o acesso aos alimentos não é tão fácil. Mas para mim, não sinto falta de alimentos do meu país. (P4)

Se for comida brasileira, sim. Mas se for comida do meu país, não tanto. Mas não é culpa de ninguém aqui, porque é comida do meu país. Tem vez que consigo fazer alguma comida do meu país. Mas não tenho acesso diminuído ou limitado a alimentos. (P6)

Considerando que um alimento possui a capacidade de simbolizar uma determinada cultura e possa remeter a identidade de um povo, há que se considerar que somente a presença do alimento não é suficiente. Para que esse objetivo possa ser alcançado, é preciso refletir que o preparo do alimento envolve o processo, a qualidade dos ingredientes utilizados e o conhecimento de quem está cozinhando (SILVA, 2016). Desta forma, a imigração pode se tornar um fator dificultador para a continuidade de produção e ingestão de alimentos do país de origem, tendo em vista que alguns alimentos podem ser caros, inacessíveis ou podem não estar disponíveis para uma parcela dos imigrantes, distanciando-os de suas origens e impactando em suas vidas.

Acerca dos hábitos de vida, o tabagismo, etilismo, alimentação saudável e a prática de atividade física foram os pontos abordados pelos participantes.

Fumar e beber para mim foi ensinado que é errado, só que eu não bebo e nem fumo. É uma coisa muito perigoso então fumar não é bom para os pulmões, bebida alcoólica também você pode beber pegar o carro vai fazer acidente, machucar alguém ou matar alguém entendeu (...) eu joga bola, faço exercício e eu percebi que me ajuda muito, bastante, então exercício físico ele ajuda a manter a saúde. (P1)

Beber faz mal. Pode causar cirrose se a pessoa toma muito álcool. Deteriora os dentes e faz mal tanto para a pessoa como para outros (...) A má alimentação. Tudo tem que ter um limite, tudo tem que ter porções. Aí quando a pessoa consome todo dia a mesma coisa, tem coisas que faz bem, tem coisas que faz mal. O leite quando a pessoa consome muito leite, dá problema no rim. E o sal, quando a pessoa come muito salgado, muito glúten também. (P2)

Tem que comer verdura, comer mais em casa. Tem que fazer esporte, sou professor de tênis. (P3)

As falas dos participantes convergem com o encontrado em um estudo realizado com imigrantes africanos em João Pessoa- Paraíba. No estudo, os autores apontaram que apesar dos imigrantes morarem em outro país, vivenciarem novos hábitos dentro de outra cultura que se difere da sua de origem, os participantes demonstraram bom estado físico e apresentaram bons hábitos de vida (BARRETO; COUTINHO; RIBEIRO, 2009). Vale ressaltar que o estudo foi realizado com

imigrantes com idade entre 18 e 35 anos, desta forma, resultados discrepantes do que fora encontrado podem surgir em faixas etárias distintas. Os participantes do presente estudo demonstram ter conhecimento sobre hábitos de vida saudável, porém, de acordo as falas já citadas no presente estudo, observa-se que nem todos os participantes conseguem manter os hábitos que consideram como saudáveis.

#### 4.2.4 sentimentos sobre imigração o seu impacto na rede social e familiar

Esta categoria concentra informações sobre os sentimentos que os imigrantes apresentam em relação ao processo migratório e sobre sua relação na rede social e familiar. Neste sentido, alguns sentimentos são expostos de forma a exemplificar a realidade vivenciada, em que reconhecem a rede familiar como fator de proteção à saúde do indivíduo. Existem sentimentos de gratidão e felicidade, assim como sentimentos negativos que retratam uma condição de vida desfavorável ou com maior dificuldade, aqui no Brasil. Tal realidade se difere da vivenciada no país de origem para alguns participantes, demonstrando que a chegada e a permanência no país de destino, estão cercadas de dificuldades. Neste sentido, o ciclo social ou a ausência deste, emerge como um fator intermediário que pode determinar a saúde de uma pessoa.

Durante o processo migratório, estas pessoas ficam sujeitas ao desamparo e o mal-estar cultural, ficando expostos ao sentimento de não pertencimento ao novo local que irão residir (FERREIRA; BORGES, 2022). Nesse sentido, um estudo identificou que a situação de saúde mental de um grupo de imigrantes da Europa, quando comparados às pessoas que nasceram no país, é considerada pior do que do cidadão europeu (PUSSETTI, 2010). Esta problemática exacerba-se quando consideramos que o processo migratório engloba os elementos de perda da família, dos amigos, da língua, da cultura, da casa, da posição social e do contato com o grupo religioso do qual era integrante em seu país (PUSSETTI, 2010). Esse contexto contribui com o surgimento de pensamentos negativos que podem ser potencializados caso o ambiente encontrado não seja favorável à manutenção da sua saúde psicológica, com possibilidade de complicação caso fatores socioeconômicos não sejam favoráveis, levando-os, em alguns casos, para as margens da sociedade, agravando ainda mais o surgimento de pensamentos negativos, o que contribui com a vulnerabilidade psicológica.

Tem vezes que dá depressão, que dá falta da amizade ou de alguém da família que está longe. (P2)

Tem alimentos que sinto falta (P3)

Sempre me cuido e moro só há muito tempo. A saudade da minha família, eu tenho. (P4)

O sentimento é muito ruim porque nós chegamos aqui para melhorar a vida da família, para trabalhar ganhar dinheiro ajuda para família, mas ninguém, ninguém gosta de ficar longe da família. Nós ficamos porque nós precisamos. Mas, fazer o quê, a gente não tem opção no momento. (P5)

Sinto saudade da minha família. Eu acho isso normal, estou longe deles há 4 anos. De vez em quando eu sinto saudade, mas eu converso com eles todos os dias. (P6)

Morar sozinha principalmente na imigração é muito difícil. Eu sentia muita falta da minha mãe mesmo. Eu morava sozinha, ficava doente (...) lá no meu país a minha rotina era outra coisa, era outra sociedade, outra cultura, meus amigos ficaram por lá. Eu tentei fazer algumas amizades aqui, mas é muito diferente. Lá eu me sinto em casa, mas aqui eu me sinto só. Às vezes sinto falta da família completa (...) não tem como não sentir saudade. (P7)

O processo imigratório pode impactar a vida do imigrante no ciclo social e socioeconômico, mas pode ir além, a Síndrome de Ulisses (síndrome de stress múltiplo e crônico ligado à migração) pode emergir devido ao aspecto negativo da migração que é abordado como “luto imigratório”. O indivíduo neste estado, pode apresentar sintomas depressivos, de ansiedade, de somatização e alteração da função cognitiva (CARLOS; PADILHA; LAMY, 2020; FERREIRA; BORGES, 2022).

Em um estudo realizado sobre esta síndrome, aponta que este estado pode ser desenvolvido principalmente no imigrante que ao buscar um novo país com melhores condições de vida, isola-se por questões intrínsecas desse processo, distante fisicamente de seus familiares e que experencia uma realidade diversa à sua expectativa, diferente do que possuía em sua terra natal (CARLOS; PADILHA; LAMY, 2020). Vale destacar que quanto maior for o número de estressores neste processo, maior será o risco à saúde do imigrante. Neste caso, pode-se comparar com a desintegração da própria identidade.

A tristeza se apresenta de forma mais intensa e perceptível, em que a expressão facial se torna fácil de ser identificada por profissionais de saúde durante

os atendimentos (CARLOS; PADILHA; LAMY, 2020). Este estado pode influenciar diretamente na qualidade de vida de um indivíduo, tendo em vista a direta correlação entre o estado físico e psicológico de um imigrante. Na presença de tal síndrome, o imigrante pode ter o seu estado de relaxamento prejudicado, algo que é necessário para que o sono possa ser mantido. A ausência do sono associado com uma rotina repleta de fatores estressores pode culminar no célere adoecimento do imigrante.

Assim, esse aspecto precisa ser sinalizado aos profissionais de saúde por meio de treinamento, de modo, que possa ser identificado sinais e/ou sintomas relacionados a essa síndrome. E sobremaneira, com esse cenário se trace planejamento de atenção à saúde ao imigrante de modo a prevenir esse agravo.

Porém, há os imigrantes que não desenvolvem o adoecimento psicológico com o processo migratório. Há aqueles que apresentam sentimentos de felicidade, gratidão e que possuem o sentimento de pertencimento à comunidade em que vive.

Uma pessoa que se chama (...), não sabe o nome completo dele, é de Samambaia. Então esse cara é quase um pai para mim me apoiou dava sempre o conselho. E tem (...) também, que ele mora em Taguatinga. Ele é como um irmão de sangue e fico muito feliz, não tenho família de sangue, mas tenho a família que eu escolhi aqui no Brasil (...) graças a Deus, nesse momento, Só agradeço mesmo, entendeu (P1)

Nos resultados do presente estudo foi possível identificar que sobre alguns aspectos que envolve a sua vida e a sua saúde, em alguns momentos os participantes verbalizaram sentimentos de gratidão, já em outros, apresentaram-se insatisfeitos com a realidade já vivenciada ou que estão vivenciando.

Desta forma, percebe-se por meio das falas dos participantes apresentadas ao longo do trabalho, que os sentimentos expressam emoções contraditórias com a permanência em outro país a depender do tema abordado, há momentos de gratidão, por vezes há momentos em que as falas trazem sentimentos de tristeza, e outros momentos, de conformação. Identificou-se que a oscilação de humor nem sempre é percebida pelo participante o pode gerar prejuízos para a saúde do imigrante, quando não elaborados que o ser humano perpassa por diferentes reflexões ao longo da vida, e se permitir que estar em outro país é fator que pode influenciar aos diferentes

pensamentos, mesmo que teoricamente o país de destino favoreça a oferta de melhores oportunidades para o bem-estar.

É preciso considerar a relação entre os sintomas de depressão e a situação familiar do imigrante. Aqueles que estão só no país de destino, tendem a apresentar sintomas de depressão quando comparados com aqueles que vivem com seus pares ou com seus pares e filhos (CARLOS; PADILHA; LAMY, 2020).

No presente estudo, há participantes que moram sozinhos, outros que moram com a sua família no Brasil, há aqueles que experienciaram morar sozinhos, mas depois de um tempo, a sua família retornou para o país de origem e estes permaneceram sozinhos no Brasil. É importante compreender este fenômeno devido este último caso apresentado, causar o sentimento de solidão por mais de uma vez para o imigrante.

Em Brasília eu não tenho ninguém da minha família, mas tenho amigos e amigas. (P6)

Não tem ninguém que consegue ficar sozinha. Morar sozinha principalmente na imigração é muito difícil. (P7)

A minha rede de apoio é a minha esposa e meu filho, converso, mas ele é muito pequeno. É principalmente minha esposa. (P3)

A recepção de famílias tem um desafio social intimamente interligado com a saúde, uma vez que pode ter incentivos para mulheres em idade reprodutiva, como a identificação de serviços de saúde com melhor infraestrutura para mulher e criança do que no país de origem.

Como forma de transpor a barreira da distância e os sentimentos negativos que esta pode causar durante o processo migratório, observa-se que as mídias sociais surgiram como uma alternativa acessível para manter a comunicação e o vínculo dos imigrantes com aqueles que permanecem no país de origem.

As redes são estruturas comunicativas e pautas de contato criadas pelos fluxos de mensagens entre distintos comunicadores no tempo e no espaço, processando e fazendo circular fluxos de informação. Estruturas comunicativas que não estão, contudo, isentas de condicionamentos sociais, econômicos e políticos, assim como de

hierarquias e desigualdades que vão impor limites ao acesso e uso das tecnologias, ou, ainda, à autonomia de escolhas e decisão e à capacidade de interação dos indivíduos (COGO, 2015, p. 93).

Más, há grupos que podem ter dificuldades por motivos financeiros ou políticos de ter acesso à internet e a equipamentos eletrônicos ou até mesmo de utilizar as mídias sociais para poderem se comunicar com os seus pares e familiares.

Nesse contexto, o Governo do DF implantou um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do Distrito Federal destinado exclusivamente ao atendimento de imigrantes para melhorar a acolhida e para garantir a proteção dos imigrantes, refugiados e apátridas do Estado. Pensando em alternativas para superar possíveis barreiras de comunicação, a equipe que irá trabalhar no local será composta por pessoas que atenderão os imigrantes nos idiomas espanhol, francês, inglês e português (DISTRITO FEDERAL, 2022). A estratégia de centralizar o atendimento aos imigrantes em um único local pode agravar a barreira geográfica, que pode dificultar o acesso para alguns imigrantes que estiverem em locais do DF mais afastado do CREAS. Porém, apresenta grande potencial por oferecer um serviço público brasileiro direcionado que fará atendimentos em outros idiomas.

#### 4.2.5 Condição de vida e moradia na imigração

A presente categoria concentra informações sobre condições de vida e de moradia dos imigrantes no Brasil, incluindo informações sobre a localização, estrutura, qualidade e disponibilidade de recursos sanitários como água, luz e esgoto. É sabido que a moradia é imprescindível para que uma pessoa possa viver adequadamente. A ausência ou baixa qualidade da sua estrutura pode ser compreendida como um fator que pode se relacionar negativamente à saúde de uma pessoa.

Muito cara. Se você escolher uma casa boa você não consegue pagar aluguel, mas é normal tem água luzes esgoto. (P5)

Primeiro aluguei, agora é meu, mesmo (...) tem água, luz, esgoto, é muito boa mesmo. (P4)

A casa é arejada e tem energia, esgoto tem tudo. Mas tem cheiro ruim de esgoto, entendeu. Então, quando ia abrir a porta de manhã, ou a

janela a gente sente um cheiro ruim (...) eu mudaria na minha casa a geladeira e o sofá. (P1)

O termo qualidade de vida compreende diversos significados. Nesta dissertação, refere-se a compreensão do conhecimento, experiências e valores individuais e coletivos em períodos temporais diversos e em locais diferentes que se concretiza como um constructo social com aspectos culturais intrínsecos (BARRETO; COUTINHO; RIBEIRO, 2009). Com o passar do tempo, a preocupação com este tema tem aumentado devido a busca pela população em geral por uma vida saudável

Nesse contexto, cabe ressaltar que a qualidade de vida não é um reflexo direto das condições reais e objetivas das pessoas, mas compreende a avaliação que cada um faz sobre a sua condição (BARRETO; COUTINHO; RIBEIRO, 2009). Desta forma, é possível que pessoas que vivem em um mesmo contexto, possuam uma avaliação da qualidade de vida distinta pelo fato de as pessoas valorarem diferentemente os aspectos subjetivos e objetivos relacionados à sua qualidade de vida (BARRETO; COUTINHO; RIBEIRO, 2009).

Exemplificando os aspectos subjetivos podemos considerar a realização pessoal; e como objetivos o acesso à água potável, habitação que quando garantidos, apresentam uma noção de conforto que pode gerar a sensação de realização pessoal e coletiva, tendo em vista que os indivíduos se organizam em círculos sociais, como por exemplo, o ciclo familiar.

Por exemplo, nós fizemos muito esforço para juntar as coisas, ter banheiro, essas coisas. No princípio, foi mais forte, porque não tínhamos banheiro e ainda falta muito. Mas eu por exemplo, já me sinto mais agradecida por ter um banheiro, uma moradia. Por ter mais conforto do que era antes. Tem água (poço) e luz e esgoto (...) agora, eu não pago aluguel. Mas minha mãe sim. Tem que pagar água, luz, internet. Tem vezes que um salário mínimo não dá para uma família completa, entende. (P2)

Hoje a minha casa atende as minhas necessidades. No início, era apertada. Era um pouco difícil, a rua não era asfaltada e quando chovia, o acesso era difícil (...) até para sair, a gente pensava, porque era longe, dava uma volta por outro lugar, chegava perto da casa, mas demorava para entrarmos (...) deus abriu uma porta e negociamos uma no centro da cidade. (P3)

Moro longe do trabalho. Tem dia que você fica exausto, sente muito cansado. (P5)

Moro no centro, consigo chegar na faculdade em menos de 30 minutos, tenho acesso a mercados, onde moro tem uma estrutura legal, energia, água, tudo que eu preciso tem lá. Agora, como é pensionato, uma coisa que não tem e me faz muita falta, é a máquina de lavar roupa. A cama, a geladeira, tem no internato, agora a máquina de lavar roupa, mas eles não deixam entrar no pensionato. Ou lava na lavanderia ou com as mãos. (P6)

infelizmente, minha casa tem dois quartos e um banheiro, e tem quatro pessoas que moram na casa (minha mãe, irmão, filha e eu), pensei em alugar uma casa maior. Mas minha mãe está temporariamente aqui no Brasil e ela não quer ter mais gasto, porque ela quem está pagando o aluguel. Eu gostaria de ter o meu quarto (...) não consigo estudar quando eu quero. Atrapalha minha privacidade, eu divido o quarto com a minha mãe. (P7)

Frente às respostas dos participantes, é possível identificar que os imigrantes apresentam condições de vida e de moradia diversas, cada realidade é encarada por cada um dos participantes de uma forma diferente. Há aqueles que afirmam que gostariam de modificar algum aspecto do domicílio em que residem, porém, ainda assim, demonstram-se satisfeitos com a realidade em que vivem e com a sua moradia. No outro extremo, observa-se participantes que avaliam que houve melhora na sua qualidade de vida e de moradia no momento pós-imigração, resultado este que corrobora com os aspectos subjetivos e objetivos da qualidade de vida, em que o participante demonstra o sentimento de satisfação e gratidão.

Há ainda, que se considerar que o processo imigratório pode gerar obstáculos para fixação em um novo território. O próprio processo imigratório é um fator que determina a saúde destes indivíduos, porém, não é amplamente discutido ou citado na literatura identificada (BARRETO; COUTINHO; RIBEIRO, 2009; CASTAÑEDA et al., 2015). Residir em um local impróprio para moradia e que não garante o saneamento básico mínimo para os imigrantes, pode determinar a sua saúde e consequentemente, impactar na sua qualidade de vida

Neste sentido, foi concluído em um estudo que para os imigrantes participantes, a qualidade de vida envolve a moradia, saúde, dinheiro, educação e bem estar consigo e com os seus pares do país de origem (BARRETO; COUTINHO; RIBEIRO, 2009). Desta forma, os achados corroboram com o encontrado no presente estudo, haja vista que as falas com sentimentos de gratidão foram associadas pelos participantes, com melhores condições de vida, abrangendo beneficiamento das moradias na qual eles residem.

#### 4.2.6 Trabalho e poder aquisitivo para o imigrante no país de destino.

Os participantes descrevem suas condições de trabalho e apresentam reflexões sobre a implicação do trabalho em suas vidas, principalmente na manutenção de relações sociais devido, alguns, relatarem que trabalham horas excessivas. Discorrem sobre como o dinheiro influencia nas suas vidas e na manutenção da sua saúde. Assim como os outros aspectos discutidos anteriormente, o trabalho e o dinheiro estão ligados diretamente à qualidade de vida e à manutenção da saúde de uma pessoa.

É muito diferente. Aqui nós trabalhamos mais, é mais pesado, os horários não são tão acessíveis. Não é tanto o horário, é mais o transporte. A pessoa quer chegar mais cedo em casa, mas pega engarrafamento todos os dias, e isso dificulta um pouco (...) por exemplo, no trabalho que estou agora, é muito cansativo. É um trabalho na roça. E queima muita caloria, tem que andar muito. São quilômetros. Mas é difícil conseguir emprego perto de casa. Se tivesse trabalho perto de casa, sobraria mais tempo para ficar com a família, descansar mais. (P2)

Mas claro, não pode trabalhar só para despesa. A gente precisa de dinheiro para viajar de férias com a família. (P3)

Eu trabalho muitas horas. O meu cargo exige esse tipo de horário. (P4)

Se for só o que ganho de onde eu trabalho, eu não acho suficiente. Só de receber e pagar o aluguel, internet e algumas outras coisas, já acabou. Para alimentação e comprar outras coisas que eu preciso, o que eu ganho não é suficiente. Aí eu peço suporte aos meus pais. (P6)

Eu não trabalho. isso me afeta muito (...) às vezes estressa mesmo. Eu sou uma pessoa muito independente. Meu filho vive comigo, então quem me ajuda é minha mãe. Não sou de ficar em casa, eu gosto de sair e fazer minhas coisas. Eu sou trancista, então passa 2 ou 3 meses sem conseguir fazer uma trança, então o dinheiro não é suficiente para fazer as necessidades do meu filho. (P7)

Analisando os relatos dos participantes, percebe-se que há um sentimento de dificuldade em encontrar trabalhos e conquistar salários que atendam suas expectativas e necessidades. É interessante ressaltar que nos países considerados desenvolvidos, o mercado de trabalho conta com uma mão de obra predominantemente composta por imigrantes e estrangeiros. Nesse contexto, um

estudo realizado no Canadá reforça que a mão de obra do trabalho do imigrante é uma das responsáveis pelo crescimento do mercado de trabalho, o que contribui com o desenvolvimento da economia daquele país (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018; YANAR; KOSNY; SMITH, 2018).

Entretanto, há uma realidade em comum com a experienciada pelos imigrantes participantes deste estudo e que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa. Mesmo no país de primeiro mundo, os imigrantes encontram dificuldades que restringem o seu acesso à empregos de qualidade e com maiores salários, devido ao preconceito por parte de empregadores. Nesse bojo, o idioma diferente da língua materna além da exigência de experiência comprovada no país destino se tornam temas que geram apreensão nos imigrantes, pelo fato de muitos não preenchem tal requisito por serem recém-chegados no país destino. Geralmente, estas pessoas ficam sujeitas e expostas a salários menores do que os nativos que desempenham as mesmas atividades (YANAR; KOSNY; SMITH, 2018).

Cabe refletir sobre a posição que o imigrante ocupa no território. Em alguns casos, devido à baixa qualificação profissional desse grupo de pessoas, a baixa formação acadêmica pode leva-los a serem inseridos em postos de trabalhos com menor remuneração no país de destino, o que contribui com a exposição deste grupo à vulnerabilidades (YANAR; KOSNY; SMITH, 2018).

Considerando a adesão ao modus operandi capitalista em grande parte do mundo, e corroborando com o conteúdo supracitado, foi feito um estudo sobre o fator econômico e a imigração no Estado do Mato Grosso. Neste, identificou-se que o imigrante por possuir dificuldades de preencher cargos e postos de trabalhos que estejam de acordo com a sua expectativa e necessidade, não consegue, evidentemente, por meio da atividade laboral, ter acesso ao dinheiro que precisa para manter a suas obrigações sociais. Por meio do dinheiro, o indivíduo consegue alcançar condições dignas de sobrevivência em sociedade (PELLIZARI; ALVEZ, 2021).

Há que ser considerado sobre o trabalho e o imigrante, a existência de desigualdades relacionadas ao gênero, em que homens auferem algo em torno de 30% a mais de salário do que as mulheres, fato este que espelha a realidade do

mercado geral do país. Além deste aspecto, a desigualdade relacionada à raça ou cor também pode influenciar na hora de conseguir um vínculo empregatício formal no país. Imigrantes de cor ou raça amarela, brancos europeus ou norte americanos recebem vencimentos maiores do que as pessoas que possuem raça/cor preta, que geralmente são oriundos da América do Sul, Caribe, África e Centro-América. Enquanto países europeus possuem uma realidade em que o trabalhador recebe em torno de cinco salários mínimos, trabalhadores de países sul-americanos recebem menos do que um salário mínimo (OBMIGRA, 2022). E quando fatores de agravamento estiverem fortemente presentes em um determinado local, os imigrantes ficam ainda mais expostos a subempregos.

Nesta ótica, observa-se a importância de fomentar o emprego e formação dos imigrantes de forma a contribuir com a mudança desta realidade, fazendo com que estas pessoas consigam ter acesso às condições dignas de vida. Isso inclui a preparação dos imigrantes para uma entrevista de emprego na realidade local, as leis que regem as relações de trabalho no Brasil, como também orientações aos empregadores sobre vestimentas religiosas que não interferem no desenvolvimento de atividades, adaptação à variação de pronúncia de algumas palavras, especialmente, os fonemas que não existem na primeira língua dos imigrantes

Pelo período em que o estudo anterior foi realizado, observa-se que a relação entre o fator econômico e a imigração foi realizado durante o período da pandemia de Covid-19 (PELLIZARI; ALVEZ, 2021). Este fator, emergiu como elemento propulsor do desemprego e da impossibilidade de buscar uma nova forma de trabalho, por estes serem empregados constantemente com vínculos trabalhistas frágeis, que não garantem segurança para os imigrantes. Evidenciou-se também que não só a fragilidade do trabalho pode impactar na vida do imigrante, mas também a sua ausência, se apresenta como uma variável negativa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, o presente estudo identificou que os participantes deste estudo abordam aspectos que facilitam ou limitam ao sentimento de saúde como imigrante, portanto, em contexto social diferente em que desenvolveu suas habilidades sociais e hábitos de vida. As percepções de saúde, incluindo serviços do SUS, sob a ótica desses imigrantes apontam para a necessidade de articulações intersetoriais quando se pensa sobre o acolhimento dessas pessoas no Brasil, principalmente, sobre seguridade social, educação, saúde e cultura.

Desse modo, mostra-nos sobre a assertividade de perpassar pelas diferentes camadas do modelo de determinantes sociais em saúde, essa comunicação flexível que pode atribuir à saúde desde aspectos individuais às coletividades. Nesse âmbito, os participantes revelaram conhecimento sobre hábitos de vida que são protetores para a manutenção da sua saúde. Vale esclarecer que o conhecimento sobre hábitos de vida não significa adoção dessas condutas, ou de ter as condições de serem adotadas.

Entretanto, fica evidente a dificuldade que alguns participantes enfrentam para conseguirem trazer para o campo da realidade o que acreditam ser o adequado. Alguns participantes relatam ter ou ter tido dificuldade em manter uma moradia adequada, possuir saneamento básico no seu domicílio ou de manter uma alimentação saudável que seja composta por alimentos que atendam às suas vontades e desejos, como moradores do Distrito Federal. Algumas dificuldades são resultantes do preconceito enfrentando por este grupo e pela dificuldade de acessar bons cargos e salários no país destino, ou seja, é causada por fatores que podem ser superados por meio de políticas públicas que alcance este grupo e que permita a sua entrada no mercado de trabalho ou em programas de auxílios sociais.

Outro aspecto que merece atenção, são as condições de trabalho e o seu impacto na saúde do imigrante. Os participantes enfatizaram a insatisfação com as condições de trabalhos e postos de trabalho e a relação destes com o seu acesso à

recursos financeiros, que por vezes, se apresentam em quantidade insuficiente para manter a sua qualidade de vida.

Ter saúde para o imigrante envolve aspectos que vão além do âmbito biológico, psicológico e social. Há fatores que condicionam e determinam a saúde desta população que precisam ser consideradas, inclusive, o próprio processo imigratório emerge como um alerta para a manutenção da saúde destes indivíduos.

A barreira linguística como determinante social em saúde permeia a vida dessas pessoas que participaram deste estudo, uma vez que pode interferir nas relações sociais, nas relações de trabalho e nos atendimentos nos serviços de saúde. Por isso que a implementação de centros de referência que centralizam o atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade em um ponto da cidade, apesar da barreira de acesso geográfico, pode incentivar que essas pessoas busquem o serviço de saúde para ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e monitoramento da saúde.

Sobre minha experiência de aproximação às realidades de pessoas imigrantes de diferentes países possibilitou o contato com múltiplas formas de viver e permitiu que fosse observado que este grupo se apresenta em situação de vulnerabilidade devido às dificuldades que podem surgir durante o processo imigratório, visto às condições de iniquidades à saúde.

Alguns participantes apresentaram falas que apontavam a necessidade de melhorias no setor saúde por meio de desenvolvimento de políticas públicas, enquanto outros acenavam no sentido de que ao aumentar o número de profissionais e conseqüentemente o número de atendimentos, os problemas de morosidade de atendimento e outras barreiras de acesso ao serviço de saúde seriam solucionados. No entanto, a simplicidade das soluções apontadas não reflete na realidade, uma vez que este estudo sinalizou sobre especificidades para o atendimento dessas pessoas, que o treinamento de profissionais se torna um imperativo.

Por meio deste estudo, foi possível identificar e aprofundar em temas inerentes à saúde do imigrante, que contribuíram com o desenvolvimento deste profissional, que buscará implementar durante o atendimento nos serviços, em cenários que atentem

aos aspectos individuais, globais e culturais de cada indivíduo, principalmente quando este for imigrante.

Como fator limitante do estudo, emergiu a dificuldade de encontrar imigrantes que residem no DF. Muitos que foram contatados e que demonstraram interesse à época não residiam mais no DF. Tal constatação reforça que o imigrante, mesmo já no país destino, continua a migrar de uma parte do território para outra. O que pode dificultar ainda mais o imigrante a desenvolver o sentimento de pertencimento.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, L. M. S.; COUTINHO, M. P. L.; RIBEIRO, C. G. Qualidade de Vida no Contexto Migratório: Um Estudo com Imigrantes Africanos Residentes em João Pessoa - PB, Brasil. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 116–122, 2009.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>.
- BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.
- BRASIL. **LEI Nº 13.445, DE 24 DE MAIO DE 2017**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2023b.
- BRASIL. **Guia de referência para o trabalho social com a população indígena refugiada e imigrante**. Brasília: [s.n.].
- BRASIL. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil**. Fundação F ed. São Paulo: [s.n.].
- CARLOS, J.; PADILHA, N. S.; LAMY, M. A “ SÍNDROME DE ULISSES ” E A MEDICALIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS. v. 24, p. 1–28, 2020.
- CASTAÑEDA, H. et al. Immigration as a social determinant of health. **Annual Review of Public Health**, v. 36, p. 375–392, 2015.
- COGO, D. Internet e Redes Migratórias Transnacionais: Narrativas da Diáspora sobre o Brasil como país de Imigração. **Novos Olhares**, v. 4, n. 1, p. 91, 2015.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. **Public health**, v. 199, p. 20–24, 2021.
- DISTRITO FEDERAL, S. DE DESENVOLVIMENTO DO. **Secretaria de Desenvolvimento Social**. Disponível em: <<https://sedes.df.gov.br/df-tera-o-primeiro-creas-do-brasil-destinado-exclusivamente-a-imigrantes/>>. Acesso em: 16 jun. 2023.
- FERREIRA, A. V. S.; BORGES, L. M. Metamorfoses Interculturais: O Impacto Da Imigração Na Saúde Mental De Imigrantes Universitários Latino-Americanos. **Educação em Revista**, v. 38, p. 1–25, 2022.
- FLORES, C. Bilinguismo infantil . Um legado valioso do fenómeno migratório Child bilingualism . A valuable legacy of Portuguese-German migration. n. February, 2019.
- FUJITA, D. M. et al. Increase of immigrants in emerging countries: Free public healthcare and vaccination as preventive measures in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 2, 2019.
- GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa

mobilidade humana. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 61, p. 285–296, 2017.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 383–394, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **imigração por nacionalidade**. Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/imigracao-por-nacionalidade-1884-1933.html>>. Acesso em: 16 jun. 2023.

JUNGER, G. et al. Refúgio em números 2022 - Resumo Executivo. 2022.

LAKATOS; EVA MARIA, M. DE A. M. **TECNICAS DE PESQUISA**. 9. ed. [s.l.: s.n.].

LTOÉ, I. A.; ZEVEDO, E. D. E. A. Migratory Meals : Food Culture and Refugee' s Identities. n. 22, p. 247–263, 2018.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Immigration, refuge and health: Sociocultural analysis in perspective. **Saude e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 26–36, 2018.

MILESI, A. R. B. P. D. F. P. A. R.; MARINUCCI, R.; CARMO, S. V. DE M. V. DO. Refúgio, Migrações e Cidadania - Caderno de Debates 8. 2013.

MINAYO, S. F. D. R. G. M. C. DE S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 1. ed. Petrópolis, RJ: [s.n.].

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **COMUNIDADE BRASILEIRA NO EXTERIOR**. Disponível em: <[https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/portal-consular/arquivos/14-09\\_brasileiros-no-exterior.pdf](https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/portal-consular/arquivos/14-09_brasileiros-no-exterior.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2023.

OBMIGRA. **Resumo executivo, relatório anual**. Disponível em: <[https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra\\_2020/OBMigra\\_2022/RELATÓRIO\\_ANUAL/Resumo\\_Executivo\\_2022\\_-\\_Versão\\_completa\\_01.pdf](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMigra_2022/RELATÓRIO_ANUAL/Resumo_Executivo_2022_-_Versão_completa_01.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2023.

PAULO, S. Lei municipal nº 16.478, de 8 de julho de 2016. **Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes.**, p. 5–9, 2016.

PELLIZARI, K.; ALVEZ, H. R. A. As interfaces da vulnerabilidade social de imigrantes e refugiados frente a Covid-19: cenário Mato-Grossense. **Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais**, n. 30, p. 315–341, 2021.

PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 94–113, 2010.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007.

SILVA, A. F. Migração E Hábitos Alimentares Em Ambientes Educacionais : O Caso Da triplice-fronteira. 2016.

UNICEF. Cenário da exclusão escolar no Brasil. p. 16, 2021.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSION FOR REFUGEES [UNHCR]. **Global trends forced displacement in 2019**. Unhcr. **Anais...2019** Disponível em: <<https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>>

VILLAÇA, E. **As redes de atenção à saúde**. [s.l: s.n.]. v. 15

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health and COVID-19 : Early evidence of the pandemic ' s impact. **Scientific brief**, v. 2, n. March, p. 1–11, 2022.

YANAR, B.; KOSNY, A.; SMITH, P. M. Occupational health and safety vulnerability of recent immigrants and refugees. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 9, 2018.

## ANEXO 1

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa **Imigração no Distrito Federal: Conceito de saúde para o imigrante**, sob a responsabilidade do pesquisador Renato Pinheiro Conrado. O projeto se justifica por mapear e documentar a definição de saúde para o imigrante, para que o serviço de saúde possa compreender e intervir nesta realidade, respeitando e preservando as características que são importantes para os imigrantes.

O objetivo desta pesquisa é compreender o conceito sobre saúde para o imigrante no Distrito Federal.

O participante receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio da resposta ao questionário via construtor de formulário online que terá duração de aproximadamente 05 minutos. Após respondido este questionário, será marcado via e-mail o dia e horário para a realização da entrevista individual por meio digital conforme a disponibilidade do participante. A entrevista será privada, o pesquisador estará sozinho no ambiente, será autorizado a permanecer na videochamada somente o entrevistador e o participante por um tempo estimado de 30 minutos para sua realização.

Os riscos envolvidos na pesquisa serão o tempo que será disponibilizado pelo participante para participar da pesquisa, o desconforto no momento de realização da entrevista, desconhecimento no momento de preencher do formulário eletrônico. Para minimizá-los serão garantidos ao entrevistado: esclarecimentos sobre o estudo em qualquer tempo da pesquisa; adoção de medidas de segurança inerentes ao ambiente virtual em função das limitações das tecnologias utilizadas, considerando as limitações do pesquisador para assegurar total confidencialidade; liberdade de recusar-se a participar da pesquisa ou se retirar do estudo a qualquer momento, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização; liberdade de recusar-se a responder perguntas que julgar constrangedoras.

Quanto aos benefícios, a participação neste estudo contribuirá com informações que poderão subsidiar ações e melhorias no âmbito de políticas públicas de saúde, minimizando vulnerabilidades em saúde para esta população.

O participante pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Todas as despesas que o participante, quando necessário, tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, acesso à internet para a realização da pesquisa) serão cobertas e ressarcidas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o participante deverá buscar ser indenizado(a), obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UnB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o participante tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Renato Pinheiro Conrado, na Universidade de Brasília – UnB no telefone: 61-9 9981-2084, disponível inclusive para ligação a cobrar, e [renatopc@hotmail.com](mailto:renatopc@hotmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail [cep.fce@gmail.com](mailto:cep.fce@gmail.com), horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assinale o campo de consentimento para participar da presente pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável / Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## ANEXO 2

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_,  
autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **Imigração no Distrito Federal: Conceito de saúde para o imigrante**, sob responsabilidade de **Renato pinheiro Conrado** vinculado(a) ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília**.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para **análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais**.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante  
(a) pesquisador (a)

\_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### Questionário semiestruturado

1. Você veio de qual país?
2. Você herdou alguma doença dos seus pais?
3. Você tem acesso a informações sobre como cuidar da sua saúde?
4. Você acredita que beber e fumar pode prejudicar a sua saúde?
5. Quais outros hábitos você considera nocivo à saúde?
6. Você sente ou já sentiu pressionada por algum colega ou grupo de amigos para fazer alguma coisa que poderia prejudicar a sua saúde?
7. Você possui pessoas ou familiares que lhe dão apoio aqui no Brasil?
8. Você tem acesso a alimentos na quantidade e na frequência que você considera suficiente?
9. A casa que você mora atende as suas necessidades no dia a dia?
10. O local que você mora possui água, esgoto, luz elétrica?
11. Você trabalha?
12. Você mora perto do seu trabalho e amigos?
13. Quantas horas você trabalha por dia? Você tem horário de almoço? Você sente muito frio ou calor no seu trabalho? Você acha que o seu trabalho pode ser feito por mais de uma pessoa ou só você é suficiente?
14. Você considera que o dinheiro que você ganha por mês é suficiente para você cumprir com os seus compromissos financeiros como você gostaria?
15. Você conseguiu manter os seus hábitos culturais mais importantes aqui no Brasil?
16. O que é ter saúde para você, no Brasil?