

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**MIGRAÇÃO INTERNACIONAL EM SERGIPE: SAÚDE E
ACESSO A CUIDADOS SOB O OLHAR DO FLUXO
MIGRATÓRIO**

HERIFRANIA TOURINHO ARAGÃO

Aracaju/SE
Fevereiro – 2022

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**MIGRAÇÃO INTERNACIONAL EM SERGIPE: SAÚDE E ACESSO
A CUIDADOS SOB O OLHAR DO FLUXO MIGRATÓRIO**

Tese de Doutorado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Doutor em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente.

HERIFRANIA TOURINHO ARAGÃO

Orientadora

Profa. Dra. Cláudia Moura de Melo

Aracaju/SE
Fevereiro – 2022

A659m Aragão, Herifrania Tourinho
Migração internacional em Sergipe: saúde e acesso a cuidados sob o olhar migratório/ Herifrania Tourinho Aragão; orientação [de], Prof.^a. Dr^a. Cláudia Moura de Melo - Aracaju: UNIT, 2022.

113 f; il; 30 cm

Tese (Doutorado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes 2022

1. Condição de saúde 2. Acesso aos serviços de saúde 3. Emigração e imigração 4. Cuidados transcultural I. Aragão, Herifrania Tourinho. II. Melo, Cláudia Moura de (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 314.722/. 723:614(813.7)

Gislene Maria S. Dias CRB-5/1410

MIGRAÇÃO INTERNACIONAL EM SERGIPE: SAÚDE E ACESSO A CUIDADOS SOB O OLHAR DO FLUXO MIGRATÓRIO

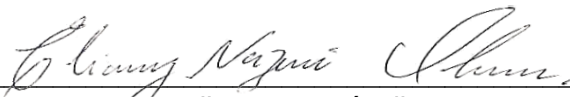
Herifrania Tourinho Aragão

Tese de doutorado submetida à banca examinadora para a obtenção do título de Doutor em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

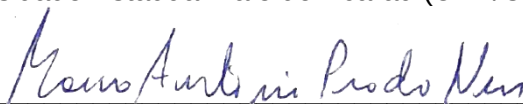
Aprovada por:



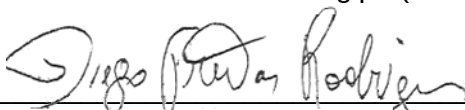
Dra. Cláudia Moura de Melo
Orientadora



Dra. Eliany Nazaré Olivera
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA/CE)



Dr. Marco Antônio Prado Nunes
Universidade Federal de Sergipe (UFS)



Dr. Diego Freitas Rodrigues
Universidade Tiradentes (UNIT/AL)



Dr. Rubens Riscala Madi
Universidade Tiradentes (UNIT/SE)

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista a Deus, que me fortaleceu quando mais precisei e pôs pessoas iluminadas e sábias na minha vida.

EPÍGRAFE

“Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que vem e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar
E assim chegar e partir
São só dois lados da mesma viagem
O trem que chega é o mesmo trem da partida
A hora do encontro é também despedida”
(Milton Nascimento)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe e minha avó (in memorian) por todo amor, oração e dedicação para me ajudar a conquistar os meus sonhos. Serei sempre grata, amo vocês!

A minha irmã Stefania, meu cunhado Rodrigo e Mirella, obrigada pelo incentivo e apoio diário.

Agradeço aos imigrantes por toda confiança em meu trabalho por abrir além das portas físicas de suas residências, as do coração! Vocês narraram detalhes de suas histórias e vivências no processo migratório que foram importantes e fundamentais para o desfecho da minha tese. Gratidão!

Agradeço a minha orientadora, Prof^aDra Cláudia Moura de Melo, por me dar a oportunidade de realizar mais um sonho e me direcionar ao alcance dessa conquista (e outras) que jamais imaginaria. Espero chegar a ter a sua desenvoltura e competência na pesquisa e ensino, lhe admiro muito!

Agradeço aqueles que eu chamo de amigos, vocês foram luz e alegria em todos os dias desta jornada, deixando tudo mais leve!

Agradeço imensamente aos alunos de Iniciação Científica e do Pibic Junior, por me auxiliar com tanto zelo, dedicação e a alegria na execução da pesquisa. Vocês foram especiais e companheiros!

Agradeço a CAPES e FAPITEC/SE pelo apoio financeiro para execução da pesquisa.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUÇÃO	10
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.MATERIAL E MÉTODOS.....	34
4.1. TIPO DE PESQUISA	34
4.2. ÁREA DE ESTUDO	35
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.4. SITEMÁTICA DA COLETA DE DADOS	37
4.6. ANÁLISE DE DADOS	38
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	39
5- REFERÊNCIAS.....	40
ARTIGO 1- De imigrante a paciente: fatores condicionantes no uso de serviços de saúde públicos por imigrantes em área litorânea do nordeste brasileiro.....	53
ARTIGO 2- Saúde e Imigração: Demandas e utilização de serviços de cuidados por imigrantes no Nordeste brasileiro	79
CONCLUSÕES GERAIS.....	94
APÊNDICE A.....	97
APÊNDICE B.....	100
APÊNDICE C.....	105
APÊNDICE D.....	107
ANEXO A.....	109

RESUMO

Este estudo investigou as condições de saúde dos migrantes internacionais, assim como o seu acesso aos serviços de saúde no estado de Sergipe, Brasil. Estudo transversal com abordagem quantiquantitativa, desenvolvido na área metropolitana de Aracaju/Sergipe, com 186 imigrantes, entre março de 2019 e abril de 2021. O estudo é composto por dois artigos. No artigo I analisou-se os fatores condicionantes no uso de serviços de saúde pelos imigrantes internacionais em área litorânea do nordeste brasileiro. Os imigrantes foram distribuídos em grupos por renda per capita do país de origem, denominados: “Imigrantes de países de Alta Renda – IAR”, “Imigrantes de países de Renda Média – IMA” e “Imigrantes de países de renda Média Baixa e Baixa – IMB”. No artigo II, analisou-se as demandas e utilização dos serviços de saúde por clusters migratórios internacionais na área metropolitana de Aracaju/Sergipe. Foram utilizados 4 instrumentos relacionados ao Perfil Sociodemográfico e Migratório, ao Acesso aos Serviços de Saúde e as Condições de Saúde, sendo analisados com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25,0, adotando-se $p < 0,05$, enquanto que para os discursos dos sujeitos, utilizou-se a técnica de Bardin e análise de clusters. A maioria dos imigrantes eram homens (64,5%), advindos dos países de origem de Renda Média Alta (38,5%) e Baixa e Média Baixa (33,7%), principalmente da América Latina (69,35%), especialmente venezuelanos e colombianos. A etnia/cor autodeclarada mais prevalente foi a branca (46,5%), seguida de parda (33,7%), enquanto a negra foi de 6,4%. Os principais motivos para migração foram trabalho, reagrupamento familiar/casamento e estudo. Os imigrantes IMB são mais jovens, com menor tempo de permanência no país receptor, possuem ensino fundamental, exercem atividade laboral sem carteira de trabalho assinada, com renda de até 1 salário mínimo ($p < 0,05$). A partir das narrativas dos imigrantes sobre o uso dos serviços de saúde, formou-se 8 categorias condicionantes: expectativas, organização das unidades, barreiras linguísticas, ser indocumentado, relação profissional de saúde-paciente, informações sobre os serviços de saúde e padrões de cuidados. Elaborou-se um dendograma de aproximação com quatro clusters. As infecções gastrointestinais destacaram-se entre os imigrantes IMA, enquanto os IAL possuem aproximadamente duas vezes mais chances de apresentar doenças crônicas não transmissíveis. A idade e tempo de permanência dos imigrantes influenciam na auto-avaliação da saúde, além da maior busca por serviços de saúde e doenças crônicas ($p < 0,05$). O Sistema Único de Saúde foi o serviço mais buscado principalmente por imigrantes IMB e IAL ($p < 0,05$). Os imigrantes apresentam vulnerabilidades e limitações na busca e utilização no serviço de saúde, ligados a fatores socioeconômicos e culturais, demonstrando a relevância da competência transcultural na assistência em saúde e no acolhimento. Esta pesquisa pode subsidiar a redução das limitações aos cuidados de saúde dos imigrantes no sistema de saúde receptor e a garantir o alcance dos seus direitos, em um contexto de escassez de análises de informações e evidências sobre as regiões com fluxo migratório emergente, especialmente no nordeste brasileiro.

Descritores: Condições de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Emigração e Imigração. Cuidados Transcultural

ABSTRACT

This study investigated the health conditions of international migrants, as well as their access to health services in the state of Sergipe, Brazil. Cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach, developed in the metropolitan area of Aracaju/Sergipe, with 186 immigrants, between March 2019 and April 2021. The study consists of two articles. The article analyzed the conditioning factors in the use of health services by international immigrants in a coastal area of northeastern Brazil. Immigrants were divided into groups based on per capita income in the country of origin, called: "Immigrants from High-Income Countries - IHI", "Immigrants from Middle-Income Countries - IMI" and "Immigrants from Lower and Lower Middle-Income Countries - ILM". In article II, the demands and use of health services by international migratory clusters in the metropolitan area of Aracaju/Sergipe were analyzed. Four instruments related to the Sociodemographic and Migratory Profile, Access to Health Services, and Health Conditions were used, being diagnosed with the aid of the statistical package for the Social Sciences (SPSS), version 25.0, adopting $p < 0.05$, while for the subjects' speeches, the Bardin technique and cluster analysis were used. Most immigrants were men (64.5%), coming from Upper Middle Income (38.5%) and Low and Lower Middle Income (33.7%), mainly from Latin America (69.35%), especially Venezuelans and Colombians. The most prevalent self-reported ethnicity/color was white (46.5%), followed by brown (33.7%), while black was 6.4%. The main reasons for migration were work, family reunification/marriage, and study. ILM immigrants are younger, spend less time in the receiving country, have elementary education, work without a formal contract, and earn up to 1 minimum wage ($p < 0.05$). From the immigrants' narratives about the use of health services, 8 conditioning categories were formed: expectations, organization of units, language barriers, being undocumented, health professional-patient relationship, information about health services, and standards of care. An approximation dendrogram with four clusters was elaborated. Gastrointestinal infections stood out among IMA immigrants, while IALs are approximately twice as likely to have chronic non-communicable diseases. Immigrants' age and length of stay influence self-assessment of health, in addition to the more excellent search for health services and chronic diseases ($p < 0.05$). The Unified Health System was the most sought service, mainly by ILM eIAL immigrants ($p < 0.05$). Immigrants present vulnerabilities and limitations in the search for and use of the health service, linked to socioeconomic and cultural factors, demonstrating the relevance of transcultural competence in health care and reception. This research can support the reduction of limitations to the health care of immigrants in the receiving health system and guarantee the achievement of their rights, in a context of scarcity of analysis of information and evidence about regions with the emerging migratory flow, especially in the northeast. Brazilian.

Descriptors: Patient satisfaction. Health conditions. Access to health Services. Emigration and Immigration. Cross-Cultural Care.

1. INTRODUÇÃO

A história humana está intimamente ligada aos fluxos migratórios, os quais podem ocorrer por escolha ou por necessidade (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2012; LIMA et al., 2017). Dados da Organização Internacional de Migração (OIM) evidenciam a existência de 281 milhões de imigrantes internacionais no mundo (IOM, 2022). No Brasil, o fenômeno migratório internacional tem apresentado perfil ascendente, variando de 592 mil imigrantes em 2010, para 807 mil em 2019 (IOM, 2020b). O crescimento migratório brasileiro foi intensificado a partir dos anos 2000, em razão das consideráveis taxas de crescimento econômico, da redução nos índices de pobreza e de extrema pobreza, aliado com o otimismo à ascensão ao mercado laboral, além de imagem positiva em termos de multietnicidade e acolhida (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2016; GRANJA; VILLARREAL, 2017; LEITE; UEMURA; SIQUEIRA, 2018) e pela organização de grandes eventos mundiais (JUBILUT; GODOY, 2017).

Segundo dados do Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), o Brasil recebeu 206.737 solicitações de reconhecimento de refúgio entre os anos de 2011 a 2018, no entanto, o ano de 2018 destacou-se em percentuais de solicitações (39%) comparado ao ano anterior (16,4%). Todavia, com o avanço das normativas de fechamento de fronteiras para conter a pandemia da Covid-19, observou-se uma queda brusca no número de registros de imigrantes, registrando uma redução de quase 50% ao comparar os anos de 2019 e 2020 (aprox. 160.000 vs 80.000, respectivamente), destacando-se as mulheres, com redução de 55,0% (OLIVEIRA, CAVALCANTI, MACEDO, 2021). No estado de Roraima, locus da maior parte dos fluxos de refugiados venezuelanos recentes, os registros migratórios entre os anos de 2019 e 2020 apresentaram queda de aproximadamente 80% (28.821 vs 5.931, respectivamente) (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

No deslocamento humano de uma região para outra ocorrem intrínsecas rupturas importantes, tanto espaciais como nas vivências dos indivíduos (comportamentais), em diferentes modalidades de aculturação (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS 2012). Contudo, a migração isoladamente não representa um fator de risco, mas expõe o impacto da migração na saúde individual e os determinantes presentes em cada etapa do processo, com efeitos físicos e psicológicos (LANGLOIS et al., 2016; GALINA et al., 2017), que possivelmente podem variar com o status migratório ((in)regular), o empoderamento prévio de informações sobre os serviços de saúde disponíveis na sociedade receptora, a sua adaptação e a cultura de origem da pessoa que imigra, assim como aos parâmetros de saúde e suas representações de saúde/doença originais (FRANKEN et al., 2012).

O uso dos serviços de cuidados, na perspectiva do usuário imigrante, é influenciado por diferentes fatores determinantes, tais como características individuais (idade, gênero,

nível financeiro e educacional); os de capacidade, que condiz as características do sistema de saúde, incluindo-se a acessibilidade, percepção e experiências anteriores; além das necessidades definidas pelas condições de saúde atuais, exposição a fatores de risco, e compreensão face a saúde e doença. Tais determinantes podem gerar possíveis desigualdades no acesso e uso aos cuidados de saúde (SCHEPPERS et al., 2006; KHAN et al., 2013; MARTES; FALEIRO, 2013; SARRÍA-SANTAMERA et al., 2016), inclusive quanto a diferenciação e/ou desigualdade étnica no país receptor (STRONKS; RAVELLI; REIJNEVELD, 2001; UITERS et al., 2006; DIAZ et al., 2014).

Algumas revisões sistemáticas têm apontado um crescente desenvolvimento mundial de estudos na interface saúde vs imigração, principalmente na Europa e Estados Unidos, e escassez de estudos na América do Sul (MARKKULA et al., 2018; JUÀREZ et al., 2019). A Teoria Transcultural de Leininger aponta a importância das práticas de cuidado e a construção do conhecimento cultural sobre os indivíduos/grupos assistidos (PRECIADO, 2018; ALMEIDA et al., 2021), justamente por compreender que esta população não pode ser investigada de forma uniforme quanto a saúde, e sim dentro da diversidade dos grupos migratórios nos espaços que se estabelecem, a fim de auxiliar no estabelecimento de políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas na promoção e proteção da saúde em sua realidade. Diante ao exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Quais os determinantes socioculturais e necessidades de saúde que influenciam no uso dos serviços de cuidados em Sergipe, sob o olhar do fluxo migratório contemporâneo?

No Brasil, com ascensão no fluxo migratório como país receptor, observa-se necessidade em analisar este fenômeno dentro das especificidades dos territórios nos quais ele ocorre, até mesmo no Nordeste brasileiro, com escassez de estudos voltados à temática, inclusive em áreas contemporâneas de pequeno e médio fluxo migratório, como Aracaju e região metropolitana em Sergipe (CAVALCANTI et al., 2019). Levantamento realizado por Ennes, Morato e Santos (2020) aponta que os estudos realizados no Nordeste brasileiro, entre o século XIX e XX, se concentram nas áreas de conhecimento de História, Ciências Sociais e Sociologia, principalmente os de caráter documental, sem exceção em território sergipano (SANTANA, 2005; ENNES, 2011; GOES, 2015).

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as condições de saúde dos migrantes internacionais, assim como seu acesso e utilização de serviços de cuidado em Sergipe, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o acesso e utilização da assistência de saúde, de acordo com a auto-avaliação dos imigrantes;
- Averiguar as demandas de saúde em relação à ocorrência de doenças crônicas e a auto-avaliação do status de saúde pré e pós-migração.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Refletindo sobre os conceitos e instituições relacionadas ao processo migratório internacional

Ao longo da história humana, observou-se que diferentes povos percorreram distintos rumos devido às diferenças ambientais e de desenvolvimento em que viviam, não por motivos biológicos, sendo que as doenças epidêmicas/pandêmicas e as armas bélicas fundamentaram a dominação de certos povos sobre outros (DIAMOND, 2013). Dados da Organização Internacional de Migração (OIM) evidenciam a existência de 281 milhões de imigrantes internacionais, o que corresponde a 3,6% da população mundial (IOM, 2022). Os motivos para migrações são uma complexa teia de razões, sejam em busca de melhores condições de vida, na tentativa de escapar de conflitos, perseguições e violações de direitos humanos, bem como em razão de mudanças climáticas e desastres ambientais. Nota-se que, o processo de deslocamento de uma região para outra, às vezes, é uma escolha, outras vezes, uma necessidade (FRANKEN et al., 2012; LIMA et al., 2017).

É perceptível que, por estarem em grande evidência nos meios de comunicação, os conceitos de “refugiado” e “(i)migrante” são frequentemente e paralelamente confundidos na mídia e em discussões públicas, uma vez que ambos estão pautados em questões referentes a expatriação e busca por melhores condições na qualidade de vida. Em um viés mais abrangente, imigrante pode ser considerado como pessoas que se deslocaram para outras regiões na intenção/busca por um bem-estar social mais equilibrado. O refugiado, por sua vez, encontra-se em vulnerabilidade social e condição real de risco à vida em seu país de origem, necessitando de refúgio em outro lugar e de proteção no âmbito do direito internacional (PIEDADE; ANJOS, 2016) (Quadro1). Em razão das consequências vindas das alterações ambientais, existem dentre os grupos de mobilidade humana os chamados “deslocados ambientais”, que embora não exista perseguição como exigido pelo estatuto do refúgio, necessitam sair de suas fronteiras, porém há ausência de proteção jurídica específica e reconhecimento legal para essa categoria de imigrantes (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Quadro1: Indicativos determinantes na classificação de imigrantes e refugiados

Itens indicativos	Imigrante	Refugiado
Está fora do seu país	Sim	Sim
Motivo do deslocamento	Melhores condições de vida, busca de trabalho, educação, reunião familiar, entre outros.	Temor fundado de perseguição ou conflitos armados
Necessita de proteção internacional	Não	Sim
Vulnerabilidade Social	Sim	Sim
Corre risco de vida em seu país	Não	Sim
Pode voltar ao país de origem	Sim	Não
Lei regente para garantia de direitos no Brasil	Lei nº 13.455/2017	Lei nº 9.474/97

Fonte: Elaborado a partir do modelo proposto por Milesi e Cabrera (2010) e ACNUR (2021).

Outra distinção entre “refugiado” e “(i)migrante” refere-se a interpretações jurídicas e políticas. As leis direcionadas e pautadas aos (i)migrantes seguem os procedimentos relacionados às Leis de Imigração de cada país ou Estado. As leis referentes aos refugiados seguem um conjunto de normas e acordos internacionais, sendo no Brasil explicitada na Lei nº 9.474 de 22 de julho de 1997 (PIEADADE; ANJOS, 2016).

O Estatuto do Estrangeiro no Brasil, desde 1980, era regulamentado conforme os acordos bilaterais entre países para o visto permanente ou temporário ao estrangeiro. Os imigrantes sem visto, que entrassem no território brasileiro, ficavam proibidos de regularizar sua permanência após a entrada no país. Em 1991, essa situação modificou-se, especialmente para os imigrantes sul-americanos, com o estabelecimento do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). No ano de 2017, a Nova Lei de Imigração instituiu uma perspectiva pautada nos direitos humanos com o repúdio à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação. Houve, dessa maneira, facilidades para o acolhimento e permanência de imigrantes de diferentes nacionalidades. Porém, diante das resoluções indefinidas, observa-se que o imigrante passou a buscar a modalidade de refugiado para ampliar suas chances de permanecer regular no Brasil, assegurando os seus direitos como a carteira de trabalho e atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (QUEIROZ, 2018). Essa transformação jurídica impulsionou o aumento na entrada de imigrantes no país, como um sujeito de direitos (MANTOVANI, 2021).

Além dos indivíduos forçados ou por necessidades a migrar, há os imigrantes considerados apátridas, os quais não possuem nacionalidade ou cidadania, pois o elo existente entre o Estado e o indivíduo se rompeu. O indivíduo, nessas condições, certamente, está vulnerável a diversas dificuldades, por se encontrar sem acesso a serviços de saúde e de educação, direitos de propriedade e de exercer livremente o direito de ir e vir. Em virtude dessa circunstância, a tendência é que os apátridas venham a se tornar pessoas marginalizadas nos locais de refúgio (AHLERT; ALMEIDA, 2016).

O Alto Comissariado das Nações Unidas (ACNUR), por sua vez, em discussões políticas, refere-se ao fenômeno de deslocamento de refugiados e migrantes (incluindo vítimas de tráfico ou outros migrantes vulneráveis) com o termo “migrações mistas” e outros correlatos como “fluxos mistos” ou “movimentos mistos”, por serem formas úteis e práticas de se referir aos que percorrem caminhos lado a lado (ACNUR, 2016). Além disso, os indivíduos, ao não encontrarem opções de migração regular, possibilitam a criação de redes de *facilitadores* do processo migratório, ao qual se inclui o tráfico/contrabando de migrantes, acarretando uma proporção elevada de indivíduos indocumentados nos países receptores (ACNUR, 2012).

Os fluxos mistos, além de serem alvos de preocupação do ACNUR, também são objeto de preocupação da Organização Internacional das Migrações (OIM) diante das vulnerabilidades que esses indivíduos se deparam no percurso da viagem e nos países receptores, justamente pelas diversas modalidades migratórias que podem dificultar o reconhecimento de algumas categorias, tais como os refugiados. A atuação da OIM tem sido direcionada ao aumento da proteção a todas as modalidades migratórias, inclusive irregulares, pois, dessa forma, os países receptores não agirão de uma perspectiva que priorize o impedimento e a expulsão desses imigrantes, conferindo a cada um as formas de regularidade e proteção a que fizerem jus (SILVA; BORGUS; SILVA, 2017). O Quadro 2 evidencia as diversas categorias migratórias.

Quadro 2. Tipos de migrações, de acordo com a situação de entrada no país receptor

Migração regular	
Sem restrições de residência ou de trabalho	Restrição de trabalho e residência
Livre migração	Migração contratual
Admissão com vistas a residência permanente	Migração oficial e de negócios
Migração irregular	
Irregularidades institucionais	Irregularidades estatutárias
Falta de políticas explícitas	Proibição da reunificação familiar
Ineficiência administrativa	Limites de movimento e residência dentro do Estado
Legislação ambígua e com falhas	Limites a livre escolha do emprego
	Entrada irregular
	Estância irregular
	Atividades econômicas ilegais
Migração de refugiados	
Segundo o Estatuto dos Refugiados	
Perseguição racial	
Perseguição religiosa	
Perseguição por causa da nacionalidade	
Perseguição por pertencimento a um grupo social	
Perseguição por conta da opinião política	
Observação: há outros documentos que ampliam o rol de perseguições expresso no Estatuto	

Fonte: SILVA et al (2017)

No Brasil, o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE) e o ACNUR têm concentrado esforços no intuito de garantir o refúgio aos indivíduos enquadrados no artigo

1º, da Lei nº 9.474/97. Isso porque, em relação a lei brasileira do refúgio instituiu ao CONARE, em 1997, a função de conduzir a entrevista com o solicitante e determinar o status do migrante de acordo com os princípios da Convenção de Genebra de 1951 sobre o status de refugiado (AHLERT; ALMEIDA, 2016). Esse órgão é constituído por representantes governamentais e não governamentais, como o Ministério da Justiça e Cidadania (presidente), do Ministério das Relações Exteriores (vice-presidência), do Ministério da Economia, do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, do Departamento da Polícia Federal, da Defensoria Pública da União, de organizações da sociedade civil (Cáritas Arquidiocesana de São Paulo, Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro, Instituto de Migrações e Direitos Humanos) e do ACNUR (BRASIL, 2021).

O ACNUR foi criado como órgão subsidiário da Organização das Nações Unidas e possui sede em Brasília. Esse órgão tem o objetivo de garantir a proteção jurídica internacional para permanência do refugiado em determinado Estado. Além disso, com autorização do país receptor, a instituição deve encontrar soluções duradouras para os problemas dos refugiados nos países de acolhimento, buscando auxílios materiais até que este consiga obter condições mínimas para sua manutenção, assim como de supervisionar o cumprimento da Convenção de Genebra em 1951 e do Protocolo de 1967 (LIMA et al., 2017).

A Convenção de Genebra de 1951 tratou de esclarecer e definir quem são os grupos de refugiados e quais são seus direitos e deveres perante os países que o acolheram como fruto de acordos diplomáticos da 2ª Guerra Mundial. No entanto, apesar do estabelecimento dos direitos e deveres na Convenção, o Protocolo, com base na Convenção de 1951, só entrou em vigor em 1967, destacando o estabelecimento de padrões básicos para os cuidados terapêuticos mínimos direcionados à população refugiada, sem impor limites aos Estados no desenvolvimento das ações de cuidados, além de afirmar a competência e a supervisão da ACNUR para proteção dos refugiados (LIMA et al., 2017; ACNUR, 2018).

O papel do Brasil no cenário do fluxo migratório internacional

Na segunda metade do século XIX, diversos determinantes externos ao Brasil impulsionaram o fluxo migratório ao país, como o caos vivenciado na Europa devido às tensões entre trabalhadores e grandes proprietários de terras, ao esgotamento de solo e consequentes crises agrícolas, ao exaurimento das florestas europeias, à opressão fiscal, às políticas comerciais, ao desemprego e sistemas econômicos deficientes (capitalismo e 2ª revolução industrial). Desse modo, o governo brasileiro passou a incentivar o ingresso desses imigrantes no país, como uma forma de obter mão de obra qualificada destinada a

substituir os escravos, até então a grande massa trabalhadora local (FIGUEREDO; ZANELATTO, 2017).

A partir da década de 1950, o Brasil começa a atrair imigrantes, principalmente europeus e japoneses, em decorrência da destruição de regiões europeias e asiáticas devido à segunda guerra mundial e às dificuldades de reconstrução dos locais atingidos. Esses imigrantes uniram-se àqueles que já se encontravam no Brasil e passaram a contribuir decisivamente para os processos de crescimento industrial e desenvolvimento brasileiro, agregando suas experiências de produção, não somente agrícola, mas, também, industrial (FIGUEREDO; ZANELATTO, 2017).

O fluxo migratório também se relacionou com ideias sobre o “branqueamento” da população brasileira no final do século XIX, por meio da mistura das populações já existentes no país, inclusive africanas, com as populações brancas de origem européia, no intuito de buscar a melhoria da “raça”. Portanto, a imigração branca teria como efeito reforçar a predominância dos brancos e fortalecer a população brasileira por intermédio da mistura, consequentemente haveria uma diminuição da população negra por motivos associados: à suposta baixa fertilidade dos negros e mulatos, suposta inferioridade intelectual, maior incidência de doenças sobre esta população, além da tradição portuguesa de cruzamentos inter-raciais e a imigração europeia. Dessa forma, entre os séculos XIX e XX, o país acolheu, aproximadamente, 4,4 milhões de indivíduos oriundos de Portugal, Itália, Espanha, Japão, Alemanha e outros países (GRANADA et al., 2017).

O historiador Fábio Koifman afirmou que, na ditadura de Getúlio Vargas, a escolha do perfil da população migratória para o Brasil foi estabelecida pelo Ministério da Justiça, considerando como imigrantes desejáveis: brancos, católicos e apolíticos, de preferência portugueses de baixa escolaridade, sem “ideias dissolventes” como as que tinham grupos intelectualizados da Alemanha, França e Áustria. Nesse período, várias leis foram aprovadas estabelecendo cotas de imigração restringindo a entrada, principalmente, de orientais, por acreditar que atraindo “bons” imigrantes, o Brasil, no período de 50 anos, se transformaria em uma sociedade mais desenvolvida, não apenas na questão econômica, como sob o critério étnico (HAAG, 2012).

No século XXI, o Brasil observou um aumento crescente de imigrantes, de diversas nacionalidades, cujos motivos são variados e diferentes. Assim, de modo diverso das imigrações do final do século XIX e até a década de 1930, em que os principais fluxos migratórios no país eram de indivíduos originários do Norte Global (majoritariamente europeus), observou-se o incremento de imigrantes provenientes do Sul Global, tais como: senegaleses, congoleses, angolanos, haitianos e venezuelanos, entre outros (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020). As possíveis causas para esse aumento estavam relacionadas à estabilidade da economia brasileira, oportunidades de vida

existentes e a maior visibilidade no cenário externo (ASSAD, 2012), principalmente em 2007 na crise econômica nos Estados Unidos e agravada em 2008, afetando de forma substancial a Europa e o Japão (BÓGUS; FABIANO, 2015).

O Brasil, a partir dos anos 2000, tornou-se mais atrativo para a imigração devido ao crescimento ascendente social, econômico e de mercado laboral, em função de seu reposicionamento geopolítico impulsionado pela lógica do “Commodities Consensus”, além de ter sediado grandes eventos de abrangência internacional, como a Copa do Mundo em 2014 e as Olimpíadas em 2016 (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020). Apesar do Brasil não receber uma quantidade tão expressiva de imigrantes, em comparação a países europeus e da América do Norte, vem sendo impactado por esse fluxo migratório internacional contemporâneo para integração desses indivíduos, especialmente nos âmbitos da saúde, trabalho, educação e habitação (GUERRA; VENTURA, 2017).

A América do Norte, principalmente os EUA, tem apresentado um crescimento exponencial do fluxo migratório, de 50 milhões de imigrantes internacionais em 2010 para 58,7 milhões de imigrantes em 2020, assim como o continente europeu, 40,2 milhões de imigrantes em 2010 para 50,9 milhões em 2020 (IOM, 2020). Na América do Sul, observou-se um crescimento migratório duplicado, que variou de 5,2 milhões em 2010 para 10,9 milhões de imigrantes em 2020, no qual, o Brasil, em semelhantes intervalos temporais, tem apresentado perfil ascendente variando de 592 mil imigrantes para 1,1 milhão. Todavia, o quantitativo de imigrantes no Brasil representa um percentual inferior a 1% para população brasileira, considerado baixo em razão a sua extensão territorial e tamanho da economia brasileira (IOM, 2020; MANTOVANI, 2021).

É importante apontar que o ano de 2020, tanto para o Brasil e demais países, foi marcado e impactado pela emergência global à saúde humana, o vírus Sars-Cov-2, agente etiológico que transmite a COVID-19 (LANA et al., 2020). Após o alerta da Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmando se tratar de uma Pandemia, os governos dos países impuseram, de forma rápida, limitações às viagens com o objetivo de mitigar a propagação do contágio entre as diferentes regiões do mundo (CHETAIL, 2020). Em 21 de agosto de 2020, um total de 219 países emitiram 85.034 restrições de viagem de vários tipos (IOM, 2020). Contudo, indagações surgiram quanto às proibições de entrada baseadas, exclusivamente, em considerações à saúde ou aos outros propósitos, visto que a Covid-19 poderia oferecer um pretexto elegível para governos populistas e sua agenda nacionalista de fechamento de fronteiras, como nos Estados Unidos durante o governo de Donald Trump (CHETAIL, 2020).

O fechamento da fronteira, do ponto de vista político, pode ter resultados contraditórios e até perigosos para lidar com a pandemia por duas razões principais. Em primeiro lugar, o fechamento de fronteiras estimula os indivíduos a realizarem a migração

irregular, sem qualquer avaliação de saúde e acompanhamento (GUADAGNO, 2020; ULLAH; NAWAZ; CHATTORAJ, 2021). Além disso, também priva/diminui recursos humanos, indocumentados ou não, de extrema necessidade para os países em razão do grande percentual de migrantes que trabalham em setores considerados essenciais para enfrentar a pandemia, como saúde, agricultura, serviços de entrega, limpeza, cuidados com crianças e pessoas com deficiência ou idosos, entre outros (GELATT, 2020; PAGE et al., 2020). Em razão da maioria dos imigrantes exercerem cargos em linha de frente na pandemia e residirem em ambiente com alta densidade populacional e baixa infraestrutura para adoção de medidas preventivas, integram os grupos mais suscetíveis à Covid-19 (ZAPATA; ROSAS, 2020).

No Brasil, assim como em várias áreas geográficas, a pandemia da Covid-19 implicou na maior redução dos movimentos de entrada e saída no país, sem precedentes na série histórica. Enquanto o volume médio mensal de movimentos migratórios em 2019 era de quase 2,5 milhões, nos meses de abril e maio de 2020, esse número girou em torno de 90 mil, caindo ainda para menos de 40 mil em junho e julho de 2020. Dados da entrada imigrantes regular até agosto de 2020 apontam que apenas 18 imigrantes haviam entrado no país no mês de abril, considerado o menor valor mensal da série histórica (2000-2020). Já nos meses posteriores, apresentou um ligeiro crescimento, chegando a 155 indivíduos em agosto, situação que não era vista desde dezembro de 2000, com menor número de registros (1.359). Ao comparar fluxo migratório biênio 2019 e 2020, os países que se destacaram em redução na entrada de imigrantes no Brasil foram a China, Bolívia, Uruguai e Colômbia, enquanto os estados que menos receberam imigrantes foram Roraima (-79,4%), São Paulo (-77,0%) e Rio Grande do Sul (-76,8%) (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

No entanto, a mobilidade humana tem proporcionado a produção e reprodução das desigualdades internacionais intensificadas pelo processo de globalização. Novos e constantes fluxos de imigração têm levantado questões sobre Direitos Humanos, destacando como fatores associados relevantes o acesso à saúde e a integração desta população na sociedade e no mercado de trabalho. Os meios de comunicação de diversos países, principalmente os europeus, tratam a chegada dos migrantes como uma “ameaça” e/ou “risco” ao seu país, por terem a concepção que eles podem transmitir doenças, congestionar mais ainda o sistema de proteção social e o mercado laboral (VENTURA, 2015), principalmente durante o período pandêmico, cujas fronteiras foram fechadas desta feita a partir da retórica de serem transmissores da Covid-19 (CHETAIL, 2020; MACÍAS, 2021).

Pesquisa do Instituto Francês Ipsos com 17.903 sujeitos de 25 países receptores, inclusive o Brasil, identificaram que 42% destes afirmaram que o impacto da imigração em

seu país foi negativo e que havia excesso de imigrantes em seus países; 46% acreditavam que os estrangeiros dificultavam o acesso dos nativos a empregos e apenas 21% dos entrevistados consideraram positivo o impacto dos imigrantes em seus países. Entretanto, a preocupação dos brasileiros com o impacto da imigração nos serviços públicos é uma das mais baixas do mundo, já que a média mundial é de 49%, mas em países como Turquia e Itália o percentual supera 60% (IPSOS, 2017).

No período pandêmico, também pôde-se observar reações negativas ao imigrante, inclusive por parte de líderes políticos. Nos Estados Unidos, o presidente Donald Trump começou a chamar repetidamente a Covid-19 de "vírus chinês", o que pode ter encorajado insultos étnicos contra a população asiática; o embaixador italiano em Dublin, Paolo Serpi, afirmou que a Itália foi o primeiro país europeu afetado em larga escala pela pandemia, em razão da quantidade de população chinesa dedicada à indústria têxtil no norte do país; assim como o líder político de direita Matteo Salvini, ao afirmar que migrantes africanos podem ter trazido o vírus com eles. Discursos xenofóbicos semelhantes também ocorreram em diversos outros países, a depender da origem migratória (MACÍAS, 2021).

A imagem do Brasil como país cordial e hospitaleiro, vendida no exterior, vem se deteriorando devido a cenários hostis de violência simbólica e física contra grupos de imigrantes, sobretudo negros, que fugiram das condições sociais, políticas e econômicas em seus países na esperança de encontrar no Brasil um ambiente amistoso e hospitaleiro para reconstruir suas vidas (VARGEM; MALOMALO, 2015; MAGALHÃES et al., 2022). Abaixo são relatados três casos de violência, de grande repercussão, divulgados na imprensa brasileira:

Caso de violência 1: Na madrugada de março de 2007, ocorreu um incêndio criminoso em apartamentos que alojavam 10 estudantes africanos na Universidade de Brasília. Apesar das dificuldades de evadir dos quartos, conseguiram escapar sem nenhum machucado. Os principais acusados de terem cometido o crime foram estudantes brasileiros (brancos), que há alguns anos ameaçavam verbalmente os estudantes migrantes e utilizavam fotos e pichações na parede de cunho racista (SUWWAN; ROSSITER, 2007).

Caso de violência 2: Em 2011, outro caso de violência foi cometido contra 9 nigerianos que saíram de seu país de origem devido a situação política e econômica. Eles foram mantidos mais de 15 dias em um navio de bandeira turca com fome e sede, sem condições higiênicas adequadas. Quando o navio atracou no porto, a tripulação comunicou aos agentes de fronteira a presença dos clandestinos, e um dos dizeres mais marcantes dos refugiados nigerianos foi "Brasil, nos ajude!". Porém, o delegado da Polícia Federal não permitiu a entrada e a permanência legal em território brasileiro. Em suas palavras, declaradas em rede nacional televisiva, os nigerianos poderiam ser terroristas, possíveis ameaças à segurança nacional e ameaças à saúde pública e sanitária. Em função da

repercussão, várias instituições de direitos humanos, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), emitiram liminar da justiça e os nigerianos conseguiram desembarcar e solicitar refúgio no Brasil (ANIBAL; EUSTÁQUIO, 2011).

Caso de violência 3: Em 2022, no Rio de Janeiro, um jovem imigrante congolês chamado Moises Kabamgabe, foi brutalmente assassinado com pedaços de madeiras e tacos de beisebol por cinco brasileiros e, posteriormente, seu corpo foi amarrado em uma escada. O motivo do crime foi a cobrança de pagamento por dias trabalhados em um quiosque. A embaixada do Congo cobrou explicações das autoridades brasileiras sobre o ocorrido e lembrou outros casos de assassinatos de cidadãos congolezes no Brasil que ainda estão em trâmite judicial (PARENTE, 2022).

Estudo realizado no início da pandemia da Covid-19 no Brasil, a partir de um subproduto de dissertação de mestrado intitulada *A cor da violência obstétrica*, identificou ações de racismo obstétrico em narrativas, inclusive de mulheres imigrantes, relacionadas à seletividade do direito à acompanhante do parto. Uma imigrante síria, autodeclarada como parda, obteve o direito ao acompanhante durante o internamento diante justificativa a barreira linguística, em comparação, uma imigrante haitiana, autodeclarada como negra, apesar das dificuldades linguísticas e complicações obstétricas, teve esse direito negado pelo serviço de saúde e justificado pela implementação de rígidos protocolos de controle e prevenção em relação à pandemia de Covid-19 (MITTELBAACH; ALBUQUERQUE, 2022).

O termo xeno-racismo, proposto pelo romancista srilankês Ambalavaner Sivanandan, tem sido introduzido nas discussões sobre fluxo migratório mediante as características históricas e sociais específicos do capitalismo no Brasil, visto que os determinantes de aceitação e distinção social são pautados pela colonização proporcionaram um cenário desigual e heterogêneo no acolhimento ao imigrante, a depender de sua origem e heteroclassificação dos marcadores sociais de diferença locais, como raciais, étnicas, religiosas e, principalmente, classe social. A problematização não se sintetizaria à mera discriminação ou fobia contra imigrantes, mas a uma negação política e jurídica de sua humanidade que admite, a partir da histeria e demonização diante a sua presença, controlar, criminalizar ou gerir a sua mobilidade, a despeito de seus direitos humanos básicos e da sua contribuição para as economias nacionais que os recebem. Essa seletividade impõe características sociológicas próprias às dinâmicas migratórias no contexto particular brasileiro (FAUSTINO; OLIVEIRA, 2021).

A intolerância e a hostilização a determinados grupos de imigrantes no Brasil desde 2010, especificamente haitianos, bolivianos, peruanos e outros povos latinos, têm afetado a imagem de um país acolhedor/receptivo, devido a laços históricos que criaram pseudoideias de uma imagem de perfeição do “imigrante perfeito”, branco e europeu, além da não necessidade da mão de obra estrangeira e a escassez de políticas públicas que

promovam a interação social. Tais fatos geraram a desconcentração territorial, levando o aumento das imigrações para regiões afastadas dos centros urbanos. Preconceito e discriminação com imigrantes latinos, enraizados por questões culturais-históricas, acarretam uma leve sensação de xenofobia quando comparada a imigrantes de origem européia, tornando-se prevalente o medo da perda de espaço e oportunidades de trabalho (FIORAVANTI, 2015). Em tempos de crises, o sentimento anti-imigrante tende a se intensificar (CREIGHTON et al., 2015; HATTON, 2016).

Apesar das dificuldades em se estabelecer em outro país, os imigrantes conquistam seus espaços sociais e laborais no Brasil. Observa-se estes indivíduos inseridos como funcionários ou proprietários de lanchonetes, docerias, lojas de roupas e outros comércios, como pode ser visto no bairro do Brás, São Paulo, localidade onde encontra-se a comunidade boliviana na capital, estimada em 300 mil imigrantes, dos quais apenas 90 mil (30%) são regularizados. As feiras de bairro realizadas nos finais de semana nessa localidade reúnem cerca de 6 mil bolivianos e visitantes que podem adquirir diversos alimentos, temperos, artesanatos e comidas típicas. Além dos bolivianos, outros imigrantes latino-americanos acabaram optando pela permanência no Brasil diante da múltipla oferta de emprego encontrado no país, principalmente no comércio (FIORAVANTI, 2015).

Apesar de a capital São Paulo ser o maior receptor e possuir maior concentração territorial de imigrantes chineses no Brasil, em Sergipe a presença dessa comunidade de imigrantes tornou-se intensa, principalmente na capital Aracaju, denominados como “etnia comerciante” pela população autóctone. A capital sergipana tornou-se então uma composição de itinerários migratórios que perpassam tanto a imigração quanto a reimigração e que estão associadas quase sempre à questão das oportunidades e a viabilidade do projeto migratório por meio de contatos comerciais preestabelecidos. Alguns chineses em Aracaju se tornaram comerciantes ao emigrar para o Brasil, mesmo que em seu país de origem estivessem inseridos em outras atividades econômicas. Portanto, o comércio é visto como uma questão de oportunidade econômica a ser explorada via rede familiar ou rede de amigos, além da China se configurar em uma grande emissora de produtos industrializados (GOES, 2015).

Em relação aos refugiados no Brasil, entre 2011 a 2018 evidenciou-se 206.737 solicitações de reconhecimento na condição de refugiado. O ano de 2018 destacou-se com 80.057 solicitações basicamente de venezuelanos (77%) e haitianos (9%). O perfil dos indivíduos reconhecidos como refugiados pelo CONARE é masculino (66%) com a seguinte distribuição etária: 80,6% adultos (18 a 59 anos), 15,8% crianças e adolescentes e 3,6% idosos (CONARE, 2019). A partir do século XXI, o nordeste brasileiro tem se consolidando como uma possibilidade de acolhimento no fluxo migratório internacional, principalmente das migrações do Sul Global, devido ao crescimento econômico e melhora nos indicadores

demográficos, educacionais e sociais (BAENINGER et al., 2018; BAENINGER; DEMÉTRIO; DOMENICONI, 2019; QUEIROZ; BAENINGER, 2020).

O Estado de Sergipe é marcado pela imigração a partir de conquistas territoriais em 1590, pelo Rei da Espanha Felipe II, possibilitando a migração hispânica em Sergipe Del Rey e seu legado na formação sócio-cultural do estado (SANTANA, 2005). Entre o século XIX e XX, a imigração no território sergipano foi observada em temas de leis e discursos que a associava à modernização econômica no Estado, como exemplo a presença de alemães na cidade de Maruim, no início da segunda metade do século XIX. Todavia, notou-se a inabilidade na dinâmica das lutas econômicas e políticas para criar condições de crescimento e fixação de imigrantes no estado, sejam como colonos, trabalhadores ou, ainda, como empresários “necessários” em Sergipe, ao contrário do que ocorreu em São Paulo, cujo processo imigratório acarretou profundas mudanças econômicas, políticas e culturais (ENNES, 2011).

Levantamento realizado pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), publicado no “Atlas Temático – Observatório das Migrações em São Paulo”, evidenciou que, dos 5.570 municípios brasileiros, 3.432 tiveram ao menos um registro de imigrante internacional entre 2000 e 2015. O Estado de Sergipe apresentou 43 municípios com registro da presença de imigrantes internacionais neste período. Percebe-se que, esses novos fluxos contemporâneos de imigrantes, que têm chegado com maior frequência e intensidade ao Brasil, têm contribuído para reconfigurar os padrões da migração internacional no país (EXAME, 2018).

Recentes dados do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) sobre este fluxo migratório no Nordeste brasileiro, entre janeiro de 2019 a janeiro de 2020, evidenciaram 2.027 registros de entrada de imigrantes e 484 autorizações concedidas para trabalho, sendo os principais estados receptores a Bahia (596 de entrada e 90 autorizações trabalhistas), Ceará (401 de entrada e 107 autorizações trabalhistas) e Pernambuco (399 de entrada e 103 autorizações trabalhistas). No caso de Sergipe, foram registrados 26 autorizações trabalhistas e 64 registros de entrada neste período (CAVALCANTI et al., 2020). Relatório do OBMigra, sobre o período 2010-2019 revelou que os imigrantes internacionais em Sergipe tinham rendimento médio mensal no mercado de trabalho formal da ordem de R\$8,6 mil, equivalente aos imigrantes em São Paulo (R\$8,4 mil) (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

O Estado de Alagoas, limítrofe com Sergipe, no Nordeste do Brasil, registrou a presença de refugiados em seu território. De acordo com o Jornal Gazeta (2015), a Polícia Federal (PF), entre os anos de 2014 a 2015, expediu nove registros de refugiados para estrangeiros e recebeu mais 10 requerimentos de refúgio de indivíduos nascidos em Angola, Sérvia, Montenegro, Libéria, Macedônia e Somália. Foi noticiado também pela mídia

televisiva (Jornal Globo, 2010) o caso de dois africanos que viajaram clandestinamente em navio vietnamita, em busca de refúgio para fugir da guerra em seu país, e foram resgatados no alto-mar de Maceió. Torna-se imprescindível atentar-se aos fluxos migratórios dos estados vizinhos a Sergipe. Desde o século XIX, a imigração para o estado também é documentada a partir de vias de “reflexos secundários”, ou seja, de imigrantes que vieram de estados vizinhos, como os de Pernambuco e da Bahia para residirem no território sergipano (ENNES, 2011).

Durante a pandemia da Covid-19, novos desafios foram impostos à vida dos imigrantes que residem no Nordeste brasileiro, visto que a sua estrutura organizacionais já se mostrava precária e insuficiente em distintas dimensões, como o de acolhimento social, jurídico e de políticas públicas, podendo se sobrecarregar no momento de crise (SILVA; ANUNCIAÇÃO; BARBOSA, 2018). Para compreender os impactos da pandemia de Covid-19 sobre os migrantes residentes no Nordeste brasileiro, foi realizada uma pesquisa online com 166 imigrantes, entre maio e junho de 2020. A maioria dos migrantes eram latino-americanos (62,0%) - o que ressalta a relevância das migrações Sul-Sul, residiam em moradias alugadas (84,3%) e partilhavam o espaço domiciliar com outros indivíduos não familiares (51,4%). Em relação as condições laborais, a maioria dos imigrantes não estava empregada no período pré-pandêmico (65,6%), enquanto que aqueles que estavam trabalhando (48,0%) não tinham a carteira de trabalho assinada. No período pandêmico, apenas 47,1% permaneceram trabalhando. Dentre os 103 imigrantes inscritos no Auxílio emergencial do governo federal brasileiro, somente 3% obtiveram o benefício, enquanto apenas 49% informaram ter conhecimento sobre seus direitos sociais durante a pandemia da Covid-19 (QUEIROZ; SILVA, 2020)

De acordo com Lacerda, Silva e Nunes (2015), apesar do reconhecimento mundial do Brasil como um país de características acolhedoras, muitos são os obstáculos deparados e enfrentados pelos imigrantes até a legalização formal no território brasileiro. Nessa tangente, cabe ao governo examinar e articular as condições para acolhimento, desenvolver métodos de inclusão na sociedade com atendimento às condições básicas. Conforme Andrade (2011), a problemática dos imigrantes e as questões (problemas) humanitárias(os) consequentes da imigração envolvem diversas outras áreas, tais como desenvolvimento, economia, saúde, direitos humanos, educação; dentre outras. A pequena ou nenhuma fluência em língua portuguesa (fala-compreensão) os tornam muitas vezes marginalizados na sociedade brasileira, sob auxílio humanitário ou em subempregos (VARGEM; MALOMALO, 2015).

A presença de novos fluxos migratórios para o território brasileiro tem levantado debates sobre o acesso à saúde e à integração na sociedade e no mercado de trabalho local (GRANADA, 2017). Na capital São Paulo foi desenvolvido alguns estudos com

imigrantes bolivianos no foco na interface migração e saúde. Em um deles, verificou-se um aumento de doenças associadas a precárias condições de vida e de trabalho, principalmente a tuberculose (TBC), com maior incidência na população imigrante em comparação com a população local (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013). A presença da tuberculose e de problemas dermatológicos e respiratórios também foi registrada em outro estudo com 62 imigrantes, morbididades estas associadas à precariedade das condições de vida e trabalho desta população (MELO; CAMPINAS, 2010).

Ao final de 2018, líderes mundiais se reuniram em Marraqueche, no Marrocos, para adotar formalmente o acordo conhecido como *Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular*, que compreende 23 objetivos para tornar as migrações mais seguras e dignas para todos (ONU, 2018). O documento foi chancelado por cerca de dois terços dos 193 países membros da ONU, inclusive o Brasil durante o governo de Michel Temer. Algumas nações - EUA, Itália, Austrália e Israel, entre outros - não aceitaram participar do pacto com a justificativa de violação a soberania dos Estados. Em janeiro de 2019, no início do governo Bolsonaro, o Ministério das Relações Exteriores brasileiro solicitou a seus diplomatas que emitissem um comunicado à ONU, por meio de nota, informando a sua dissociação de qualquer atividade ou implantação do *Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular* (BBC, 2019).

O ex-ministro das relações exteriores do Brasil, Ernesto Araújo, da gestão presidencial de Bolsonaro, afirmou que o Pacto era um instrumento inadequado para lidar com questão migratória já que, visto que a imigração não deveria ser tratada como questão global, mas de acordo com a realidade e a soberania de cada país. A não adesão do Brasil do Pacto gerou um “desconforto diplomático”, indicando uma mudança de postura em relação a questão humanitária e aos brasileiros residentes no exterior, além de romper com a abordagem histórica do país em relação a migrações e refúgio (JORDÃO, 2019).

A Interface Saúde e Fenômeno Migratório

Para compreender a relação entre as questões da imigração e a saúde, há três tipos de teorias. A primeira teoria, denominada de Migração Seletiva e Saúde, sustenta que a imigração é um tipo de seleção natural e que os imigrantes tendem a ser indivíduos saudáveis e resilientes, capazes de responder aos desafios da experiência migratória. Esse fenômeno se revela como um fator protetor da saúde, visto que a saúde do migrante se revela melhor do que a dos autóctones; A segunda teoria é intitulada como Efeito Negativo da Imigração na Saúde, que assume a imigração como uma experiência causadora de estresse, a qual pode provocar riscos para a saúde. Os fatores que mais contribuem para maior ocorrência de doenças físicas e psicológicas são as condições de vida, sociais,

políticas e ambientais entrelaçadas ao processo migratório, assim como as doenças endêmicas dos países de origem; A terceira teoria é designada como Aculturação e Saúde. Nesta perspectiva, espera-se que os migrantes se integrem às culturas receptoras, adaptando-se às suas normas e valores, assim como às suas práticas de saúde. Quanto maior for a capacidade de adaptação dos imigrantes às culturas receptoras, menos dificuldades terão do ponto de vista da acessibilidade aos cuidados de saúde (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

O deslocamento do indivíduo de uma cultura para outra ou de uma região do país para outra implica em rupturas importantes no espaço e em suas vivências. Essa transição social requer mudança de estatuto ou alteração no relacionamento com o meio envolvente, quer físico, quer social ou jurídico. Assim como, requer do indivíduo a adaptação a uma cultura, língua e regras culturais de funcionamento diferentes, a um novo meio, muitas vezes hostil, havendo a necessidade em desenvolver estratégias de adaptação e/ou enfrentamento que lhe permitam resolver as dificuldades relacionadas com a condição de imigrante, das quais resultam diferentes modalidades de aculturação (FRANKEN et al., 2012).

Em Genebra/Suíça, verificou-se entre 51 imigrantes internacionais que aqueles residentes há mais de três anos na cidade já conseguiram superar as primeiras etapas do processo de aculturação (língua, moradia, alimentos, trabalho). Os relatos dos imigrantes revelam elementos como “distração, estar tranquilo e ter segurança”, o que não acontece com os imigrantes com tempo de migração entre um a três anos. Pode-se compreender que os imigrantes com maior tempo de migração ancoram qualidade de vida como benefício do processo migratório, enquanto o outro grupo vivencia o processo de aculturação (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2012).

Estudos que tratam dos desafios pós-migratório evidenciam um cenário dos problemas dos países que os acolhem: sistema de saúde falho ou inacessível, discriminação, falta de alimentos, água e moradia, baixos salários, falta de informação referente a seus direitos e deveres, idioma desconhecido ou não dominado, diversidades culturais, mobilidade geográfica, pressão para enviar dinheiro para casa, postos e processos de trabalho obsoletos e/ou inadequados, desemprego, problemas com a educação dos filhos, manutenção da família, entre outros, podendo causar diversas morbidades (MELO; CAMPINAS, 2010; STRONG et al., 2015). Na maioria das vezes, somam-se a eles as experiências traumáticas pré-migratória, o que coloca esses indivíduos em uma posição de extrema vulnerabilidade social e suscetibilidade a problemas de saúde mental (MARTINS-BORGES, 2013).

Apesar dos homens ainda serem maioria na migração, observa-se uma “feminização” das migrações na perspectiva global e no Brasil. Todavia, as mulheres

migrantes tendem a ser mais vulneráveis à doença física e psicológica do que os homens migrantes e mulheres autóctones, já que elas podem se deparar em situação relacionado a violação de direitos básicos, a violência física, a exploração e ao tráfico de pessoas (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Nessa tangente, o sistema da ONU no Brasil, juntamente com o apoio a autoridades locais, tem realizado em Roraima atividades “in loco” no contexto de fluxo migratório de mulheres e meninas venezuelanas, no intuito de instruí-las a lidar com situações de violência, quanto aos seus direitos básicos e encaminhá-las a redes de proteção de direitos da mulher (UFPA, 2018).

Ao se tratar de saúde sexual e reprodutiva da mulher imigrante no mundo, estudos apontam que as imigrantes têm menor probabilidade de usar serviços de saúde sexual e reprodutiva do que as mulheres autóctones (HASSTEDT; DESAI; ANSARI-THOMAS, 2018), além da descontinuidade e pouca adaptação do uso de anticoncepcionais após a chegada no país receptor (FLIPPEN; SCHUT, 2021). Entretanto, análise de grupo focal de imigrantes brasileiras e africanas residentes em Portugal revela que o conhecimento, atitudes e crenças sobre cuidados nas práticas sexuais e métodos contraceptivos diferem quanto a etnias (ROCHA; DIAS; GAMA, 2010). Tais evidências reforçam que as migrantes vivenciam um universo heterogêneo na acessibilidade aos cuidados de saúde, além das diversidades inter-grupais das migrantes, que tendem a ser negligenciados em estudos sobre fluxos migratórios (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Apesar do programa específico para saúde da mulher vigente no Brasil, se faz necessário a adoção de mecanismos estratégicos pautados em diálogo intercultural (PRECIADO, 2018).

Compreende-se que o processo migratório envolve múltiplos fatores, que poderão facilitar ou dificultar a adaptação na sociedade de acolhimento, tais como: marginalização social, preconceito, ilegalidade, mudança de estatuto da pessoa, dificuldades na comunicação e precariedade das condições habitacionais e laborais, que geram maior vulnerabilidade em questões de saúde, especialmente transtornos psicológicos (LIMA; SOUZA; NUNES, 2020). Além disso, os imigrantes são vulneráveis à desnutrição, anemia, doenças não transmissíveis, assim como as infecciosas e parasitárias, que em muitos casos são exacerbadas pelo acesso restrito a cuidados de saúde (LANGLOIS et al., 2016).

Para compreender o estado e necessidades de saúde dos imigrantes da Síria, no Líbano, estudo verificou que dois terços dos participantes mais velhos descreveram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim. A maioria dos imigrantes relatou pelo menos uma doença não transmissível, destacando a hipertensão (60%), e limitações físicas, como dificuldade para deambular (47%) e perda de visão (24%). Em torno de 80% dos participantes informaram ter dificuldades na obtenção de medicamentos. Um percentual de 74% dos participantes relatou ainda dificuldades financeiras e dependência em receber

ajuda financeira ou humanitária para suprir necessidades básicas como comida, água, abrigo ou remédios (STRONG et al., 2015).

O fluxo migratório de colonizadores europeus e de africanos escravos (BARRETO, 1967) influenciou a entrada no Brasil de algumas doenças infecto-parasitárias (agentes etiológicos e/ou vetores). A história das espécies de endo e ectoparasitas que afetam a saúde humana estão associadas à evolução cultural do homem e suas migrações, principalmente nos últimos 10.000 anos, desde que a agricultura e a domesticação de animais se consolidaram (CHAME et al., 2015). A via ecológica relaciona-se diretamente aos movimentos migratórios, à conquista de novos territórios, a mudanças de hábitos, a processos culturais e ao contato com novas espécies de hospedeiros e seus parasitas (WOOLHOUSE; GOWTAGE-SEQUERIA, 2005).

Segundo Diamond (2013), a história da humanidade seguiu diferentes rumos para distintos povos, não por motivos biológicos, mas por especificidades entre os ambientes: locais em diversidade de espécies faunísticas e florísticas silvestres e domesticáveis permitiram alimentos de alto teor protéico, produção excedente e sua estocagem, e assim propiciaram a sedentarização, o crescimento e o adensamento populacional. Contudo, os homens foram infectados por microrganismos oriundos da fauna domesticada e ao migrarem na busca de novos territórios, sem saber, disseminaram estes microrganismos, tal como ocorreu ao levar a varíola para os astecas ou incas, os dizimando.

No ano de 2006, cerca de 4% dos imigrantes latino-americanos na Austrália e 3,5% imigrantes no Canadá provavelmente estavam infectados com *Trypanosoma cruzi*. O Japão recebeu, em 2007, imigrantes que eram casos suspeitos de infecção chagásica do Brasil (80.912), Peru (15.281) e de outros países da América do Sul (19.413). Em quinze países europeus, aproximadamente 3% dos imigrantes legais latino-americanos estavam infectados com *Trypanosoma cruzi* em 2005. Três anos depois, a Espanha recebeu 1.678.711 imigrantes de países endêmicos da América Latina; dentre os quais 5,2% estavam potencialmente infectados com *Trypanosoma cruzi* e desenvolveram doença de Chagas. Nos EUA estima-se que 4% dos imigrantes latino-americanos estavam infectados com *Trypanosoma cruzi*, alguns deles com sintomas e sinais de doença crônica de Chagas (SCHMUNIS; YADON, 2010). Pérez-Ayala (2011) comprovou que como consequência da imigração, a tripanossomíase americana instalou-se em vários países europeus, na forma de casos importados e casos autóctones.

A imigração humana favoreceu a disseminação e dispersão rápida dos parasitas da malária para áreas não-endêmicas, especialmente em função da escravidão dos povos africanos. Cerca de 5 milhões de africanos escravizados foram trazidos para os principais portos do Brasil, como Recife, Salvador e Rio de Janeiro (RODRIGUES et al. 2018). A esquistossomose, considerada uma das mais importantes doenças negligenciadas, tornou-

se altamente endêmica em regiões da Ásia, África e América do Sul (CENARRUZABEITIA; LANDOLFI; CARRASCO, 2012). Estudo retrospectivo realizado com 373 imigrantes africanos rastreados entre 2014 e 2016 no Centro de Doenças Tropicais de Negrar, Itália, evidenciou que 34% dos indivíduos foram positivos, pelo menos, em um teste para esquistossomose por *Schistosoma mansoni* ou *Schistosoma haematobium* (MARCHESE et al., 2018).

Quanto a infecções parasitárias intestinais, estudo com 338 trabalhadores migrantes na Malásia revelou uma alta proporção de helmintíases intestinais (68,3%) e protozooses (25,5%). Estas infecções parasitárias mostraram-se significativamente influenciadas por características sociodemográficas (territoriais) e ambientais (duração dos anos laborais no país receptor, setor de emprego e nível educacional) (SAHIMIN et al., 2016). Observa-se que os imigrantes podem ser portadores de diversas doenças infecciosas, em razão da prevalência de infecções em seu país de origem e pela exposição durante a migração ou condições durante o reassentamento (DELCOR et al., 2016).

Entretanto, diante da crescente preocupação que a crise de refugiados acarreta na disseminação e transmissão de doenças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um comunicado informando que o risco de agentes infecciosos exóticos serem importados para a Europa é extremamente baixo, posto que, experiências anteriores vislumbram que não existe “associação sistemática” entre migração e importação de doenças infecciosas (GULLAND, 2015).

O migrante se torna suscetível a diversos agravos à sua saúde física e mental resultante do processo de aculturação devido a hábitos comportamentais negativos e fatores socioeconômicos (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018; KLEIN; KNESEBECK, 2018; LABERGE; LECLERC, 2019). A migração, para eles, associa-se à ruptura com o espaço de vida de origem, que inclui: relações familiares, laborais e sociais, à separação de suas tradições, da língua e dos costumes culturalmente reconhecidos. Efetivamente, eles vivenciam sentimentos que mobilizam o pesar e tristeza somados à necessidade de adaptar-se rapidamente ao local de acolhimento, de enfrentar não apenas uma nova cultura e língua, mas também a hostilidade que todo local desconhecido impõe aos novos caminhos e que pode desencadear sofrimentos emocionais (FRANKEN et al. 2012).

Ademais, a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas entre imigrantes latino-americanos, em Servilha/Espanha, é alta sendo distribuída quanto ao tipo conforme a seguir; 13,2% dos imigrantes apresentaram risco para alcoolismo, 30,0% eram fumantes e 53% haviam consumido drogas ilícitas nos últimos seis meses (maconha: 3,7%, haxixe: 1,1% e cocaína: 0,5%). Para todas as substâncias investigadas, a prevalência do consumo foi maior entre homens com idade entre 25 e 39 anos (GONZÁLEZ-LÓPEZ; RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ; LOMAS-CAMPOS, 2012). Todavia, outros estudos internacionais também

apontam que os imigrantes são menos propensos a utilizar álcool e outras drogas em comparação com os indivíduos estadunidenses (BLANCO et al. 2013; VAETH et al. 2017), além de menor probabilidade para apresentar transtornos devido ao uso dessas substâncias (SALAS-WRIGHT et al. 2018).

Todavia, o processo migratório por si só não representa um fator de risco, mas expõe que o impacto da migração na saúde e os determinantes de cada etapa do processo migratório variam não só com o tipo de migração (legal/ilegal), como também com o conhecimento prévio dos serviços de saúde disponíveis no local de acolhimento e com o ambiente e a cultura de origem da pessoa que imigra. Assim como, compreender quais os parâmetros de saúde que serão avaliados e as representações de saúde/doença que traz essa população (FRANKEN et al., 2012).

Nesse sentido, as políticas relacionadas à migração podem potencialmente moldar a saúde dos imigrantes. Um estudo científico investigou 12 anos da Pesquisa Nacional de Entrevista de Saúde dos EUA e do Canadian Community Health Survey para avaliar se a saúde dos imigrantes difere segundo o destino de país de acolhimento e os fatores influenciadores e/ou intervenientes. Os resultados sugeriram que os imigrantes que se direcionaram para o Canadá apresentaram um quadro de saúde melhor do que aqueles que se dirigiram para os Estados Unidos (EUA), em razão do exame clínico apresentar menor probabilidade de sobrepeso/obesidade ou de apresentar uma condição crônica grave, justificada por diferenças nas regiões de origem e nos níveis educacionais dos imigrantes (LU et al., 2017).

Percebe-se que o processo de migração e adaptação a um novo ambiente é muitas vezes árduo e estressante, sendo necessário um nível mínimo de saúde para viabilizar a migração. Primeiramente, na fase de tomada de decisão, aqueles com melhor saúde são mais propensos ao bem-estar na migração, pois percebem maior chance de admissão e melhor perspectiva de se instalar no destino. Em segundo lugar, na fase de seleção (para migração legal), os futuros imigrantes com boa saúde são aqueles com mais probabilidade de obter admissão, enquanto que os com problemas de saúde podem ser considerados como inadmissíveis (LU et al., 2017).

Acesso e utilização dos imigrantes aos Serviços de Saúde nos países receptores

Uma das preocupações de políticos e estudiosos dos processos de integração dos imigrantes nos territórios receptores é a relação entre saúde e migração. Nessa interface, impera a carência no desenvolvimento de abordagens mais eficazes que respondam às necessidades de saúde das populações deslocadas e abordem as causas profundas do deslocamento humano (LANGLOIS et al., 2016).

Por ocasião da pandemia da Covid-19, emergiram discussões sobre o acesso e cobertura dos sistemas de saúde para os imigrantes, visto estar entre os grupos mais vulneráveis ao contágio diante da vulnerabilidade socioeconômica. Na Colômbia e no Peru, por exemplo, o acesso dos migrantes ao serviço nacional de saúde é garantido pela constituição, porém é limitado com base no status legal dos migrantes, com exceção em casos de emergência, enquanto o Chile apresenta deficiências sistemáticas no acesso e uso de cuidados médicos por imigrantes ao comparar com os nativos. Em contrapartida, no Brasil, Equador e Uruguai, a assistência é garantida independentemente da situação legal (CABIESES; OYARTE, 2020; ZAPATA; ROSAS, 2020). No mais, existe a fragilidade histórica dos sistemas de saúde, que embora muitos países se comprometam a oferecer cobertura universal nesse campo, na prática, apenas a cobertura parcial está disponível (ARAUJO; NASCIMENTO; PEREIRA, 2018; KANAVOS et al., 2019).

Vale ressaltar que o direito à saúde está escrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos, implicando no respeito à dignidade humana e no dever dos Estados em garantir condições para o exercício desse direito por meio de leis e políticas públicas (GUERRA; VENTURA, 2017). A Constituição Federal Brasileira de 1988 garante a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. Embora não exista regulamentação específica para o acesso à saúde pelo imigrante no Brasil, os princípios normativos adotados pela Constituição Federal Brasileira e a Lei Federal Orgânica do SUS não vedam o acesso universal e gratuito dos serviços de saúde aos imigrantes no SUS, independentemente de suas condições socioeconômicas e migratórias (GOLDEBERG; SILVEIRA, 2013). Contudo, a legislação brasileira não está sendo suficiente para atender às necessidades específicas, acarretando a grande utilização do serviço de saúde privado pelo imigrante (LEITE; RAMOS, 2018).

Evidencia-se que as políticas setoriais, em países capitalistas, sofreram diretamente consequências após a Segunda Guerra Mundial, especialmente no que diz respeito ao papel do Estado na saúde. Nota-se que as agendas propostas por organismos internacionais parecem ter enfraquecido as concepções do direito à saúde em suas percepções políticas e teóricas sobre as reformas dos anos 1990 no Brasil. O cenário contemporâneo aponta mudança do conceito de equidade e universalidade para a incorporação de critérios distributivos, pobreza e vulnerabilidade social, contrariando todos os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira da saúde enquanto direito social. O ideário humanitário de solidariedade, ética e justiça social tem sido paulatinamente substituído pelas exigências de acumulação do capital (PERETTI, 2014).

Os direitos sociais básicos, principalmente os de saúde, têm sido questões problemáticas no contexto do trânsito de pessoas entre os países, inclusive no Brasil. Estudo realizado no Mato Grosso/BR, com 16 profissionais de saúde, de diferentes

atuações, identificou nos depoimentos que o “direito” à saúde parecem ser condicionados a duas condições: legalização da condição migratória a partir de documentação; e existência de “excedente” ou “sobra” dos serviços após atendimento dos brasileiros. Nesse sentido, a ideia expressa é de que os imigrantes passam a ser um peso excessivo para os serviços, tornando-se, em alguns casos, “indesejados”, além de banalizar o sofrimento alheio, atribuindo o juízo moral acerca das atitudes do imigrante (MARTINS; GUGELMIN, 2020).

Segundo Haid (2020), apesar de que cada indivíduo em uma sociedade possua suas particularidades, observam-se pontos em comum em suas ações, principalmente no que tange a questão da moralidade, que obedece a um conjunto básico de fatores. Primeiro, julgamentos são feitos intuitivamente, baseado na vivência, ainda que não de forma racional, e só posteriormente evidências são buscadas para confirmar esses julgamentos. Isso acarreta em atitudes extremistas, que muitos não conseguem entender, pois são analisadas sob um viés puramente racional, esquecendo-se do viés intuitivo, o predominante. O autor afirma que a empatia é o primeiro passo contra o moralismo fundamentalista, mesmo que a tarefa de simpatizar com indivíduos que tenham uma moralidade diferente da nossa seja muito difícil.

Outros fatores também interferem ao longo do percurso entre os sujeitos imigrantes e os serviços de saúde, como demonstrado por Waldman (2011), ao observar que 72% dos bolivianos entrevistados na cidade de São Paulo declararam a sensação de diferenciação na assistência à saúde para brasileiros e estrangeiros, assim como, na qualidade do atendimento; entretanto outro estudo desenvolvido em São Paulo, imigrantes bolivianos afirmam que os serviços de saúde a que eles tiveram acesso são positivamente valorizados quanto a estrutura e cuidados oferecidos, ao contrário do que ocorre em seu próprio país de origem, especialmente em termos de assepsia, organização do sistema de saúde pública, a facilidade na obtenção de medicamentos sem nenhum custo, as campanhas de vacinação, especialmente infantil, e a possibilidade e facilidade de realizarem exames pré-natale partos no Brasil (MARTES; FALEIRO, 2013).

Estudo desenvolvido com 452 imigrantes haitianos residentes na grande Cuiabá, no Mato Grosso, verificaram que menos da metade (45,6%) dos entrevistados fez uso de algum serviço de saúde no Brasil. Dentre eles, a maior prevalência de utilização foi pelas mulheres, aqueles com maior renda, maior tempo de residência no Brasil, melhor entendimento da língua portuguesa e que auto-avaliaram sua saúde como ruim, sendo os principais serviços utilizados: Unidade Básica de Saúde (UBS) e atendimento de urgência e emergência públicas (ALVES et al. 2018).

A dificuldade de acesso à saúde é observada em vários países que acolhem imigrantes. No EUA, Derosé et al. (2007) constataram a existência de fatores que afetam a vulnerabilidade dos imigrantes a serviços de saúde, tais como antecedentes

socioeconômicos; status de imigração; proficiência limitada em inglês; políticas federais, estaduais e municipais sobre o acesso a serviços de saúde com financiamento público; localização residencial; e estigma ou marginalização. Poucos imigrantes possuem seguro de saúde, usam menos os serviços de saúde e recebem cuidados de menor qualidade do que as populações nascidas no país (EUA). Essa tendência para o menor uso de serviços de saúde pelos imigrantes ao comparar com populações autóctones demonstra a necessidade de levar em conta a diversidade do fluxo migratório ao analisar a utilização da assistência, o que pode representar oportunidades perdidas de atuação ao nível da promoção da saúde e prevenção de doenças (SARRÍA-SANTAMERA et al. 2016).

Ao pensar na heterogeneidade cultural das migrações humanas, a Teoria Transcultural de Leininger ressalta a importância da prática do cuidado, do fortalecimento da construção do conhecimento cultural dos indivíduos/grupos assistidos, visto que a diversidade cultural pode gerar divergentes maneiras de pensar e praticar ações de saúde, podendo desvirtuar e intervir no estabelecimento de cuidados (PRECIADO, 2018). Portanto, tornar-se consciente da necessidade do cuidado transcultural possibilitará a instrumentalização das práticas profissionais ao prever mudanças de comportamentos do indivíduo a partir do entendimento da interligação da origem sociocultural (padrões de crenças, valores, estrutura social e expressões humanas) para aquisição de novos hábitos individuais e coletivos, além de favorecer a aproximação e vínculo do profissional de saúde no país receptor (ALMEIDA et al., 2021).

O acesso aos cuidados de saúde envolve múltiplos fatores e não apenas o direito legal. Deve-se levar em conta a influência de determinados fatores culturais, tais como a falta de hábito em utilizar os serviços sociais e de saúde, o desconhecimento da legislação social e das regras administrativas da sociedade de acolhimento, ilegalidade no país (EBERHARDT; MIRANDA, 2017), assim como, o grau de instrução e tempo de permanência no país de acolhimento, já que, imigrantes com maior grau de alfabetização e tempo de permanência acabam procurando mais os serviços de saúde do que os/as que têm menos escolaridade e estão há menos tempo imigrados/as (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Esses determinantes fazem com que muitas famílias não façam uso de certos benefícios a que têm direito e não recorram aos serviços sociais e aos cuidados de saúde, levando ao acometimento de morbididades na saúde e agravamento (EBERHARDT; MIRANDA, 2017).

Estudo realizado em Portugal, com 32 profissionais de saúde e 20 imigrantes, verificou que o acesso e utilização dos serviços de saúde eram influenciados por diversos fatores. Em relação aos imigrantes estava a situação irregular no país de acolhimento, dificuldade socioeconômica e o desconhecimento sobre a legislação do acesso aos serviços e seu modo de funcionamento; já para os profissionais de saúde relacionava-se ao desconhecimento sobre práticas culturais e religiosas e a falta de prática no diagnóstico e

tratamento de determinadas doenças. Além disso, o uso irregular dos imigrantes aos serviços de saúde fazia com que aqueles adotassem outras práticas face à necessidade de cuidados de saúde, como uso da automedicação, curandeiros e de outros métodos culturais do país de origem (DIAS et al., 2010).

Outro ponto a ser considerado no acesso e assistência à saúde ao migrante são as suas expectativas pelo serviço que irá ser prestado no país receptor, uma vez que estar em outro país não ocasionará a perda de suas crenças culturais e étnicas trazidas de seu país de origem (KRUPIC et al, 2016). A maioria dos imigrantes da Bósnia e Somália residentes na Suécia, por este lado, tinha expectativas elevadas acerca dos profissionais e serviços de saúde desde o momento da solicitação da ambulância até o atendimento hospitalar de urgência. Entretanto, as expectativas foram reduzidas ao se deparar com barreiras linguísticas, tempo de espera para o atendimento, organização do serviço médico, falta de intérprete no serviço e comportamento dos profissionais de saúde, levando os migrantes a tecerem comparações com os cuidados de saúde de seus países de origem.

Nota-se que as relações entre os processos migratórios e a saúde são entrelaçadas pela complexidade e multifatorialidade (GRANADA et al., 2017). Nesse sentido, o desafio político, pedagógico, psicológico e biomédico é cuidar da formação de profissionais da saúde, para que se possa ampliar os modos de cuidar e agregar outras referências, de forma que não se homogeneíze vivências e sofrimentos dos imigrantes para que não se reproduzam atitudes universalistas, organicistas, biomédicas e de abordagens psicológicas reducionistas, e, sim, em estratégias clínico-institucionais abertas ao diálogo com a diferença, com novas competências clínicas (culturais e interculturais) (KNOBLOCH, 2015).

Ademais, debates têm sido estabelecidos sobre a prestação da assistência de saúde aos migrantes, principalmente em função dos altos custos nessa área. Entretanto, um estudo comparou os gastos com saúde de imigrantes nos EUA para indivíduos nascidos no país, no qual, evidenciou que os imigrantes acumulam custos 50% menor com saúde do que os nativos, principalmente aqueles imigrantes indocumentados com receio da deportação, assim como, realizam maiores pagamentos à assistência médica, devido às suas condições críticas de saúde. Os autores enfatizam também a importância da não restrição da assistência para esta população diante da contribuição aos mercados de seguro de saúde (FLAVIN et al. 2018).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantiquantitativa.

4.2. ÁREA DE ESTUDO

O estudo com imigrantes foi realizado no Nordeste brasileiro, estado de Sergipe, na região metropolitana de Aracaju (Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão e Barra dos Coqueiros), como indicado na Figura 1. As áreas selecionadas são consideradas de grande fluxo turístico e investimento internacional em razão da aproximação litorânea, centros históricos e pólo industrial, além de Aracaju ser a capital do estado.

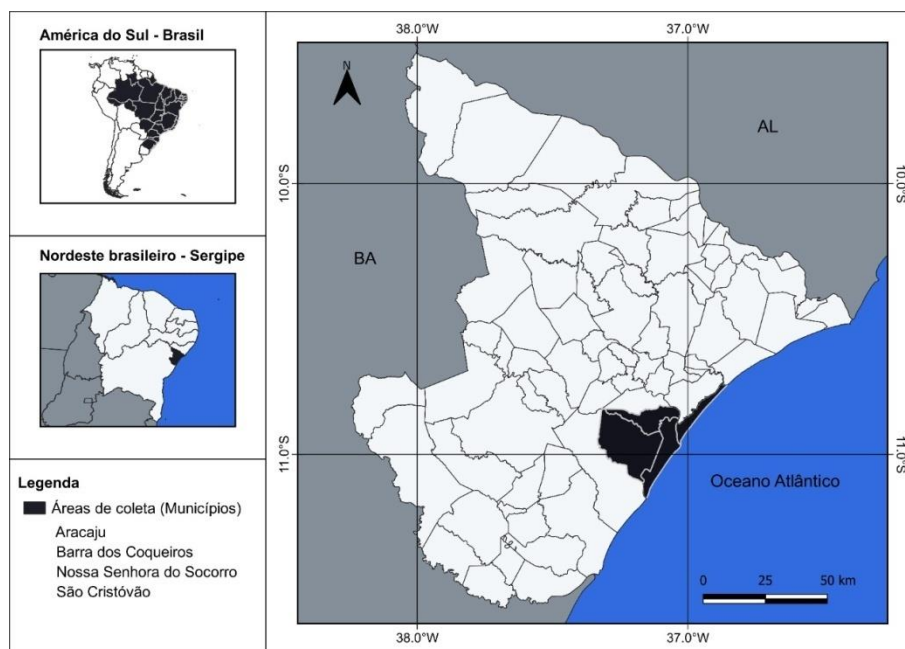


Figura 1- Localização da Região Metropolitana de Aracaju, SE, Brasil.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Inicialmente, foi realizado um levantamento de imigrantes no estado de Sergipe nos dados disponibilizados pela Polícia Federal local (2018), o qual totalizou 679 indivíduos imigrantes internacionais. Considerando-se o local de origem e a proporção expressiva de imigrantes internacionais em território sergipano, decidiu-se selecionar os imigrantes localizados na Região Metropolitana de Aracaju. Para isso, foram categorizados os indivíduos em seis grupos de acordo com a origem (região continental e/ou país) e aplicado o teste G com o intuito de avaliar a proporcionalidade da distribuição dos imigrantes em relação ao município receptor sergipano (tabela 1), o qual não apresentou diferença estatística ($p=0,589$).

Tabela 1: Distribuição dos imigrantes residentes em Região Metropolitana de Aracaju e dos que se localizam em outros municípios de acordo com a região continental ou país de origem. Sergipe, 2018.

Região Continental ou País de origem	Região Metropolitana de Aracaju	Outros municípios
	n / %	n / %
México, América do Sul e Latina e Caribe	239 / 44,2%	64 / 46,4%
Europa e Oceania	182 / 33,6%	53 / 38,4%
África e Oriente Médio	30 / 5,5%	5 / 3,6%
Sul e Sudeste da Ásia	18 / 3,3%	4 / 2,9%
Leste Asiático	47 / 8,7%	8 / 5,8%
Estados Unidos da América (EUA)	25 / 4,6%	4 / 2,9%
Total	541 / 100%	138 / 100%

De acordo com o Observatório das Migrações Internacionais do Ministério da Justiça do Brasil (CAVALCANTI et al., 2019), a taxa de retenção de imigrantes de longo termo no país (tempo de permanência superior a um ano) é de 63,3%, dos quais 11,0% são crianças. Fundamentado nessas informações procedeu-se o cálculo da amostra, partindo-se do total de 541 imigrantes registrados na Região Metropolitana de Aracaju em 2018 (dados da Polícia Federal em Sergipe), excluindo as crianças e os imigrantes temporários, chegando-se a uma população de aproximadamente 306 indivíduos. Aplicou-se o cálculo amostral com 95% de intervalo de confiança e erro amostral de 5%, de acordo com a seguinte equação (SANTOS, 2017):

$$n = N Z^2 p (1-p) / e^2 + Z^2 p (1-p)$$

Em que:

n= é o tamanho da amostra que queremos calcular(amostragem)

N= é tamanho do universo(população)

Z= é o desvio do valor médio que é aceito para alcançar o nível de confiança que se deseja

e= é a margem de erro máximo que se admite

p= é a proporção que se espera encontrar

Foi obtida a amostra mínima de 152 imigrantes, no entanto, devido ao interesse dos imigrantes em participar da pesquisa, a amostra final totalizou 186 imigrantes residentes. Ressalta-se que houve relatos de recusa ou volta ao seu país de origem (9,7% homens e 4,6% mulheres).

A metodologia aplicada para recrutar estes participantes foi a “bola de neve” (VOGT, 2005). Este método é visto como uma das principais estratégias empregadas para recrutar e coletar informações relativas de participantes pertencentes a populações ocultas/de difícil acesso, em função da baixa proporção destes grupos na população geral, como a situação dos imigrantes no estado de Sergipe. A estratégia consistiu no primeiro momento estabelecer contato com as Organizações Não Governamentais, associações e às secretarias de Saúde Pública dos municípios em estudo a fim de colaborar com a equipe de

investigação na divulgação do projeto e na identificação de potenciais participantes. Após conversa inicial/aplicação dos questionários com os participantes, foi solicitado a identificar e recrutar potenciais participantes das suas redes sociais.

4.3.1. Critérios de Inclusão

Os participantes incluídos no estudo foram imigrantes internacionais, de primeira geração, localizados em Aracaju e região metropolitana, com idade ≥ 18 anos e que falem (ou tenham boa compreensão) de pelo menos um dos idiomas do estudo (português, espanhol ou inglês).

4.3.2. Critérios de Exclusão

Os participantes excluídos do estudo foram indivíduos que afirmaram ser turistas e não aceitaram participar do estudo.

4.4. SISTEMÁTICA DA COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumentos de Coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado roteiro de entrevista, composto por quatro instrumentos, baseado em estudos correlatos à temática. Este instrumento contém questões relacionadas à caracterização da população e moradias, perfil de utilização e acesso de serviços de saúde e condições de saúde. Antes de serem utilizados, os instrumentos foram submetidos a um teste-piloto com 8 imigrantes de nacionalidades diferentes: Chile, El Salvador, Peru e México, com o intuito de verificar a clareza das questões e conformidade com os objetivos do estudo. Ressalta-se que estes participantes não foram incluídos na amostra do estudo.

O instrumento relacionado à caracterização sociodemográfica e processo migratório (APÊNDICE A) foi baseado no estudo de Lima et al. (2017), contendo as seguintes informações: tipo de migração, situação no Brasil, país de origem, se possui familiares que o(a) acompanhou na imigração ou permaneceram no país, ano de saída do país de origem, meio de transporte utilizado para imigração, descrever os locais de escala e tempo de permanência, cidade de chegada no Brasil, tempo de permanência no Brasil, motivo da saída de seu país de origem, entre outros.

Outro instrumento utilizado foi o questionário adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (2013) (APÊNDICE B), que consta de tópicos sobre: informações do domicílio, cobertura e atuação do programa de saúde da família, características gerais dos moradores, trabalho dos moradores do domicílio, utilização de serviços de saúde e doenças crônicas. E por último, utilizou-se um questionário semi-estruturado, baseado em estudos

correlatos a temática sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde (APÊNDICE C) (MARTES; FALEIROS, 2013; DIAZ et al., 2015; KRUPIC; SADIC; FATAHI, 2016; ALVES et al., 2019; SCHEIN et al., 2019), e condições de saúde (APÊNDICE D)(DIAS; SEVERO; BARROS, 2008; DIAZ et al., 2015; ALVES et al., 2019).

4.4.2 Procedimentos da Coleta de dados

Para execução da pesquisa, inicialmente, os pesquisadores entraram em contato com lideranças responsáveis por organizações não governamentais (ONGs) e associações de imigrantes, com a finalidade de facilitar o acesso aos imigrantes. Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), juntamente com as lideranças, foram estabelecidos contatos prévios com as primeiras famílias indicadas para observação e posteriormente esclarecer questões sobre a participação, os objetivos e garantia da confidencialidade de suas respostas.

A coleta dos dados iniciou-se em março/2019 e finalizada em abril/2021, por entrevistadores treinados, e a depender da necessidade, com auxílio de interprete da língua estrangeira. As entrevistas ocorriam em locais estabelecidos em comum acordo entre o pesquisador e o entrevistado, seja em ambiente domiciliar ou de trabalho, ou nas instituições que colaboraram com o estudo, livre de ruídos ou de qualquer situação que pudesse comprometer a coleta de dados. Ao longo do período pandêmico, houve a necessidade de adaptação para continuação do estudo, algumas entrevistas foram feitas por telefone, enquanto outras, seguindo as normas de biosegurança, continuaram a realizar na residência do entrevistado.

4.6. ANÁLISE DE DADOS

As análises estatísticas dos dados quantitativos foram realizadas com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25,0. O intervalo de confiança utilizado foi padronizado em 95% para apresentar significância estatística ($p < 0,05$). Utilizou-se o teste Mann-Whitney para as variáveis não paramétricas (não apresentaram distribuição normal), para as variáveis paramétricas foi utilizado o teste t de Student. Para as variáveis numéricas agrupadas, aquelas distribuídas em grupo como a nacionalidade ou sexo, ou para teste de normalidade para verificação da parametria, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. Para as variáveis com mais de dois grupos foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal Wallis.

Para as variáveis categóricas, com a condição de grupos acerca do acesso a saúde e as condições de saúde, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson (para tabelas não

quadráticas que apresenta o mesmo número de colunas e linhas) e teste Exato de Fisher (para tabelas do tipo quadráticas). Para avaliar a probabilidade entre os grupos foi utilizado o teste OddsRatio. Foi utilizado também o índice de Kappa com o intuito de avaliar a força de concordância entre a reflexão dos imigrantes acerca da própria saúde antes e após a migração, seguindo a força da Escala de interpretação do valor de Kappa.

Os dados qualitativos foram analisados seguindo a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010), a fim de possibilitar a criação das categorias temáticas para formação de um resultado estruturalmente elaborado e preciso do seu conteúdo, por meio das etapas de pré-análise, exploração do material e inferência. Os dados agrupados em categorias serão discutidos por grupos de respostas, verificando as semelhanças, dando ênfase nas respostas consideradas relevantes para o direcionamento das discussões.

Os principais termos mencionados foram evidenciados com o auxílio do software livre IramuteQ v. 0.7 alpha 2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Text et de Questionnaire – Free Software Foundation, Inc.*). Este software permite diferentes tipos de análise de dados textuais, desde muito simples, como a lexicografia básica, até análises multivariadas, organizando a distribuição do vocabulário de forma compreensível e visualmente clara. Após a seleção dos termos principais, foi elaborada uma matriz binária (0 para ausência e 1 para presença de resposta) para as variáveis de acesso aos serviços de saúde (termos: “expectativas positivas”, “expectativas negativas”, “organização negativa”, “organização positiva”, “Relação profissional de saúde-paciente”, “idioma”, “informações sobre serviços de saúde”, “padrões de cuidados”, “Covid-19”).

A matriz binária foi transformada em matriz de distância (euclidiana), a partir da qual foi construído um dendrograma por meio da análise das respostas dos imigrantes usando o método UPGMA (*Unweighted Pair Group Method with Arithmetic mean*) (coeficiente de correlação cofenética = 0,7549) (ROHLF, 1970). O número de grupos (*clusters*) foi determinado com o método da largura da silhueta (*Silhouette Width Method*), que propôs um nível de limiar igual a 0,7 (BORCARD, GILLET, LEGENDRE, 2011). Os dendrogramas foram preparados e analisados com o software Rstudio (2020).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está inserido no projeto guarda-chuva “Migração Mista e Saúde: Avaliação do Acesso a Cuidados e Condições de Saúde dos Imigrantes e Refugiados em Sergipe e Alagoas” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes-UNIT, com nº de parecer 3.022.267, CAAE: 96051318.5.0000.5371. Durante o desenvolvimento das etapas metodológicas, foram contemplados e resguardados os aspectos éticos e legais, de acordo com a Resolução nº 466/2012, no qual os participantes

foram orientados e esclarecidos sobre a participação voluntária, o objetivo do estudo e etapas metodológicas, entre outros. Aqueles que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os dados coletados foram arquivados, sob a guarda do pesquisador principal, sendo assegurado que as informações utilizadas foram exclusivamente para a execução do projeto em questão e que somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa. Os dados coletados no presente estudo serão eliminados após cinco anos da publicação de trabalhos científicos.

5- REFERÊNCIAS

ABESO, Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 2016; ed.4ª. [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em:<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>

ACNUR, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados; IMDH, Instituto Migrações e Direitos Humanos. Refúgio, migrações e Cidadania. 2012; 7(7). [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em:http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Caderno-de-Debates-07_Ref%C3%BAgio-Migra%C3%A7%C3%B5es-e-Cidadania.pdf#page=45

ACNUR, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. “Refugiados” e “Migrantes”: Perguntas freqüentes. 2016. [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em:<http://www.acnur.org/portugues/2016/03/22/refugiados-e-migrantes-perguntas-frequentes/>

ACNUR, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Dados sobre Refúgio. 2017 [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em:<http://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>

ACNUR, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Convenção de 1951. 2018. [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em:<http://www.acnur.org/portugues/convencao-de-1951/>

ACNUR, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. *Refúgio em números*. 4ª Edição. 2019. [acessado em 10 de maio de 2020]. Disponível em:https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf

AHLERT, M.; ALMEIDA, A. A inclusão social das pessoas na condição de refugiado no Brasil à luz dos direitos humanos. *Barbarói*. 2016; Edição Especial (47): 9-21.

ALMEIDA, G.M.F.; NASCIMENTO, T.F.; SILVA, R.P.L.; BELLO, M.P.; FONTES, C.M.B. Reflexões teóricas do cuidado transcultural de Leininger no contexto da Covid-19. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):e20200209

ALVES, JFS; MARTINS, MAC; BORGES, F.T.; SILVEIRA C; MURARO, A.P. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso. *Ciencia e Saúde Coletiva*. 2018;24(12): 4677-4686.

AL-SALEM, W.S; PIGOTT, D.M.;SUBRAMANIAM, K.;HAINES, L.R.; KELLY-HOPE, L.; MOLYNEUX, D.H.; HAY, S.I.; ACOSTA-SERRANO, A. CutaneousLeishmaniasisandConflict in Syria. *Emerging Infectious Diseases journal*. 2016; 22(5): 931–933.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). 2000. Washington, DC: Author.

ANDRADE, G.B. A Guerra civil Síria e a condição dos refugiados: Um antigo problema “reinventado” pela crueldade de um conflito marcado pela inalação da comunidade internacional. *Revista de EstudosInternacionais (REI)*. 2011; 2(2): 121-138.

ANIBAL, F.; EUSTÁQUIO, O. Nigerianos clandestinos são mantidos presos em navio em Paranaguá. *Jornal Gazeta do Povo*, 2011. [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em:<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/nigerianos-clandestinos-sao-mantidos-presos-em-navio-em-paranagua-7e7fnywsjz8z9y7sr1oi3dqoe/>

ARAGONA, M.; PUCCI, D.; CARRER, S.; CATINO, E.; TOMASELLI, A.; COLOSIMO, F.; LAFUENTE, M.; MAZZETI, M.; MAISANO, B.; GERACI, S. The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. *Annalidell’IstitutoSuperiore di Sanità*. 2011; 47(2): 207-213.

ARAGONA, M.; GERACI, S.; MAZZETTI, M.; ARAGONA, M.; GERACI, S.; MAZZETTI, M. LiMEs (List of Migration Experiences): Costruzione e validazione di uno strumento per valutare le esperienze traumatiche e le difficoltà di vita in contesti migratori. In S. Geraci, M. Aragona & M. Mazzetti (Eds.), *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura* (pp. 107–118). 2014. Rome, Italy: Pendragon.

ARAUJO, A.; FERREIRA, L.F.; CONFALONIERI, U.; CHAME, M. Hookworms and the peopling of América. *Cadernos de Saúde Pública*. 1988; 2(4): 226-233.

ARAÚJO, I.M.M.; NASCIMENTO, D.F.; PEREIRA, A.M. Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018;28(4):e280416.

ASSAD, L. Nova onda de estrangeiros chega ao Brasil. *CienciaeCultura*. 2012; 64(2):11-13.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.

BAENINGER, R.; DEMÉTRIO, N.B.; DOMENICONI, J. Espaços das Migrações Transnacionais: perfil sociodemográfico de imigrantes da África para o Brasil no século XXI. *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*. 2019; 27 (56):35-60.

BAENINGER, R.; BÓGUS, L.M.; MOREIRA, J.B.; VEDOVATO, L.R.; FERNANDES, D.; SOUZA, M.R.; BALTAR, C.S.; PERES, R.G.; WALDMAN, T.C.; MAGALHÃES, L.F.A. *Migrações Sul-Sul*. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018 (2ª edição). 976 p.

BBC NEWS BRASIL. Em comunicado a diplomatas, governo Bolsonaro confirma saída de pacto de migração da ONU. 2019. [acessado em 10 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46802258>

BLANCO, C.; MORCILLO, C.; ALEGRÍA, M.; DEDIOS, M.C.; FERNÁNDEZ-NAVARRO, P.; REGINCOS, R.; WANG, S. Acculturation and drug use disorders among Hispanics in the US. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47(2): 226-232.

BORCARD, D; GILLET, F; LEGENDRE, P. Numerical Ecology with R. Springer, New York, 2011.

BÓGUS, L; FABIANO, M L A. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. *Ponto e Vírgula*. 2015; 18; 126-145.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade*. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília. 2017. [acessado em 10 de maio de 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Institucional. *Estrutura Organizacional*. 2021. [acessado em 05 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/institucional>

BRUMES, K. R. Relações Sociais dos Imigrantes por meio de Redes Sociais. *Boletim de Geografia*. 2016. 34 (2):145-157.

BRUNET, A.E.; BOLASÉLL, L.T.; WEBER, J.L.A.; KRISTENSEN, C.H. Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017; 64(1):17-25.

CABIESES, B.; OYARTE, M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud'. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54(20):1–13.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A.T. *A caminho da conclusão. Meia década de novos fluxos migratórios no Brasil*. Série Migrações - Ministério do Trabalho. 2016; 1: 142-146, Brasília 2016.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACÊDO, M; PEREDA, L. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra 2019

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. *Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020*. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020

CENARRUZABEITIA, I.L.; LANDOLFI, S.; CARRASCO, M.A. Intestinal Schistosomiasis as Unusual Aetiology for Acute Appendicitis, Nowadays a Rising disease in Western Countries. *Case Reports in Infectious Diseases*. 2012; 2012:896820; 1-4.

CHAME, M; BATOULI-SANTOS, A.L.; BRANDÃO, M.L. As Migrações Humanas e Animais e a Introdução de Parasitas Exóticos Invasores que Afetam a Saúde Humana no Brasil in *FUMDHAMentos VII*. p. 47-61. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2015.

CHETAIL, V. Crisis Without Borders: What Does International Law Say About Border Closure in the Context of Covid-19? *Frontiers Political Science*. 2020; 1-6.

CREIGHTON, M.J.; JAMAL, A.; MALANCU, N.C. 'Has Opposition to Immigration Increased in the US after the Economic Crisis? An Experimental Approach'. *International Migration Review*. 2015; 49(3):727-756.

DELCOR, N.S.; MARURI, B.T.; ARANDES, A.S.; GUIU, I.C.; ESSADIK, H.O.; SOLEY, M.E.; ROMERO, I.M.; ASCASO, C. Infectious Diseases in Sub-Saharan Immigrants to Spain. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2016; 94(4): 750-756.

DEROSE, K.P.; ESCARCE, J.J.; LURIE, N. Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. *Health Affairs*. 2007; 26(5): 1258-1268

DIAMOND, J. *Armas, germes e aço: os destinos das sociedades*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

DIAS, S.; RODRIGUES, R.; SILVA, A.; HORTA, R.; CARGALEIRO, H. Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde. *Investigação Original*. 2010a;24(6): 253-259.

DIAS, S.; GAMA, A.; HORTA, R. Avaliação dos cuidados de saúde: percepções de mulheres imigrantes em Portugal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010b; 10 (Supl.1): S39-S47.

DIAS, S.F.; SEVERO, M.; BARROS, H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*. 2008; 8(207):1-8.

DIAZ, E.; CALDERÓN-LARRAÑAGA, A.; PRADO-TORRES, A.; POBLADOR-PLOU, B.; GIMENO-FELIU, L-A. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health*. 2015. 25(1):72-78.

DU, R.; HOTEZ, P.J.; AL-SALEM, W.S.; ACOSTA-SERRANO, A. Old World Cutaneous Leishmaniasis and Refugee Crises in the Middle East and North Africa. *PloS Neglected Tropical Diseases*. 2016; 10(5): e0004545.

EBERHARDT, L.D.; MIRANDA, A.C. Saúde, Trabalho e Imigração: Revisão da Literatura Científica Latino-Americana. *Saúde Debate*. 2017; 41(especial): 299-312.

ENNES, M.A. A Imigração estrangeira em Sergipe (1875-1930). *História* (São Paulo). 2011;30, (2):312-334.

ENNES, M.A.; MORATO, R.; SANTOS, C.F. Dois olhares sobre a migração internacional no Nordeste brasileiro. *Cadernos CERU, Série 2*. 2020; 31(2):232-248.

EXAME. Cresce número de cidades que recebem imigrantes, diz "atlas de imigração". 2018. [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em: 43requi://exame.abril.com.br/43roffess/cresce-numero-de-cidades-que-recebem-imigrantes-diz-atlas-da-imigracao/

FAUSTINO, D.M.; OLIVEIRA, L.M. Xeno-Racismo ou Xenofobia Racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana*. 2021; 29(63): 193-210

FIGUEREDO, L.O.; ZANELATTO, J.H. Trajetória de migrações no Brasil. *Acta Scientiarum. Humamand Social Sciences*. 2017; 39(1): 77-90

FIORAVANTI, C. As raízes da resistência. *FAPESP Pesquisa*. 44r.236. 2015. [acessado em 15 de maio de 2018]. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2015/10/13/as-raizes-da-resistencia/>

FLAVIN, L.; ZALLMAN, L.; McCORMICK, D.; BOYD, J.W. Medical Expenditures on and by Immigrant Populations in the United States: A Systematic Review. *International Journal of Health Services*. 2018; 48(4): 1-21.

FLIPPEN, C.A.; SCHUT, R.A. Migration and Contraception Amon Mexican Women: Assessing Selection, Disruption, and Adaptation. *Population Research and Policy Review*. 2021; 41(2): 495-520

FOUCHIER, C. Évaluation d'un protocole psychotérapeutique associant la psychoéducation, la relaxation et l'EMDR dans la prise en charge des réfugiés victimes de torture d'Afrique Centrale et de l'ouest (Doctoral thesis). 2013. Université Paris 8, Paris, France. [acessado em 8 de January de 2022]. Disponível em: <https://octaviana.fr/document/182058379>

FRANKEN, I.; COUTINHO, M.P.L.; RAMOS, M.N.P. Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Revista Psicologia Ciencia e Profissão*. 2012; 32(1): 202-219.

GALINA, V.F.; SILVA, T.B.B.; HAYDU, M.; MARTIN, D. Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):297-308.

GELATT, J. *Immigrant Workers: Vital to the U.S. COVID-19 Response, Disproportionately Vulnerable*. Migration Policy Institute (MPI). 2020 [acessado em 25 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.migrationpolicy.org/research/immigrant-workers-us-covid-19-response>.

GLOBO. Dois africanos são resgatados do mar em Maceio. 2010. [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1508670-5598,00-DOIS+AFRICANOS+SAO+RESGATADOS+DO+MAR+EM+MACEIO.html>

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Sociedade*. 2013; 22(2):283-297.

GONÇALVES, M. L. C. Helminths, protozoários e algumas idéias: novas perspectivas na paleoparasitologia. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 125 pp, 2002.

GONZALEZ-LOPEZ, J.R.; RODRIGUEZ-GAZQUEZ, M.A.; LOMAS-CAMPOS, M.M. Prevalência do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adultos imigrantes latino-americanos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012; 20(3): 528-535.

GONCALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24(2): 380-390.

GREENAWAY, C.; AZOULAY, L.; ALLARD, R.; COX, J.; TRAN, V.A.; CHAKRA, C.N.A.; STEELE, R.; KLEIN, M. A population-based study of chronic hepatitis C in immigrants and non-immigrants in Quebec, Canada. *BMC Infectious Diseases*. 2017; 17(140): 1-10.

GRANADA, D.; CARRENO, I.; RAMOS, N.; RAMOS, M.C.P. Debating health and migrations in a frequency intense human mobility. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):285-296.

GRANJA, L.; VILLARREAL, M. Mercosur migrante: enfoques y evolución del tratamiento de la movilidad humana en el Mercosur. *Terceiro Milênio – Revista Crítica de Sociologia e Política*. 2017; 8: 49-78.

GUADAGNO, L. *Migrants and the COVID-19 pandemic: Na initial analysis*. IOM, Migration Research Series No. 60. 2020. International Organization for Migration. [acessado em 10 de maio de 2018]. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/mrs-no-60-migrants-and-covid-19-pandemic-initial-analysis>.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017; 25 (1): 123-129.

GULLAND, A. Refugees pose little health risk, says WHO. *The BMJ*. 2015; 351 (h4808):1-3.

HAAG, C. Os indesejáveis: Política imigratória do Estado Novo escondia projeto de branqueamento. FAPESP pesquisa. 2012. n.201, p.80-83. [acessado em 15 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/os-indesejaveis/>

HADDAD, N.; SALIBA, H.; ALTAWIL, A.; VILLINSKY, J.; AL-NAHHAS, S. Cutaneous leishmaniasis in the central provinces of Hama and Edlib in Syria: vector identification and parasitic typing. *Parasites & Vectors*. 2015;8(524):1-8.

HAIDT, J. A Mente Moralista: Por que as pessoas boas se separam por causa da política e da religião? Ed. Alta Cult; 1ª edição, 2020.

HASSTEDT, K.; DESAI, S.; ANSARI-THOMAS, Z. Immigrant women's access to sexual and reproductive health coverage and care in the United States. *Isse Brief (Commonw Fund)*. 2018; 1 (2018): 1-10

HATTON, T.J. Immigration, Public Opinion and the Recession in Europe. *Economic Policy*. 2016; 31(86):205–246.

HOFFMAN, W.A.; PONS, J.A.; JANER, J.L. The sedimentation-concentration method in schistosomiasis mansoni. *The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical*. 1934; 9: 281-298.

IPSOS. 22 países entendem que a imigração está crescendo sem trazer impactos positivos. 2017. [acessado em 15 de agosto de 2019]. Disponível em <https://www.ipsos.com/pt-br/22-paises-entendem-que-imigracao-esta-crescendo-sem-trazer-impactos-positivos>

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). World Migration Report 2022. 2022 [acessado em 15 de maio de 2022]. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/wmr-2022-en_1.pdf

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). Migration Data Portal. 2020 [acessado em 15 de agosto de 2020]. Disponível em: https://www.migrationdataportal.org/data?cm49=76&focus=profile&i=stock_abs_&t=2020

JORDÃO, F. Cinco pontos para entender a saúde do Brasil do pacto migratório da ONU. *Correio Braziliense*. 2019. [acessado em 15 de maio de 2020]. Disponível

em:<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2019/01/10/interna-brasil,729949/cinco-pontos-para-entender-saida-do-brasil-do-pacto-migratorio-da-onu.shtml>

JORNAL GAZETA DE ALAGOAS. Alagoas garantiu acolhida a nove refugiados em 2015. 2015. [acessado em 15 de maio de 2018]. Disponível em: <http://gazetaweb.globo.com/gazetadealagoas/noticia.php?c=275264>

JUÁREZ, S.P.; HONKAMIEMI, H.; DUNLAVY, A.C.; ALDRIDGE, R.W.; BARRETO, M.L.; KATIKIREDDI, S.V.; ROSTILA, M. Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2019; 7(4): 420-435.

JUBILUT, L. L.; GODOY, G. G. Refúgio no Brasil – Comentários à Lei 9.474/97. Ed. QuartierLatin do Brasil. São Paulo. 2017.

KANAVOS, P., PARKIN, G. C., KAMPHUIS, B.; GILL, J. *Latin America Healthcare System Overview: A Comparative Analysis of Fiscal Space in Healthcare*. 2019. London: London School of Economics and Political Science. [acessado em 15 de AGOSTO de 2021]. Disponível em: <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/latin-america-healthcare-system-overview-report-english.pdf>

KLEIN, J.; KNESEBECK, O.V.D. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*. 2018; 17(160):1-10.

KNOBLOCH, F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia USP*. 2015. 26(2): 169-174.

KPOSOWA, A.J.; MCELVAIN, J.P.; KEVIN D. BREAUULT, K.D. Immigration and Suicide: The Role of Marital Status, Duration of Residence, and Social Integration. *Archives of Suicide Research*. 2008;12(1):82-89.

KRUPIC, F.; SADIC, S.; FATAHI, N. Contact with health-care service expectation and reality of situation experienced by immigrants seeking swedish health-care. *Mater Sociomed*. 2016; 28(2): 141-145.

LABERGE M, LECLERC M. Immigration factors and potentially avoidable hospitalizations in Canada. *SSM Populations Health*. 2019; 7 (100336):1-10.

LACERDA, J.M.A.F.; SILVA, A.A.S.; NUNES, R.V.G. O caso dos refugiados sírios no Brasil e a política internacional contemporânea. *Revista de Estudos Internacionais (REI)*; 2015; 6 (2): 1-17.

LANA, R.M.; COELHO, F.C.; GOMES, M.F.C.; CRUZ, O.G.; BASTOS, L.S.; VILELA, D.A.M.; CODEÇO, C.T. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Caderno Saúde Pública*. 2020. 36 (3):e00019620.

LANGLOIS, E.V.; HAINES, A.; TOMSON, G.; GHAFAR, A. Refugees: towards better access to health-care services. *The Lancet*. 2016; 387(10016):319-321.

LEITE, V.R.; RAMOS, M.C.P. Acesso dos migrantes ao serviço de saúde: estudo comparativo entre Portugal e Brasil. *Ambivalências*. 2018; 6(11):64 – 86.

LEITE, J.C.; UEMURA, J.; SIQUEIRA, F. (orgs.). *O eclipse do progressismo: a esquerda latino-americana em debate*. São Paulo: Elefante, 2018.

LIMA, J.B.B.; MUÑOZ, F.P.F.; NAZARENO, L.A.; AMARAL, N. *Refúgio no Brasil: caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014)* – Brasília: Ipea, 2017. 234 p.

LIMA, M.R.A.; SOUZA, M.R.; NUNES, F.C. Repercussões dos determinantes sociais na saúde mental das migrantes haitianas em Goiás. *Revista do NUFEN*. 2020; 12(3): 53-70.

LU, Y.; KAUSHALB, N.; DENIERC, N.; WANG, J.S. Health of newly arrived immigrants in Canada and the United States: Differential selection on health. *Health & Place*. 2017; 48: 1–10.

LUKASKI HC, BOLONCHUK WW, HALL CB, SIDERS WA. Validation of tetrapolar bioelectrical impedance method to assess human body composition. *Journal of Applied Physiology*. 1986;60:1327-1332.

MACIAS, D.V. La pandemia del COVID-19 en el discurso antimigratorio y xenófobo en Europa y Estados Unidos. *Estudios Fronterizos*. 2021. 22:e066.

MAGALHÃES, A.F.; SILVA JUNIOR, C.; OLIVEIRA, F.; ALMEIDA, M.; ALVES-MELO, P. Assassinato de jovem congolês destrói imagem de país cordial e hospitaleiro. UOL notícial, 2022. [acessado em 02 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/opiniaocolumna/2022/02/02/assassinato-de-jovem-congoles-destroi-imagem-de-pais-cordial-e-hospitaleiro.htm>

MARCHESE, V.; BELTRAME, A.; ANGHEBEN, A.; MONTEIRO, G.B.; GIORLI, G.; PERANDIN, F.; BUONFRATE, D.; BISOFFI, Z. Schistosomiasis in immigrants, refugees and travellers in the Italian referral centre for tropical diseases. *Infectious Diseases of Poverty*. 2018; 7(55): 2-10.

MARKKULA, N.; CABIESES, B.; LEHTI, V.; UPHOFF, E.; ASTORGA, S.; STUTZIN, F. Use of health services among international migrant children – a systematic review. *Globalization and Health*. 2018; 14 (52): 14-52

MARTES, A.C.B.; FALEIROS, S.M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Sociedade São Paulo*. 2013; 22(2): 351-364.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, Refúgio e Saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Sociedade*. 2018; 27(1): 26-36.

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana*. 2013; Ano XXI (40):151-162.

MARTINS, M.A.C.; GUGELMIN, S.A. O direito à saúde de imigrantes haitianos na perspectiva de profissionais do SUS. *Tempus, actas de saúde coletiva*. 2020; 14(3): 63-83.

MELO, R.A.; CAMPINAS, L.L.S.L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(1):25-35.

MILESI, R.; CABRERA, M. Breve histórico da Rede Solidária para Migrantes e Refugiados. 2010. [acessado em 15 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.migrante.org.br/IMDH/ControlConteudo.aspx?pubId=223e688c-174c-418e-ad1d-0a1149d59462>

MITTELBAACH, J.; ALBUQUERQUE, G.S.C. A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2022; (20):e00332163.

MOLLIKA, R. F.; WYSHAK, G.; DE MARNEFFE, D.; KHUON, F.; LAVELLE, J. Indochinese versions of the Hopkins symptom checklist-25: A screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*. 1987;144: 497–500.

MANTOVANI, F. Número de imigrantes no Brasil dobra em 1 década, com menos brancos e mais mulheres. Folha De São Paulo, 2021. [acessado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2021/12/numero-de-imigrantes-dobra-em-1-decada-com-menos-brancos-e-mais-mulheres.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa

OLIVEIRA, T; CAVALCANTI, L; MACEDO, M. *Dados Consolidados da Imigração no Brasil 2020*. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Departamento de Migrações, DF: OBMigra, 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) in primary health care settings: a technical 48rofessio phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled Trial. WHO ASSIST V3.0 Questionnaire. [acessado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf

ONU News, Organização das Nações Unidas. Saiba tudo sobre o Pacto Global para Migração. 2018. [acessado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/12/1650601>

PAGE, K.R.; VENKATARAMANI, M.; BEYRER, C.; POLK, S. Undocumented U.S. Immigrants and Covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382:e62

PANNETIER, J.; GIGONZAC, V.; LYDIÉ, N.; LOÛ, A.D.D.; SPIRA, A.D. Timing of chronic hepatitis B diagnosis after migration and its determinants among Sub-Saharan African migrants living in France. *PLOS ONE*. 2017; 12(12): e0189196

PARENTE, C. Moise, congolês espancado e morto no Rio: o que se sabe sobre caso até hoje. *Jornal O Povo*, 2022. [acessado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/brasil/2022/02/01/moise-congoles-espancado-e-morto-no-rio-o-que-se-sabe-sobre-caso-ate-hoje.html>

PÉREZ-AYALA, A.; J. A. PÉREZ-MOLINA, J.A.; NORMAN, F.; NAVARRO, M.; MONGE-MAILLO, B.; DIAZ-MENÉNDEZ, M.; PERIS-GARCIA, J.; FLORES, M.; CAÑAVATE, C.; LÓPEZ-VÉLEZ, R. Chagas disease in Latin American migrants: a Spanish challenge. *Clinical Microbiology and Infection*. 2011;17: 1108–1113.

PERETTI C. Dignidade, direitos humanos e cidadania na perspectiva da doutrina social e de Hannah Arendt. *Revista Pistis&Praxis: Teologia e Pastoral*. 2014;6(3):795-816.

PIECADE, C.H.P.; ANJOS, R.O. Diálogos do refúgio: dilemas, inovações, perspectivas e Desafios na integração local de refugiados. *Anais do I Seminário Nacional de Sociologia da UFS*. 2016; 1281-1293.

PIERRE, L.A.S. *Assistência em planejamento familiar em um programa de saúde da família no município de Ribeirão Preto-SP* [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

PRECIADO, M.M. Enfermería cultural: para cuidar entiempos complejos [editorial]. *Cultura de los Cuidados*. 2018;22(51):7-10.

PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde Sociedade*. São Paulo. 2010; 19(1): 94-113.

PUZO, Q.; MEHLUM, L.; QIN, P. Socio-economic status and risk for suicide by immigration background in Norway: A register-based national study. *Journal of Psychiatric Research*. 2018; 100: 99-106.

QUEIROZ, C. Alimento construído. Estudos recentes acirram polêmica sobre os riscos de consumir comidas industrializadas ricas em conservantes, sal, açúcar e gorduras. 2018. *FAPESP pesquisa*. Ano 19, n.265, p.86-91 [acessado em 15 de maio de 2018]. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2018/03/20/folheie-a-edicao-265/>

QUEIROZ, S.N.; BAENINGER, R. Migrações internacionais no século XXI: tendências e características da dinâmica migratória para o Nordeste brasileiro. In: BAPTISTA, D.M.T.; MAGALHÃES, L.F.A.. (orgs). *Migrações em expansão no mundo em crise*. 1ed. São Paulo: EDUC, editora da PUC-SP, 2020;1: 213-251.

QUEIROZ, S.N.; SILVA, C.C. Imigrantes Internacionais na Região Nordeste e a Pandemia de Covid-19. In: FERNANDES, D.; BAENINGER, R. (coord). *17 impactos da pandemia Covid-19 nas migrações internacionais*. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”- NEPO/UNICAMP, 2020.

ROCHA, C.M.F.; DIAS, S.F.; GAMA, A.F. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cadernos Saúde Pública*. 2010. 26(5):1003-1012.

RODRIGUES, P.T.; VALDIVIA, O.G.; OLIVEIRA, T.C.; ALVES, J.M.P.; DUARTE, A.M.R.C.; CERUTTI-JUNIOR, C.; BUERY, J.C.; BRITO, C.F.A.; SOUZA JR, J.C.; HIRANO, Z.M.B.; BUENO, M.G.; CATÃO-DIAS, J.L.; MALAFRONTA, R.S.; LADEIA-ANDRADE, S.; MITA, T.; SANTAMARIA, A.M.; CALZADA, J.E.; TANTULAR, I.S.; KAWAMOTO, F.; RAIJMAKERS, L.R.J.; MUELLER, I.; PACHECO, M. A.; ESCALANTE, A.A.; FELGER, I.; FERREIRA, M.U. Human migration and the spread of malaria parasites to the New World. *Scientific Reports*. 2018; 8(1993): 1-13.

ROHLF, F.J. Adaptive hierarchical clustering schemes. *Syst. Zool*. 1970; 18: 58–82.

RSTUDIO TEAM. RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, MA. 2020. <http://www.rstudio.com/>. Acessado 15 set 2021.

SAHIMIN, N.; LIM, Y.A.; ARIFFIN, F.; BEHNKE, J.M.; LEWIS, J.W.; ZAIN, S. N.M. Migrant workers in Malaysia: Current implications of sociodemographic and environmental characteristics transmission of intestinal parasitic infections. *Plos. Neglected Tropical Diseases*. 2016;10(11): e0005110.

SALAS-WRIGHT, C.P.; VAUGHN, M.G.; GOINGS, T.T.C.; CÓRDOVA, D.; SCHWARTZ, S.J. Substance use disorders among immigrants in the United States: A research update. *Addictive Behaviors*. 2018; 76: 169-173.

SANTANA, R.B. A participação dos Espanhóis na Formação Sócio-Cultural de Estância – Sergipe. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina. Universidade de São Paulo. P. 13311-13330.

SANTOS, G.E.O. O cálculo amostral: calculadora on-line. [acessado em 10 de janeiro de 2021]. Disponível em: <<http://www.calculadoraamostral.vai.la>>

SARRÍA-SANTAMERA, A.; HIJAS-GÓMEZ, A.I.; CARMONA, R.; GIMENO-FELIÚ, L.A. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*. 2016; 37(28):2-29.

SCHEIN, L.S.; WINJE, B.A.; MYHRE, S.L.; NORDSTOGA, I.; STRAITON, M.L. A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. *BMC Health Services Research*. 2019. 19(958): 2-12

SCHMUNIS, G.A.; YADON, Z.E. Chagas disease: A Latin American health problem becoming a world health problem. *Acta Tropical*. 2010; 115: 14–21.

SKOGLUND, P.; MALLICK S.; BORTOLINI, M.C.; CHENNAGIRI, N.; HÜNEMEIER, T.; PETZL-ERLER, M.L.; SALZANO, F.M.; PATTERSON, N.; REICH, D. Genetic evidence for two founding populations of the Americas. *Nature*. 2015;525(7567):104-108.

SHER, L.A. model of suicidal behavior among depressed immigrants. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2010; 10(1): 5-7.

SILVA, J.C.J.; BÓGUS, L.M.M.; SILVA, S.A.G.J. Os fluxos migratórios mistos e os entraves à proteção aos refugiados. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2017; 34(1): 15-30.

SILVA, C.C.; QUEIROZ, S.N. O enfrentamento à Covid-19 na região Nordeste: considerações sobre desigualdades intraregionais. In: BAENINGER, R.; VEDONATO, L.R.; NANDY, S. (eds). *Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19*. 1ed. Campinas, SP: NEPO/UNICAMP, 2020; 1: 435-443.

STONG, J.; VARADY, C.; CHAHDA, N.; DOOCY, S.; BURNHAM, G. Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. *Conflict and Health*. 2015; 9(12):1-10.

STRONKS, K.; RAVELLI, A.C.J.; REIJNEVELD, S.A. Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal Epidemiol Community Health*. 2001. 55: 701–707.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Sociedade*. 2013; 22(2):328-341.

UITERS, E.; DEVILLÉ, W.L.J.M.; FOETS, M.; GROENEWEGEN, P.P. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health*. 2006. 16(4): 388–393

ULLAH, A.A.; NAWAZ, F.; CHATTORAJ, D. Locked up under lockdown: The COVID-19 pandemic and the migrant population. *Social Sciences & Humanities Open*. 2021; 3(1):e100126.

VAETH, P.A.; WANG-SCHWEIG, M.; CAETANO, R. Drinking, alcohol use disorder, and treatment access and utilization among US racial/ethnic groups. *Alcoholism*. 2017; 41 (1): 6-19.

VARGEM, A.; MALOMALO, B. A imigração africana contemporânea para o Brasil: entre a violência e o desrespeito aos direitos humanos. In: MALOMALO, BasÍllele; BADI, M.K; FONSECA, D.J. Diáspora africana e a imigração da era da globalização: experiências de refúgio, estudo, trabalho. Curitiba: CRV, 2015, pp. 107-123.

VENTURA, D. Impacto das Crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. *Dossiê Sur sobre migração e direitos humanos*. 2016; 13(23): 61–75.

VENTURA, D. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*. 2015. 107: 55-64.

VOGT, W.P. Dictionary of statistics and methodology: a non technical guide for the social sciences. 3 ed. London: Sage; 2005.

WALDMAN, T.C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*. 2011; 12(1):90-114.

WEATHERS, F. W., LITZ, B. T., KEANE, T. M., PALMIERI, P. A., MARX, B. P., & SCHNURR, P. P. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). (2013). (Acessado em 08-09-2018). Disponível em: www.ptsd.va.gov.

WOOLHOUSE, M.E.J.; GOWTAGE-SEQUERIA, S. Host range and emerging and reemerging pathogens. *Emerging Infections Disease*. 2005;11(12): 1842-1847.

ZAPATA, G.P.; ROSAS, V.P. Structural and Contingent Inequalities: The impact of COVID-19 on Migrant and Refugee Populations in South America. *Bulletin of Latin American Research*. 2020. 39 (S1): 16-22.

ZEFERINO, M.T.; FERMO, V.C.; FIALHO, M.B.; BASTOS, F.I. Semelhanças e Contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil. *Revista Ciência & Saúde coletiva*. 2017;22(1):97-106.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta tese foram apresentados no formato de artigos científicos.

ARTIGO 1

DE IMIGRANTE A PACIENTE: FATORES CONDICIONANTES NO USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS POR IMIGRANTES EM ÁREA LITORÂNEA DO NORDESTE BRASILEIRO

Resumo

Este estudo analisou os fatores condicionantes no uso de serviços de saúde pelos imigrantes internacionais em área litorânea do nordeste brasileiro. Estudo transversal, de desenho qualitativo, que ocorreu entre fevereiro de 2019 e abril de 2021. A partir do método de saturação de respostas, analisou-se o discurso de 62 imigrantes pelo método de Bardin e análise de cluster. Os discursos possibilitaram a formação de oito categorias condicionantes no uso dos serviços de saúde: expectativas, organização das unidades, barreira linguística, ser indocumentado, relação profissional de saúde-paciente, informações sobre os serviços de saúde e padrões de cuidados. Pode-se observar que os imigrantes, de acordo com o país de origem, apresentam vulnerabilidades e limitações na busca e utilização no serviço de saúde, requerendo/demandando dos gestores/profissionais de saúde e migratórios melhorias de acesso e repasse de informações sobre a dinâmica e direitos nos serviços de saúde. Diante a escassez de estudo neste enfoque em território brasileiro, este pode ser o início do desenvolvimento e fortalecimento de subsídios para reduzir as barreiras das limitações no sistema de saúde.

Palavras-Chave: Imigrante; Saúde Transcultural; Procura de cuidados de saúde; Acesso e utilização dos serviços

INTRODUÇÃO

Fluxos migratórios, inclusive internacionais, correspondem a mobilidade espacial da população, que ocorre desde o início da história da humanidade, intensificando-se em razão do processo de globalização. Em 2019 já haviam 272 milhões de imigrantes internacionais no mundo [1] e, neste cenário de rotas migratórias, o território brasileiro vem se configurando também como país de destino, com 774,2 mil indivíduos, principalmente haitianos e venezuelanos [2]. Observa-se que a mobilidade internacional ao Brasil está intimamente ligada pela imagem positiva em termos de multiétnicidade e acolhida [3] e aproximação fronteiriças com países em crise humanitária.

Em razão de ganhos políticos sociais advindos do Plano Real e subsequentes gestões federais até o ano de 2016, o Brasil tinha como atrativo para migração a estabilidade econômica e o baixo desemprego [4]. Atualmente, com a conjuntura governamental vigente, o mercado de trabalho passou por significativas transformações que, somado com advento da Covid-19, puderam ser sentidas com maior intensidade, visto que o desemprego e a precarização das atividades laborais foram consequências imediatas, com duração e intensidade ainda imprevisíveis [5]. São recorrentes conteúdos jornalísticos e

científicos evidenciando imigrantes indocumentados ou não, em meio à pandemia, sem acesso ao auxílio emergencial instituído pelo governo federal [6,7,8], podendo prejudicar medidas preventivas e no uso dos serviços de saúde.

Durante a pandemia da Covid-19, emergiram mais discussões sobre o acesso e cobertura dos sistemas de saúde para os imigrantes nos países da América do Sul, inclusive o Brasil, visto as fragilidades históricas dos sistemas que, embora muitos países se comprometam a oferecer cobertura universal de saúde, na prática, apenas a cobertura parcial é disponibilizada [9]. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV consta a saúde como indissociável do direito à vida, pautada na igualdade entre as pessoas, sendo o Estado como garantidor do exercício deste direito [10]. No Brasil, o direito a saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 a todos aqueles em território brasileiro, por meio de princípios doutrinários (integralidade, equidade e universalidade) e de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[11], beneficiando também o imigrante independente de suas condições administrativas migratórias [12].

O SUS foi constituído em 1990 como conquista do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ele é considerado como o maior programa de saúde pública do mundo, seus serviços de saúde ofertados envolvem a assistência por meio de Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ações de proteção, promoção e recuperação da saúde em diferentes níveis, com realce para vigilância em saúde, vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação, nutrição, atenção à pessoa portadora de deficiência, saúde da criança, adolescente, mulher e homem, procedimentos de consultas, exames, urgências, emergências, internações, cirurgias, transplantes, entre outros serviços como de ensino e pesquisa pelas universidades [13]. Embora exista precariedade na assistência à saúde pelo SUS, fica evidente a participação do sistema referente a tentativa de cuidados ao imigrante, o que representa um grande avanço nos processos de inclusão somado a necessidade de investigação no acesso aos serviços de saúde por esse grupo populacional [14].

O crescente número de imigrantes em um país acarretará no aumento do uso e demandas do setor de saúde em diferentes níveis da gestão pública. Essa dinâmica representa um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde em promover cuidados individualizados e holísticos baseados nas necessidades e autonomia do indivíduo, visto que ao migrar não há a perda da herança sociocultural no que se refere a crenças e práticas de saúde e doença, no qual, devem ser consideradas [15,16]. Uma das principais metas das políticas de saúde em diferentes países tem sido a de promover a equidade aos vários grupos populacionais, inclusive ao imigrante [17].

Entretanto, diversos fatores interferem ao longo do percurso entre os sujeitos e os serviços de saúde, como demonstrada em estudo realizado na cidade de São Paulo, Brasil, ao observar que 72% dos bolivianos entrevistados declararam a sensação de diferenciação,

aspecto negativo, no campo de assistência e qualidade do atendimento à saúde ao imigrante quando comparado com brasileiros [18]. Estudos qualitativos internacionais mostram o quanto podem ser altas as expectativas dos imigrantes ao procurar o serviço de saúde no país de destino [19,20], que em meio ao sentimento de frustração, os levam a estabelecer comparações entre as experiências assistenciais em seu país de origem [19].

Outros fatores também influenciam na procura e uso dos serviços de saúde no país de destino, não apenas por experiências de saúde e doença no país receptor, mas por mudanças relacionadas à migração como idioma desconhecido, baixas condições socioeconômicas e laborais, diferenças culturais, assim como os problemas de saúde que os acompanham desde seu país de origem [21]. O processo migratório isoladamente não representa um fator de risco, mas expõe o impacto da migração na saúde e os determinantes presentes em cada etapa do processo migratório, que variam pelo status da migração, como também com o conhecimento prévio dos serviços de saúde disponíveis no local de acolhimento e com o ambiente e a cultura de origem da pessoa que imigra, assim como quais os parâmetros de saúde que serão avaliados e as representações de saúde/doença que traz essa população [22].

Torna-se primordial conhecer as especificidades dos diferentes grupos populacionais de migração e de seus contextos socioeconômicos e culturais, incluindo as necessidades subjetivas, valores, anseios e desejos que influenciam as práticas de saúde. A análise destes aspectos possibilita a identificação das necessidades e prioridades de intervenção, principalmente em territórios de escassos estudos, como o nordeste do Brasil [23], para que subsidie o estabelecimento de políticas e estratégias de saúde integradoras, para efeitos legítimos na proteção e promoção da saúde das diferentes populações migratórias e locais de destinos.

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores condicionantes da busca por cuidados de saúde pelos imigrantes internacionais em região litorânea do nordeste brasileiro.

MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com número de registro 3.022.267, CAAE: 96051318.5.0000.5371.

Área e população do estudo

Estudo realizado entre março de 2019 a abril de 2021, em Aracaju (capital) e região metropolitana (Nossa Senhora do Socorro e Barra dos Coqueiros), estado de Sergipe, Brasil. Sergipe é o menor estado brasileiro (21.938.184 Km²; taxa de urbanização de 73,5%) e situa-se na costa Atlântica da região do Nordeste (figura 1). A área do estudo localiza-se

na região litorânea de Sergipe, caracterizada por intenso e emergente fluxo turístico e de investimento econômico internacional, concentração de pontos culturais e polos industriais (têxtil, cosmético, construção civil, alimentícia e automotivas).

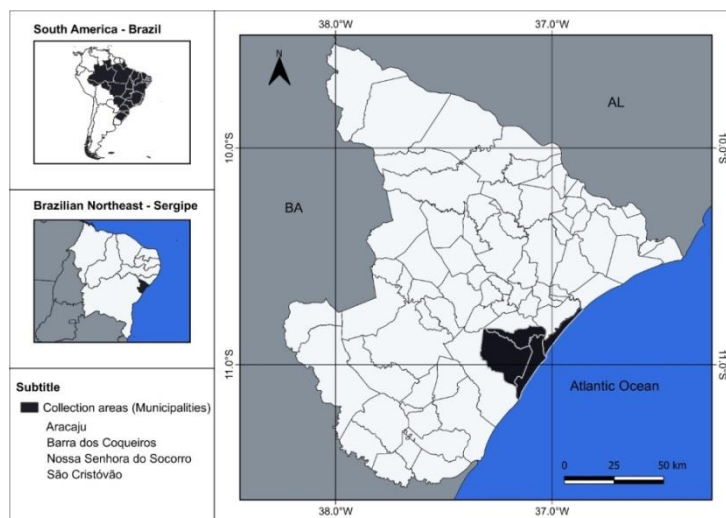


Figura 1-Localização territorial do estado de Sergipe, Nordeste do Brasil. 2021.

De acordo com o Observatório das Migrações Internacionais do Ministério da Justiça do Brasil [24], a taxa de retenção de imigrantes de longo termo no país (tempo de permanência superior a um ano) é de 63,3%, dos quais 11,0% são crianças. Fundamentado nessas informações procedeu-se o cálculo da amostra, partindo-se do total de 541 imigrantes registrados na Região Metropolitana de Aracaju em 2018 (dados da Polícia Federal em Sergipe), excluindo as crianças e os imigrantes temporários, chegando-se a uma população de aproximadamente 306 indivíduos. Aplicou-se o cálculo amostral [25], com 95% de intervalo de confiança e erro amostral de 5%, e foi obtida a amostra mínima de 152 imigrantes. No entanto, devido ao interesse dos imigrantes em participar da pesquisa, a amostra final totalizou 186 imigrantes residentes.

Adotou-se como critérios de inclusão ser imigrante internacional de longo termo, faixa etária maior ou igual a 18 anos e ter utilizado o serviço de saúde pública no Brasil. Entretanto, foram excluídos aqueles indivíduos que eram turista na área de estudo.

O recrutamento de imigrantes foi baseado no método bola de neve, no qual, ao final da entrevista, o imigrante entrevistado indica outro imigrante a ser entrevistado [26]. Esta estratégia metodológica constituiu em estabelecer contato com Organizações Não Governamentais, associações religiosas e secretarias de Saúde Pública da área de estudo para indicar as primeiras famílias/indivíduos imigrantes. Foram analisados os discursos de 62 imigrantes baseados no ponto de saturação, quando, durante o processo de coleta, é observada a repetição de respostas na formação dos núcleos de sentido que compõem a definição das categorias.

Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado, seguindo um roteiro baseado em estudos correlatos a temática [19,27,28]. Processou a validação interna do roteiro de entrevista por meio da realização de oito entrevistas, as quais não foram incluídas na amostra, com o intuito de evitar interpretações dúbias, dúvidas e/ou variedade de respostas, o que poderia comprometer o rigor do método, a obtenção dos dados e, posteriormente, o alcance da saturação teórica [29]. As entrevistas foram realizadas em locais de comum acordo com o entrevistado, por meio de dois entrevistadores devidamente treinados para reduzir a barreira do idioma, até a saturação das respostas.

Variáveis

O instrumento era composto por questões relacionadas as características sociodemográficas e experiências nos serviços de saúde. Os sujeitos do estudo falaram livremente sobre suas experiências nos serviços de saúde públicos (unidade básica de saúde e hospital), a partir do questionamento “Quais eram as expectativas em relação aos serviços de saúde ao vir para o Brasil?”, solicitando que fossem mencionadas as dificuldades (quando houve) ou experiências negativas que tiveram com o serviço local. Cada entrevista foi gravada em áudio digital (duração média de 40 minutos) e as perguntas foram realizadas na mesma sequência para todos os entrevistados, respeitando o tempo de cada indivíduo para assegurar as colocações pretendidas. Posteriormente, realizou-se a transcrição das falas dos imigrantes entrevistados para análise.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo [30], considerando as opiniões individuais, os consensos e as divergências que emergiram nas discussões. Para análise dos discursos, os imigrantes foram identificados de acordo com as categorias de renda do Banco Mundial relacionadas com a renda nacional bruta (RNB) de seu país de origem [31]: Renda Alta, Média Alta, Média Baixa e Baixa. Entretanto, mediante a falta de informações sobre a Venezuela no Banco Mundial, classificou-se este país como Renda Média Baixa, diante afirmativa do mesmo em resposta à CNN Brasil sobre o impacto da Covid-19 na economia da Venezuela, agravando a recessão econômica em 2020 [32]. Para garantir o sigilo das falas, os imigrantes dos países de Renda Alta foram identificados como “IRA”, os dos países de Renda Média Alta como “IMA” e os imigrantes dos países de Renda Média Baixa e de Renda Baixa agrupados e identificados como “IMB”.

Os principais termos mencionados foram evidenciados com o auxílio do software livre IramuTeQ v. 0.7 alpha 2 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Text et de Questionnaire* – Free Software Foundation, Inc.). Este software permite diferentes tipos de análise de dados textuais, desde muito simples, como a lexicografia básica, até análises multivariadas, organizando a distribuição do vocabulário de forma compreensível e visualmente clara. Após a seleção dos termos principais, foi elaborada uma matriz binária (0 para ausência e 1 para presença de resposta) para as variáveis de acesso aos serviços de saúde (termos: “expectativas positivas”, “expectativas negativas”, “organização negativa”, “organização positiva”, “relação profissional de saúde-paciente”, “idioma”, “informações sobre serviços de saúde”, “padrões de cuidados”, “Covid-19”).

A matriz binária foi transformada em matriz de distância (euclidiana), com a qual foi construído um dendrograma por meio da análise das respostas dos imigrantes usando o método UPGMA (*Unweighted Pair Group Method with Arithmetic mean*) (coeficiente de correlação cofenética = 0,7549) [33]. O número de grupos (*clusters*) foi determinado com o método da largura da silhueta (*Silhouette Width Method*), que propôs um nível de limiar igual a 0,7 [34]. Os dendrogramas foram preparados e analisados com o software RStudio [35].

RESULTADOS

Concordaram em participar do estudo 186 imigrantes internacionais, dos quais 64,5% eram homens, 61,8% afirmam ter companheira(o), com ensino básico completo (53,2%), falam português em nível intermediário (53,2%), com tempo de permanência no Brasil de até cinco anos (51,6%), seguida de mais de dez anos (25,8%). A média de idade atual é de 41,1 ±14,7 anos, enquanto que a média da idade de chegada no Brasil foi de 31,7 ±12,9 anos. O Brasil, para a maioria, foi considerado o país de escolha migratória (72,5%). Os países de origem, da maioria dos imigrantes, são de IMB e IMA (72,5%), principalmente da América Latina (69,35%). Dentre as razões de migração, destacam-se trabalho, reagrupamento familiar/casamento e estudo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas dos imigrantes entrevistados residentes em Sergipe, 2021.

Variáveis Sociodemográficas	n (%)
<i>Gênero</i>	
Masculino	120(64,5)
<i>Situação administrativa</i>	
Regular	179(96,2)
Refugiado	6(3,2)
Irregular	1(0,5)
<i>Idade média</i>	41,1 / ±14,7
<i>Idade média de chegada no Brasil</i>	31,7 / ±12,9
<i>Escolaridade (nível máximo)</i>	
Ensino básico (fundamental e médio)	99(53,2)
Ensino superior	77(41,4)

Sem educação formal / somente alfabetizado	10(5,4)
Reside com companheiro(a)	115(61,8)
Nível de fluência em português	
Alto	52(27,9)
Intermediário	100(53,2)
Baixo	30(16,1)
Não falante	05(2,7)
País de primeira escolha para migração	
Brasil	135(72,6)
Outros países	51(27,4)
Países de origem (renda per capita do país)*	
Renda Alta (IRA)	52(27,8)
Renda Média Alta (IMA)	72(38,5)
Renda Baixa e Média Baixa (IMB)	63(33,7)
Tempo de permanência no Brasil	
Até 5 anos	96(51,6)
De 5 a 10 anos	43(23,1)
Mais de 10 anos	48(25,8)
Razões para a imigração	
Trabalho	89(47,8)
Reagrupamento familiar/casamento	35(18,8)
Estudo	27(14,5)
Características culturais e climáticas do Brasil	24(12,9)
Política e Outros**	9 (4,8)

* Renda Média Baixa e Baixa (Guiné-Bissau, Mali, Venezuela, Angola, Egito, El Salvador, Irã; Marrocos, Nicarágua, Paquistão, Senegal, Timor-Leste); Renda Média Alta (Argentina, Bulgária, Colômbia, Cuba, Equador, Gabão, Guatemala, México, Peru, Paraguai, Sérvia e Turquia); Renda Alta (Chile, China, Dinamarca, Eslovênia, Iugoslávia, Espanha, França, Inglaterra, Uruguai, Itália, Portugal, Suécia, Suriname).

** Saúde; Mochileiro.

Foram construídas oito subcategorias para sintetizar as narrativas dos 62 imigrantes, de acordo com o critério de saturação, com relação aos fatores condicionantes no uso de serviços de saúde (tabela 2).

Tabela 2. Fatores condicionantes no uso dos serviços de saúde pelos imigrantes internacionais e Aracaju e região metropolitana, Brasil, 2019-2021.

Categorias	Subcategorias
Fatores condicionantes no uso dos serviços de Saúde Pública	3.1 Expectativas
	3.2 Organização dos serviços de saúde
	3.3 Ser Indocumentado
	3.4 Relação profissional de saúde-paciente
	3.5 Barreiras linguísticas
	3.6 Informações sobre os Serviços de Saúde
	3.7 Padrões de cuidados
	3.8 Impactos da Covid-19 nos serviços de saúde

3.1 Expectativas dos imigrantes em relação aos serviços de saúde

Os discursos abaixo evidenciam que os imigrantes apresentavam expectativas positivas quando buscam atendimento à saúde em um primeiro momento, entretanto, se

converteram em decepções e insatisfações pelas dificuldades estruturais e de atendimento nos centros de saúde.

“Não tinha assim muita expectativa, pelo menos eu achava que era igual ao de lá (país de origem). Eu acho que era melhor preservada a estrutura, tinha mais estrutura física. Assim, como que eu falo?! Eu acho assim comparando com aqui, lá o posto (Unidade Básica de Saúde) era um ambiente mais agradável, sabe?! (...) o atendimento era bom, você conseguia ser atendido, enfrentava fila, mas assim falar que você passou o dia inteiro?! Não!”(IMA)

“Antes de vir eu tinha a expectativa, a opinião formada, de que o acesso era mais rápido, mas quando eu precisei mesmo e fui em uma unidade de saúde (Hospital) de serviço público, o acesso meio que não foi da forma que eu imaginava, tão rápido, tão humanizado, foi basicamente isso. Foi bem frustrante, porque eu estava em uma condição bem aguda, logo quando cheguei, peguei dengue, então penei para ver meu caso ser resolvido, fiquei um tempão na fila, muita demora, pensei que ia morrer mesmo.”(IMB)

Em complemento a uma das falas anteriores, nota-se que o estresse vivenciado trouxe fragilidades e receios na busca por assistência de saúde pública, podendo gerar prejuízos clínicos ao indivíduo e, a depender de sua condição econômica, a busca por sistema de atendimento alternativo.

“Criou receio de uma certa forma, eu evito ao máximo, só vou quando preciso mesmo, quando vejo que não tem jeito, eu vou. Quando eu posso, eu procuro mais o serviço particular.” (IMB)

Além do mais, a expectativa aos serviços de saúde demonstrou também ser influenciada pela qualidade assistencial e disponibilização de recursos em seu país de origem, visto que a maioria dos imigrantes em Sergipe, que são nascidos em países renda baixa ou média baixa, especialmente da Venezuela, com precariedades em assistência em serviços de saúde, tinha uma expectativa superestimada (valoração positiva), ao contrário da maioria dos imigrantes de países de alta renda, como demonstrado nas falas seguintes:

“Eu só achava que aqui seria melhor que o nosso país por conta das crises, aqui tem medicação e atendimento de graça e lá tudo eu precisava pagar, pois faltava nos hospitais, e mais equipamentos.”(IMB)

“A minha expectativa não era tão grande, porque já esperava encontrar um sistema com dificuldade pelo que eu sabia, (...)então seria difícil chegar ao nível da Itália quanto a organização e assistência (...).”(IRA)

3.2 Organização dos serviços de saúde

A partir das narrativas, observa-se que as dificuldades quanto à organização dos serviços de saúde estão relacionadas à gestão do sistema de saúde quanto a estrutura física, escassos recursos materiais e humanos, longo tempo de espera. Contudo, diante a frustração, nota-se receios/medos na busca por cuidados, e, conseqüentemente, repercutir como um potencial risco a saúde do imigrante.

“Qualquer país fora da Europa tem o serviço público, é bem diferente! O serviço público aqui é precário, você demora meses e meses para fazer uma consulta, mais profunda, mais complicada, enquanto lá não é assim nessa demora. Eu toda vez quando eu precisava de algum exame lá, eu sempre fui atendido bem rápido pelo serviço público.”(IRA)

“(...) foi por necessidade, (...) fui para o hospital, para a urgência, para um atendimento rápido. Eu fiquei chocada (risos)! (...) Eu fiquei horrorizada porque eu vi as pessoas doentes, em “camas” assim, então onde meu filho tomou a vacina não foi na ala pediátrica, eu passei pela área da urgência, e fui lá, um cantinho no fundo lá, e aí eu via os feridos, tinha um cheiro estranho, assim não foi bom não! (risos). Fiquei meio assustada (...) surpreendida! Porque você vê tanta gente, e as vezes assim você vai para uma coisa e sabe que não vai atender, (...) mas eu só vou se eu estiver morrendo mesmo, porque eu evito ir!”(IMA)

“Depois de tanta espera, só fui atendido depois das 12hr e quando entrei na consulta, não tinha o aparelho que examina o ouvido. Foi uma experiência ruim pela falta de consideração com o paciente.”(IRA)

Outro ponto retratado foi à organização de busca dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade (primário, secundário e terciário), além dos procedimentos burocráticos para acesso, por não estarem habituados/desconhecerem, fator que pode gerar situações estressantes na busca para assistência à saúde, evidenciado na seguinte fala:

“Me senti perdido no começo porque eu vi que aqui com qualquer coisa a pessoa vai no hospital, não procura o médico primeiro, acostumado no meu país a procurar o médico pra depois ir no hospital e aqui é diferente. No meu país nossa metodologia de serviço público funciona muito bem e os órgãos sempre indicam a gente procurar primeiro um médico da família pra depois ele endereçar vários exames ou urgência ou hospital. Evita filas nos hospitais, filas nas urgências. Já aqui não tem essa organização no sistema, acaba tendo essas filas longas, um mal atendimento.” (IRA)

Então, estou lembrando exatamente do momento, a primeira vez que fui, e eu lembro de ter algum problema justamente no público, não sabia que precisava de algum comprovante de residência, e no momento não tinha, porque morava na residência onde as despesas eram pagadas pelo dono da residência, então não tinha contas no meu nome, (...)então decidi ir nos hospitais, um dos maiores, me falaram: “Não, você deve primeiro ir ao seu hospital do bairro, posto do bairro. (...)” (IMB)

3.3 Ser Indocumentado

Aponta-se a situação administrativa indocumentado do imigrante como um obstáculo na acessibilidade aos serviços de saúde, refletindo na instalação de sentimentos negativos como receio na procura por serviços assistenciais de saúde, o que intensifica esta procura em estágios avançados da doença, ou por motivos de desconhecimento sobre o direito à saúde, garantido pela constituição brasileira:

“Quando cheguei aqui tive algumas dificuldades, foi melhorando aos poucos. (...) Não conseguia resolver nada em relação a saúde, porque quando cheguei aqui não estava regular, aí só comecei a resolver quando minha documentação estava certinha.” (IMB)

“Quando eu não tinha documento entrava como “urgência”, tinha que ir, não podia ir para outro. Então entrava como urgência, porque estava ilegal. Agora não mais. Por receio só ia quando estava muito ruim.” (IMA)

3.4 Relação profissional de saúde-paciente

Os relatos revelam a falta do olhar holístico e humanizador (“olhar nos olhos”) pelos profissionais de saúde frente ao acolhimento assistencial ao imigrante, visto que existem particularidades epidemiológicas do país de origem que exigem compreensão dos diferentes processos saúde-doença e as percepções correlatas, além de acarretar na fragilidade da construção do vínculo profissional-paciente. Detectou-se também menções da supervalorização do profissional médico e a questão da falta de pontualidade na dinâmica das consultas:

“Aqui também é que os médicos estão supervalorizados, a profissão médica é supervalorizada, o médico atende quando quer, na hora que quer, não tem horário marcado (...).”(IMA)

“bons profissionais aqui também,...), agora essa história que o médico não olha para os olhos só acontece aqui” (IRA)

“Na minha opinião, esses dias fiquei esperando e fui lá no posto pra ver se tinha diabetes, olhar a pressão, e o médico não teve respeito, ele não respeitou a hora, chegou na hora que quis, e acho que as pessoas pensam que é normal porque ninguém reclamou.”(IRA)

“Eu demorei porque estava morando em local que o posto de saúde era muito longe e ai não tinha quem fosse lá, porque a agente de saúde tem que ir na sua casa fazer uma visita, pois era complicado de ir no posto, e elas nunca chegaram.”(IMB)

“Em comparação ao serviço público do Brasil, lá no Chile é melhor, (...), o atendimento é melhor, a pessoa que está no balcão tinha paciência,...) As pessoas que estão no balcão às vezes acho um pouco estressadas, não dão as respostas necessárias, ou se a gente vai com uma receita médica sinto que não tem paciência. Falta de cordialidade com as pessoas” (IRA)

Apesar do nível de expressão ser menor, especialmente em função da especificidade do grupo populacional avaliado, outro fator limitante destacado nas narrativas e de relevância são as experiências ou os receios de situações xenofóbicas a imigrantes, documentados ou não. O cenário aponta a fragilidade na garantia do direito à saúde de forma universal e equitativa, trazendo possíveis prejuízos na dinâmica de busca e adesão aos serviços de saúde, justamente pela ideia subjetiva de “peso” aos serviços, e, em alguns casos, como “indesejados”, e, conseqüentemente, acarretar graves impactos não só no âmbito da saúde, mas como a biopsicossocial.

“Só foi uma vez. Uma profissional do posto de saúde ficou falando porque não voltávamos para nosso país de origem, já que podíamos tirar a oportunidade no serviço público de saúde e emprego de um brasileiro (...). Fiquei triste e respondi que não é assim, porque a gente chegou aqui procurando uma melhor vida e temos oportunidades iguais.”(IMB)

“O atendimento acontecia, mas tinha preconceito por ser indocumentado. Você sentia que algumas pessoas ficavam desconfiadas de quem éramos e se podiam atender ou não.”(IMA)

“A gente tem que ter alguma documentação para ser atendido, se não tiver, fica difícil (...).”(IMB)

Apesar deste estudo evidenciar relatos sobre fragilidades no direito a assistência de cuidados a imigrantes em Sergipe, entende-se que experiências negativas anteriores, em outros estados brasileiros, podem potencializar em prejuízos na busca de cuidados. Neste sentido, chamou a atenção o relato de duas famílias venezuelanas sobre sua experiência em cidade fronteira, Boa Vista (Roraima –Brasil):

“Eu sentia diferença (xenofobia) quando tava em Boa Vista, tinha uns rapazes (em Boa Vista) que atendiam a gente bem, mas tinha outros que falavam “ah eles são estrangeiros”.(...)Quando a gente ia tomar vacina, dava pra ver a diferença do brasileiro pra um venezuelano, eles sempre ficam “não, espere aí, não, espere aí” Então, se chegar o brasileiro e estamos na fila, passava o brasileiro primeiro e o venezuelano ficava por último. Eles diziam que a gente por ser imigrante tem que esperar pra tomar vacina, aí eu ficava com raiva e ia embora, muita discriminação por parte dos profissionais (de saúde) brasileiros. Pela experiência, até em nosso país, ficamos com receio sempre quando vamos a um hospital.”(IMB)

“Eu ficava com medo de levar minha filha no serviço de saúde, de como seríamos tratadas. Por isso, acabei demorando em ir no posto, a dar a vacina na minha filha, por causa de outras experiências em Roraima e na Venezuela” (IMB)

Também foi evidenciada a dificuldade no atendimento em razão do desconhecimento dos profissionais de saúde sobre procedimentos quanto a legitimidade das documentações migratórias no Brasil para assistência de saúde.

“Ou até mesmo não sabem te direcionar burocraticamente nos serviço de saúde principalmente quando você chega sem (...) um CPF (Cadastro de Pessoa Física).”(IMB)

3.5 Barreiras linguística

A barreira linguística foi um dos fatores limitantes mais mencionados, uma vez que interfere na compreensão de informações essenciais acerca do quadro clínico do paciente (localização da dor, sinais, sintomas, frequência, duração), bem como prejudica a transmissão de informações/orientações sobre a conduta terapêutica por parte do profissional da saúde, cabendo em determinadas situações a necessidade de algum acompanhante para atuar como interlocutor (e/ou intérprete) no diálogo paciente-profissional de saúde:

“Dificuldades para utilizar o sistema de saúde, por exemplo eu tive na linguagem para explicar o que aconteceu, o que está doendo, só foi esse mal do sistema de saúde aqui, não tem em sua maioria pessoas preparadas em outros idiomas para se fazer entender” (IRA)

“Logo que cheguei aqui passei mal. Fui na emergência e tem pessoas que não atenderam ou confundiram o nome do medicamento que não deveria ter sido administrado. Quando eu falava e talvez pela dor não conseguia falar português e entenderam outra coisa. Acho que todos os profissionais deveriam ter outra língua como idioma. Eu acho que todo profissional deveria ter por lei dois idiomas, para poder atender, já que todo país tem estrangeiro e a língua mundial tem que ser falada, o inglês, o espanhol e a língua materna do país, deveria ser como lei como profissional ter a as segunda língua.”(IMA)

“Sempre que preciso ir ao médico peço ajuda a minha esposa para me acompanhar, mesmo que vejo alguns profissionais que se esforçam para se comunicar conosco.” (IMB)

3.6 Informações sobre os Serviços de Saúde

Os discursos abaixo mostram o quanto existem fragilidades no processo de transmissão de informações para a inserção dos imigrantes nos serviços de saúde, podendo acarretar o não reconhecimento/reivindicações dos seus direitos, a falta de acessibilidade aos serviços de saúde e de esclarecimento de potenciais dúvidas acerca da articulação e composição das redes de saúde:

“(...)não existe uma orientação para estrangeiros, é bastante deficitário em todos os sentidos, até na própria universidade (Unidade de ensino), (...)” (IMB)

“Os órgãos tinham que orientar um pouquinho mais, precisamos que nos orientem porque estamos chegando em um novo país. Eu ainda procurei saber pelo meu cunhado, mas sinto falta, porque precisamos dessa informação para saber dos nossos direitos na saúde no momento de adoecer.”(IMA)

Além do mais, a falta ou limitação de informações acerca do sistema brasileiro público de saúde configura um relevante obstáculo que influencia diretamente no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde ou na escolha de serviços, e até mesmo em prejuízos aos seus direitos consagrados na constituição e lei migratória brasileira. Tal problemática foi destacada em especial pelo pensamento de ser saudável ao chegar no Brasil e receios:

“Quando saí do meu país não sabia de nada, meu foco era trabalhar.”(IMB)

“(...) basicamente eram outros pontos que eu pesquisava, não pesquisava sobre saúde, principalmente assim: “eu vou ficar doente, como vai ser minha vida ou onde eu posso ir para me atender?”. Porque eu acho que não pensa em ficar doente quando chega né, somente isso!”(IMA)

“Nunca procurei informações sobre os serviços de saúde do Brasil, me sentia bem. Somente aqui que comecei a conhecer. As pessoas, como vizinhos e amigos, falavam que tinha o SUS, que era de grátis, porém era um serviço que custava tempo para fazer exames, consultas e outras coisas. O melhor atendimento seria no serviço particular.” (IMA)

“(...) a gente fica receoso quando é imigrante, recém chegado, porque não sabe as leis, e como a gente vai ser tratado em um posto de saúde público. Por isso, contratei um plano de saúde, e nunca mais visitei um serviço público (...) mas sempre fui muito bem atendido”(IRA)

“Não sei a localização do posto. Só sabemos onde fica os hospitais, como o Nestor Piva, HUSE, porque já fomos. Utilizamos mais o serviço particular para consulta, porque desde o início fomos orientados (redes de contato) que era melhor buscar esse serviço.”(IRA)

3.7 Padrões de cuidados

Os padrões de cuidados mostram-se como um fator que altera as concepções do processo cura e doença, de modo a interferir em fragilidades nos cuidados, por buscarem somente serviços de saúde em situações de não melhora ou em automedicação. Nas narrativas são evidenciadas particularidades e o caráter alternativo das linhas de tratamento

ainda semelhantes ao de seu país de origem, especialmente os imigrantes advindos da Venezuela e China:

“Minha família tem costume de procurar plantas medicinais, lá a gente não usava quase hospital, usamos plantas, chá. Aqui eu tento usar plantas e chás, pra dor de cabeça e pronto, eu nunca fui para o médico fazer consulta aqui, caso não melhore, vou na farmácia.”(IMB)

“Temos o costume de não utilizar remédios químicos, a utilização de chás é muito mais proveitosa e saudável, algo cultural do nosso país (...)fizemos a utilização de chás e como o efeito não foi o esperado, acabamos recorrendo aos médicos e aos medicamentos receitados pelos médicos, como na época que tive o Covid (...)” (IRA)

3.8 Impactos da Covid-19 nos serviços de saúde

Os relatos demonstram a apreensão de alguns imigrantes diante da organização dos fluxos de atendimento dos serviços de saúde no cenário de pandemia da Covid-19, em função dos cuidados para não gerar aglomeração no local e transmissibilidade, acarretando em remarcações e tempo de espera no atendimento.

“Por conta da pandemia as consultas agendadas no posto de saúde estão demorando um pouco (...). A cirurgia da minha irmã já estava marcada, mas foi adiada devido a Covid e ela está precisando muito devido as dores pelo mioma e sangramento contínuo. (...) Um dos principais motivos de saída nossa da Venezuela.”(IMB)

“(...). O problema que estamos tendo é a liberação das consultas e dos exames, por exemplo o de mama, raio x, uma ressonância, são coisas caras e somente com esse serviço público nos conseguimos, e agora na pandemia piorou.”(IMB)

Um discurso chamou a atenção pela profunda indignação em relação ao governo federal brasileiro na gestão da pandemia pela postura do presidente do Brasil, frente às garantias dos cuidados em saúde com a população brasileira e o controle do avanço da Covid-19. O entrevistado se espantou com o descaso na afirmação: “se morrer 500.000 brasileiros tem que morrer”, em contraste ao que ocorre em seu país de origem, com planejamento assíduo para controle viral e cuidados para garantir a vida:

“Vou falar outra coisa então, na Itália a gente tem muitos mortos a cada dia, e todo mundo é atendido, todo mundo está unido, tem até voluntários, todos fazendo união para combater esse vírus em uma situação difícil. E aqui não tem nem três camas de UTI, aqui o presidente falou que se morrer 500.000 brasileiros tem que morrer, lá não se fala assim, fala que tem que salvar”. (IRA)

A figura 2 mostra a formação de agrupamentos baseados pelas subcategorias e interpretados de acordo com a renda do país de origem. Todavia, a subcategoria “Indocumentado” se uniu à subcategoria “relação profissional de saúde-paciente” diante das narrativas.

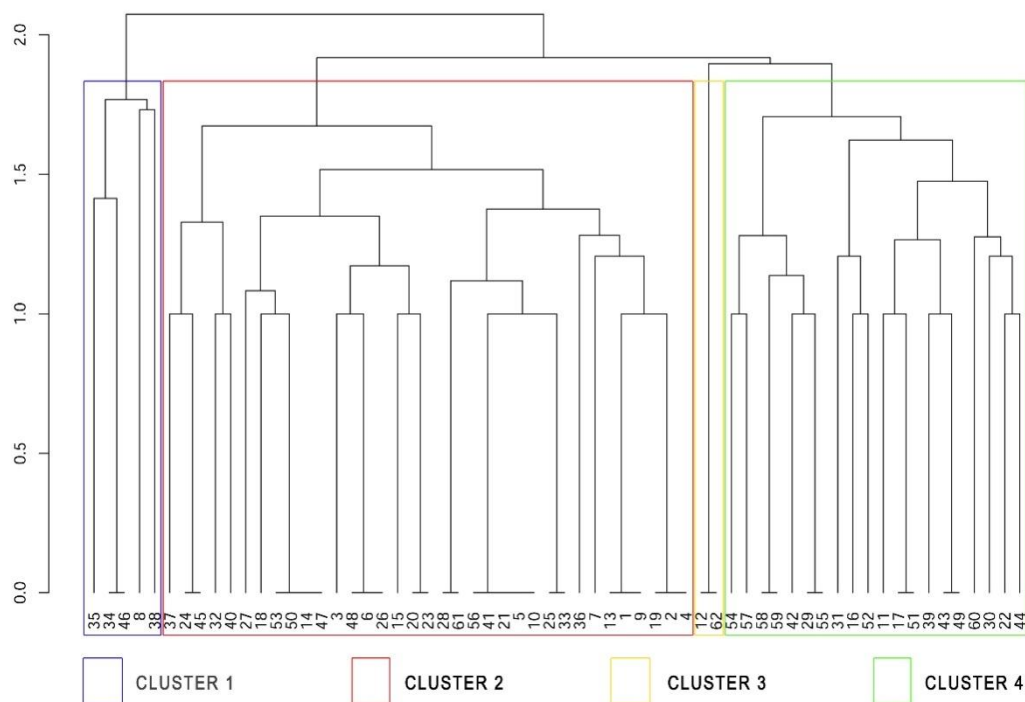


Figura 2 - Dendrograma de aproximação (UPGMA) da matriz de distância de Jaccard elaborado a partir das percepções dos imigrantes em relação ao acesso aos serviços de saúde na Região Metropolitana de Aracaju, Brasil, entre 2019-2021.

Cluster 1 – Imigrantes IMB

O cluster foi formado por cinco imigrantes, especificamente, de origem de países IMB (Venezuela e Angola). Verificou-se que os imigrantes possuíam expectativas positivas (valoração positiva) ao migrar para o Brasil, e estes, apesar de vivenciarem dificuldades na organização e funcionamento do serviço de saúde local, inclusive em tempos de covid-19, permanecem com valoração positiva. Situação justificada pelas fragilidades na assistência de saúde em seus países de origem.

“Imagina de forma positiva o que seria aqui. Com a crise está ruim porque não tem medicamento. Se você vai fazer uma cirurgia tem que comprar tudo, medicamento, tudo. Porque tinha que comprar absolutamente tudo, e era muito ruim isso, já aqui vocês possuem equipamentos, medicamentos para atender o paciente. (...). Não é um atendimento bom (Brasil), demora muito, se tem emergência tem que esperar (...)” (IMB)

Outrossim, evidenciaram dificuldades em relação ao idioma (33,3%) e situação xenofóbica por profissional de saúde na prestação da assistência. Observa-se padrões de cuidados (33,3%) relacionados a automedicação e uso de chá, devido a práticas culturais e possíveis dificuldades ao uso dos serviços de saúde.

“Como algumas vezes fica caro comprar remédios na farmácia(automedicação), fazemos chás do mesmo modo que a gente usava na Venezuela quando adoecíamos.”(IMB)

Cluster 2 – Imigrantes IMA e IRA

Cluster formado por 35 imigrantes, predominante de origem de países de Renda Média Alta (47,5% - Peru, Equador, México, Cuba, Servia e Colômbia), seguido de Renda Alta (38,2% - Suécia, Itália, Inglaterra, Chile).

Dentre os imigrantes IRA que afirmaram ter expectativas aos serviços de saúde brasileiros ao migrar, 71,4% demonstraram valoração negativa, e todos permanecem com esta valoração quanto a organização dos serviços de saúde públicos, inclusive na Covid-19. Enquanto que nos imigrantes IMA observa-se, dentre aqueles alegaram valoração negativa quanto ao serviço de saúde brasileiro (62,5%), a duplicidade nas respostas (60,0%) quanto a aspectos negativos diante as dificuldades na organização e funcionalidade do serviço de saúde, assim como valoração positiva, em razão da universalidade e gratuidade dos serviços de saúde.

“Eu achei que ia ser igual ao meu país de origem, porque tem se a ideia de que o serviço de saúde aqui na América, no geral são muitos ruins, aí eu criei essa percepção, mas conversando com amigos, olhando jornais e fui percebendo que a saúde aqui é pra todos, inclusive para mim que sou estrangeiro(...). É muita burocracia (rede de cuidado, referência e contra referência), é preciso esperar muito para se conseguir uma vaga para atendimento (Brasil). Bem diferente do meu país.”(IMA).

Afora os imigrantes que não mencionaram expectativas, observa-se que 50% do grupo de imigrantes IMA e 46,1% do IRA já vivenciaram situações de dificuldades na organização dos serviços de saúde. Assim como, experiências estressantes nas interações com profissionais de saúde(25%; 46,1%, respectivamente) e aproximadamente 1%, com barreiras linguísticas.

Cluster 3 – Imigrantes Indocumentados

Composto por dois imigrantes, de países dos gruposIMB e IMA (Angola e Argentina, respectivamente). Estes indivíduos apresentaram discursos semelhantes relacionados a fragilidades de informações sobre funcionamento e direitos aos serviços de saúde brasileiros, além de vivenciarem experiências de limitação ao atendimento por profissionais de saúde. Diante a limitação de assistência nos serviços de saúde, adotaram práticas de cuidados ao uso de produtos naturais.

“Se eu ficasse doente não sei se conseguiria me atender num posto de saúde, por não ter nenhum tipo de documentação (...). Quando preciso, tenho um mal-estar, falo com a minha amiga que passa medicamentos naturais”. (IMA)

Cluster 4- Imigrantes IMB e IRA

Cluster formado por 20 imigrantes, com destaque para origem do grupo de países IMB (55,0% - Senegal e Venezuela) e IRA (30,0% - China, Espanha e Uruguai).

A partir deste Cluster, observaram-se experiências negativas devido as barreiras linguísticas, principalmente no grupo de países de IMB, destacando-se os venezuelanos (100%), seguido dos países de IRA, em destaque os Chineses (60,0%). Cenário justificado pelo tempo de permanência dos Venezuelanos no Brasil (> 5 anos), consequentemente uma baixa fluência no português. Os chineses possuem característica de grupo, por utilizar brasileiros, de sua confiança, como interlocutores para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde. Outro ponto relacionado aos referidos imigrantes, foi a permanência de padrões de cuidados culturais de seus países de origem, quanto ao uso de produtos naturais, além da automedicação.

“Sempre que vamos para algum serviço de saúde precisamos que algum profissional da loja vá conosco para ajudar na comunicação com o profissional de saúde. Geralmente, as pessoas desconhecem a nossa língua. (...) é complicado para comunicação. (...). Praticamos bastante a medicina natural antes de fazer o uso do fármaco. Prática bastante utilizada na nossa cultura.” (IRA)

“Por causa do nosso idioma, como não nos entendem muito, aí eu precisei sempre ir com alguém, isso foi mais quando cheguei, não sabia me comunicar bem no português. (...) Nós usamos plantas medicinais, se for preciso algo nós compramos nas farmácias, para dor, febre.” (IMB)

Observou que os IRA predominam a valoração negativa quanto à organização dos serviços de saúde, contrapondo os IMB, apesar das dificuldades organizacionais do serviço de saúde.

Vale frisar que, o fator condicionante *Informações sobre os serviços de saúde* seapresentou em todos os clusters, de forma expressiva, e nos variados países, visto que a maioria dos imigrantes veio para o Brasil por motivos de trabalho, com “bom” estado de saúde, não se atentando a forma de organização do SUS, somado a alegação de escassez de profissionais de saúde e migratórios para a orientação sobre o mesmo.

DISCUSSÃO

A interface Saúde e Imigração é marcada por diversos fatores que condicionam e/ou dificultam o acesso aos serviços de saúde, os quais se relacionam ao fortalecimento do

status de vulnerabilidade, especialmente a população imigrante [36]. Nessa perspectiva, observou-se como fatores condicionantes ao acesso e utilização dos imigrantes dos serviços de saúde em Aracaju: “organização dos serviços de saúde” (recursos humanos e materiais, dinâmica de atendimento); “escassa orientação sobre os serviços de saúde”; “ser indocumentado”; “relação profissional de saúde-paciente”; “barreiras linguísticas”; “conhecimento limitado sobre o sistema de saúde” e “padrões de cuidados”. Todavia, tais fatores podem prejudicar a resolatividade das necessidades dos imigrantes, principalmente aqueles que possuem enfermidades crônicas, que necessitam de cuidados contínuos [37].

A etnicidade, cultura e país de origem têm se mostrado frequentemente associados à percepção de satisfação e qualidade pelos serviços de saúde utilizados no país de origem [17]. Estudos nacionais e internacionais têm apontado que o grau de satisfação das populações imigrantes com o serviço de saúde é influenciado, parcialmente, por expectativas relacionadas aos cuidados de saúde e experiências anteriores no país de origem [19, 27, 28, 38, 39] quando suas expectativas e necessidade não são atendidas, os imigrantes buscam outras alternativas, como o serviço privado [40]. Nesse contexto, pode-se afirmar que imigrantes oriundos de regiões/lugares com estruturas e insumos escassos de cuidados de saúde podem ter uma percepção de melhor qualidade aos serviços no Brasil, enquanto aqueles oriundos de regiões/lugares com um sistema de saúde eficaz podem perceber os serviços como menos eficientes, como observado no presente estudo.

A busca por cuidados nos serviços de saúde resulta da influência de diversos fatores que precisam ser discutidos no planejamento de estratégias para a melhoria da saúde e cuidados às populações imigrantes. Estudo realizado em Portugal com imigrantes e profissionais de saúde evidenciou diversas barreiras no acesso e utilização dos serviços, como os relacionados com o indivíduo (situação econômica e administrativa, desconhecimento sobre a legislação do acesso aos serviços), com os profissionais de saúde (desconhecimento sobre práticas culturais e religiosas, atitudes face aos imigrantes, falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais) e com os serviços (falta de recursos humanos, reduzido horário de atendimento, procedimentos burocráticos e longa espera) [41]. Observa-se semelhanças aos achados no presente estudo, demonstrando que as barreiras ao acesso à saúde de imigrantes ocorrem em diferentes territórios, mesmo aqueles com pequeno fluxo migratório, demandando mais discussões e melhorias nas políticas públicas.

A reduzida utilização dos serviços de saúde por essa população pode estar relacionada ao seu status migratório no país receptor, especialmente para aqueles que se encontram em situação irregular, no qual, muitas vezes está associada ao receio de denúncia às autoridades [42]. Tal circunstância leva a que estes indivíduos frequentemente

utilizem os serviços de emergência e em situações críticas ao comparar com a população local, podendo até mesmo haver recusa de atendimento [43]. Embora estudos em campo e bibliográfico apontem que o status da imigração não afetou o atendimento ao imigrante, os conflitos legais versus éticos são vivenciados entres os profissionais durante a consulta [44,45]. As experiências de discriminação provocam uma variedade de respostas psicológicas e comportamentais ao imigrante que podem impactar além da saúde do indivíduo, como a busca e uso de serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade assistencial [46].

Foi possível identificar nas narrativas, principalmente de imigrantes venezuelanos e indocumentados a fragilidade na garantia do direito à saúde em Sergipe, em razão das experiências com profissionais de saúde ou receios na busca diante a escassez de informações sobre seus direitos. Observa-se semelhante cenário sob a perspectiva do “direito” a saúde, no centro-oeste brasileiro, com 16 profissionais de saúde, de diferentes especialidades. As narrativas condicionavam a garantia do acesso aos serviços de saúde à legalização da condição migratória a partir de documentação; e a existência de “excedente” ou “sobra” dos serviços após atendimento dos brasileiros, evidenciando indiretamente de que os imigrantes são vistos como peso excessivo para os serviços, tornando-se, em alguns casos, “indesejados” [47]. Estudo na Noruega, também se observou situação semelhante com imigrantes refugiados etíopes e requerentes de asilo, que, apesar de terem acesso legal aos serviços de saúde ao adentrarem no país, percebem não ter os mesmos direitos de assistência ao comparar com outros imigrantes com permanência concedida [27].

O termo “indesejados” foi definido por Agier [48], para se referir a “pessoas menos pessoas”, ou seja, aqueles indivíduos que, apesar de reconhecerem sua existência em território, não parecem aptos a certos direitos. Esta circunstância aponta a falta do Estado no aspecto social e político que os protejam e os representem, independentemente da situação administrativa migratória. Embora o Brasil tenha uma política pública de saúde com características universais garantidas pela Constituição Federal para qualquer pessoa, nota-se no cenário internacional que as crises econômicas mundiais fortaleceram as ideias de desaparecimento do Estado e um anacronismo nas políticas sociais, afetando diretamente os sistemas de saúde, sobretudo aqueles universais. Tal circunstância pode fragilizar a efetivação de direitos sociais nos países de acolhimento, inclusive o direito à saúde, que pode acarretar ao indivíduo imigrante a sensação de não pertencimento e de não acesso a um espaço público comum que garanta esse direito, que viola os direitos humanos [27].

Observa-se que os imigrantes ao chegar no país de destino adotem práticas de cuidados de saúde, tais como uso da automedicação, curandeiros e de outros métodos culturais comuns do seu país de origem, fazendo o uso irregular/inconsistente dos serviços

de saúde locais. Imigrantes bolivianos no Brasil têm mantido hábitos de continuidade cultural ao usar chás e outros tipos de “remédios caseiros” para cura de gripes e resfriados. Apenas em casos mais complexos, ou com o agravamento dessas doenças, as unidades de saúde e hospitais públicos foram procuradas [28], como fizeram, principalmente, venezuelanos e chineses no presente estudo. Estudo de revisão sistemática referente a imigrantes na Alemanha apontou que, uma das principais razões para a não utilização dos serviços de saúde no país, foi a suposição/falta de compreensão da equipe de saúde sobre as peculiaridades culturais trazidas do seu país de origem [49].

Ao pensar na heterogeneidade cultural nas migrações, observada pela diversidade de países no presente estudo, nota-se haver divergentes maneiras de pensar e praticar ações de saúde expressadas nas narrativas, no qual, estas podem desvirtuar e intervir no estabelecimento de cuidados. Tornar os profissionais de saúde conscientes da necessidade do cuidado transcultural possibilitará a instrumentalização das práticas ao prever mudanças de comportamentos do indivíduo a partir do entendimento da interligação da origem sociocultural (padrões de crenças, valores, estrutura social e expressões humanas) para aquisição de novos hábitos individuais e coletivos, além de favorecer a aproximação e vínculo significativo do profissional de saúde [50]. A Teoria Transcultural de Leininger urge a importância do fortalecimento da construção do conhecimento cultural dos indivíduos/grupos assistidos na prática do cuidado.

O não pensar que irá ficar doente visto em relatos dos imigrantes no estudo em Sergipe pode ser justificado pelo fenômeno referido ‘efeito de (im)migração saudável’ [51] e, portanto, geralmente não têm necessidades prementes de saúde. Populações de migrantes são frequentemente mais saudáveis do que a população de acolhimento, porém, os imigrantes são um grupo diversificado e heterogêneo e alguns enfrentam circunstâncias particularmente vulneráveis (refugiados e requerentes de asilo) ou podem não ter documentos e isso pode afetar as buscas de assistência em saúde. Esses fatores podem tornar o processo de estabelecimento de padrões e razões subjacentes desafiador, buscando cuidados somente em situações críticas em unidades de emergência [43]. Nesta circunstância, os agentes comunitários das Unidades Básicas de Saúde são essenciais para a garantia de inserção dos imigrantes aos serviços de cuidados primários, construindo redes de vínculos que favorecem o cuidado integral para os demais níveis de cuidados no SUS [52].

A mudança de região também traz a influência do idioma como determinante na dinâmica do acesso e utilização dos serviços de saúde no país receptor, como foi demonstrado na fala dos imigrantes em Sergipe, levando a mal-entendidos e fragilidades na assistência no vínculo paciente-cuidador. Os profissionais da saúde, em hospital de referência no norte do Brasil (Roraima), verificaram que uma das principais limitações para a

assistência em saúde relatada foi o idioma, especialmente para aqueles que realizam mais interações verbais em sua prática, como psicólogos e assistentes sociais[53]. Em cenário internacional, também se notam fragilidades na comunicação e compreensão entre profissionais de saúde-paciente (imigrante) em razão do idioma, inclusive para busca de informações sobre serviços de saúde local [54].

As limitações de linguagem e comunicação fazem com que os imigrantes sejam obrigados a buscar ajuda de seus parentes ou a recorrer a um intérprete, para possibilitar a troca de informações com os profissionais da assistência [38]. No entanto, estudos internacionais apontam a importância de intérpretes qualificados em serviços de saúde, a fim de evitar perturbações na programação diária, estresse e não afetar o conteúdo e nem a quantidade e qualidade de cuidados que os imigrantes possam receber [19,55]. Observa-se que a falta de domínio de outros idiomas nos serviços de saúde ainda é um problema generalizado, presente em diversas realidades relacionadas à assistência ao imigrante.

Nesta perspectiva de adesão e cuidados à saúde do imigrante, especialistas de diferentes atuações na saúde de 16 países da União Europeia, apontam que as melhores práticas de assistência a essa população é garantir acesso fácil aos recursos de saúde e com equidade, além de autonomia para fazer o melhor uso dos serviços de saúde a partir da compreensão das práticas culturais. Além disso, as boas práticas significam atendimento individual de qualidade, fornecido quando necessário e adaptado às necessidades dos migrantes em termos de: comunicação, atitudes, empatia e não discriminação [56]. Somado a estratégias e fornecimento de materiais de informação sensíveis multilíngues ao paciente imigrante, que abordem a diversidade dos serviços de saúde disponíveis e como acessá-los [56,57], especialmente em estágio inicial pós-migração [57], perante a possibilidade de receberem informações inadequadas sobre os serviços de saúde local e quando e quais buscar [40, 54], como visto nas narrativas. Tais ações demonstram possibilitar a superação das barreiras culturais, idioma e melhorar a percepção da qualidade do serviço e no acolhimento.

Entre os discursos dos imigrantes do presente estudo, observa-se a indagação na assistência de saúde durante a pandemia do Covid-19. As equivocadas políticas nacionais para controle do vírus-doença fizeram com que gestores locais implementassem, sem coordenação central, medidas de saúde pública, inclusive em Sergipe, por ser um dos estados nordestinos de maior incidência [58,59]. Medidas de isolamento e distanciamento social foram as principais estratégias adotadas para viabilizar a adequação dos sistemas de saúde devido ao aumento da demanda por leitos de internação, especialmente os de terapia intensiva, a fim de evitar o colapso da assistência hospitalar [60]. Além de expandir o número de leitos, foi necessária a criação de um plano com protocolos a serem seguidos por todos os níveis de atenção, inclusive para as unidades básicas de saúde, com normas de

proteção aos trabalhadores e cuidados para mitigar a disseminação da Covid-19 nos espaços de cuidados [61], o que culminou na reorganização do fluxo nos serviços de saúde e formas de atendimento.

Todavia, a crise sanitária tem testado de forma potencial as lideranças políticas, visto que alguns governos estão se destacando com líderes unificadores durante a pandemia, outros, como o governo Bolsonaro, tornou-se o símbolo do negacionismo e minimização dos riscos e impactos para os grupos mais vulneráveis, dentre estes, os imigrantes. Após mudanças na gestão do Ministério da Saúde brasileiro, por defender evidências científicas para condução das políticas públicas que, consequentemente, contrariava os discursos negacionistas, observou-se uma gestão ausente em proposições e que utilizava o falso argumento e estratégias de “salvar a economia” [62]. Nesta conjuntura, as ações deixavam evidente que o objetivo central do Ministério da Saúde não era produzir ação mitigadora a pandemia, e sim o avanço da economia brasileira acima de tudo e de todos, assim como a militarização do sistema.

É importante também ressaltar que o governo federal, em janeiro de 2019, se retirou do Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular (GCM) dirigida pela Organização das Nações Unidas, assinado por mais de 160 países, cuja diretriz principal é de fortalecer os direitos humanos e priorizar o indivíduo em processo migratório. A decisão do governo brasileiro acompanha a de outros países que já estavam fora do Pacto, como os EUA, Austrália e Itália, justificado por acreditar que o pacto fere a soberania do país [63]. É possível pensar que as dificuldades de acesso, assim como de garantia dos direitos humanos, aos imigrantes que adentrarem no Brasil, poderão ser influenciadas por essa decisão, principalmente no imaginário daqueles de ideologias excludentes e conservadoras, no caso, ao tocante de serviços, dos profissionais de saúde [39].

Em relação às limitações do estudo, concentram-se em não haver uma avaliação centralizada por níveis de serviços de saúde, a fim de identificar com maior especificidade e detalhamento os desafios dos imigrantes nos serviços de saúde da rede pública, de acordo com sua complexidade assistencial (atenção primária, secundária e terciária). Entretanto, as implicações elencadas afirmam a importância e necessidade de investir na formação e capacitação dos profissionais de saúde ao nível da sensibilização e competências para compreender o processo saúde-doença-cuidado e trabalhar com a diversidade cultural diante a ascendente mobilidade migratória contemporânea atual, além da divulgação de informações as populações migratórias sobre seus direitos e serviços em saúde, a fim de alcançar a equidade e qualidade no acesso nos cuidados de saúde e bem-estar.

CONCLUSÃO

Conclui-se no estudo que existem barreiras além das questões legais, como as organizacionais, culturais, desconhecimento sobre os serviços de saúde, expectativas, de comunicação e atuação dos profissionais de saúde, que pode influenciar negativamente o acesso e utilização aos serviços de saúde, e que precisam ser consideradas, em seus aspectos mais amplos, nas discussões de políticas públicas. Nota-se que a interdisciplinaridade entre saúde, cultura, e comunicação provoca diferentes e novos paradigmas e desafios estratégicos, fazendo-se necessário a competência cultural aos profissionais de saúde e melhoria em informações aos imigrantes sobre os serviços como estratégia para interpelar as vulnerabilidades e desigualdades na assistência da Gestão Pública de saúde.

Esse estudo pioneiro no estado de Sergipe abre um leque para outras indagações e investigações sobre os desafios no acesso e utilização dos imigrantes nos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, principalmente no nordeste brasileiro. A partir dos resultados, esperam-se promover melhorias nas políticas públicas em saúde e promover a inserção e integração dos imigrantes na sociedade local por redes de apoio, com promoção a qualidade de vida e direito à saúde efetivado e assegurado.

REFERÊNCIAS

1. International Organization for Migration, IOM. World Migration Report 2020. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2020_infosheet_1.pdf. Acessado 25 mai 2021.
2. Cavalcanti L, et al. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), Ministério da Justiça e Segurança pública/Conselho Nacional de Imigração e Cordenação Geral de migração Laboral. Brasília, DF, 2019
3. Granada D, et al. Debating health and migrations in a frequência intense human mobility. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):285-96.
4. Figueiredo LO, Zanelatto JH. Trajetória de migrações no Brasil. Acta Scientiarum – Humanand Social Sciences. 2017; 39(1):77-90.
5. Baeninger R, Vedovato LR, Nandy S, Zuben CV, Magalhães LF, Parise P, Demétrio N, Domeniconi J. Migrações Internacionais e a pandemia de Covid-19. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp. 2020: 636.
6. Martínez-Vargas I, Montavani F. Caixa barra pagamento de auxílio emergencial a imigrantes. Jornal Folha de São Paulo.

<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/caixa-barra-pagamento-de-auxilio-emergencial-a-imigrantes.shtml>. Acessado 15 agos de 2021.

7. Salati P. Imigrantes enfrentam dificuldades para acessar o Auxílio Emergencial em SP. Portal de Notícias G1. <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/05/28/imigrantes-enfrentam-dificuldades-para-acessar-o-auxilio-emergencial-em-sp.ghtml>. Acessado 15 agosto de 2021.
8. Magalhães LFA, Bógus L, Baeninger R. Covid-19 e imigração internacional na Região Metropolitana de São Paulo. *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. – REMHU*. 2021; 29 (61): 15-32.
9. Zapata GP, Rosas VP. Structural and Contingent Inequalities: The Impact of Covid-19 on Migrant and Refugee Populations in South America. *Bulletin of Latin American Research*. 2020; 39(S1): 16-22.
10. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acessado 10 set 2021.
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm. Acessado 15 ago de 2021.
12. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *SaudeSoci*. 2013; 22(2):283-97.
13. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde colet*. 2018; 23 (6):1723-28.
14. Guerra K, Ventura M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cad. Saúdecolet*. 2017; 25(1): 123-129.
15. Felsenstein D.R. Providing Culturally Sensitive Nursing Care for Vulnerable Immigrant Populations. *CreatNurs*. 2019; 25(2):133-37.
16. Santos FV. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *Hist. Cienc. Saude – Manguinhos*. 2016. 23(2):477-494.
17. Dias S, Gama A, Horta R. Avaliação dos cuidados de saúde: percepções de mulheres imigrantes em Portugal. *Rev. Bras. SaúdeMatern. Infant*. 2010; 10 (Supl.1): S39-S47.
18. Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Rev de DireitoSanitário*. 2011; 12(1):90-114.
19. Krupic F, Sadic S, Fatahi N. Contact with health-care service expectation and reality of situation experienced by immigrants seeking Swedish health-care. *Mater Sociomed*. 2016; 28(2): 141-145.

20. Hadziabdic E, et al. Problems and consequences in the use of professional interpreters: qualitative analysis of incidents from primary health care. *NursInq.* 2011; 18(3): 253–61.
21. Pussetti, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saude Soc.* 2010; 19(1): 94-113.
22. Franken I, Coutinho MPL, Ramos MNP. Representações sociais, saúde mental e migração internacional. *Psicol. Cienc. Prof.* 2012; 32(1): 202-19.
23. Ennes MA, Morato R, Santos CF. Dois olhares sobre a migração internacional no Nordeste brasileiro. *Cadernos CERU.* 2020; 31(2): 232-48.
24. Cavalcanti L, Oliveira T, Macêdo M, Pereda L. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), Ministério da Justiça e Segurança pública/Conselho Nacional de Imigração e Cordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: 2019
25. Santos GEO. O cálculo amostral: calculadora on-line. <<http://www.calculadoraamostral.vai.la>>Acessado 10 set 2021.
26. Vogt WP. Dictionary of statistics and methodology: a non technical guide for the social sciences. 3 ed. London: Sage; 2005.
27. Schein LS, et al. A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Normay. *BMC Health Services Research.* 2019. 19(958): 2-12
28. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc.* 2013; 22(2): 351-64.
29. Nascimento LCN, et al. The oretical saturation in qualitative research: na experience report in interview with school children. *RevBrasEnferm.* 2018; 71(1): 228-33.
30. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edição70, 2010.
31. The World Bank. World Bank Country and Leding Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. Acessado 15 agos 2021.
32. Prado M. Venezuela: 96,2% da população vive na pobreza e 79,3% estão em situação extrema. 2020. <https://www.cnnbrasil.com.br/business/venezuela-96-2-da-populacao-vivem-na-pobreza-e-79-3-estao-em-situacao-extrema/> Acessado 15 ago 2021.
33. Rohlf FJ. Adaptive hierarchical clustering schemes. *Syst. Zool.* 1970; 18: 58–82.
34. Borcard D, Gillet F, Legendre P. Numerical Ecology with R. Springer, New York, 2011.
35. RStudio Team. RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, MA. 2020. <http://www.rstudio.com/>. Acessado 15 set 2021.
36. LangloisEV,et al. Refugees: towards better access to health-care services. *The Lancet.* 2016; 387(10016): 319-321.

37. Oda A, et al. Differences in Self-Reported Health and Unmet Health Needs Between Government Assisted and Privately Sponsored Syrian Refugees: A Cross-Sectional Survey. *J Immigr Minor Health*. 2019; 21: 439-42.
38. Seffo N, et al. From Immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Healthcare System. *Mater Sociomed*. 2014; 26(2): 4-89.
39. Garbin CAS, et al. Percepción de los inmigrantes: consentimiento informado y acceso a servicios de salud. *RevistaBioética*. 2021. 29(3): 600-605
40. Herrero-Arias R, Diaz E. A qualitative study on the experiences of southern European immigrant parents navigation the Norwegian healthcaresystem. *Int. J. Equity Health*. 2021. 20(42):1-12.
41. Dias S, et al. Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde. *Arq Med*. 2010.24(6): 253-259.
42. Harrison H-L, Daker-White G. Beliefs and challenges held by medical staff about providing emergency care to migrants: na international systematic review and translation of findings to the UK context. *BMJ Open*. 2019; 9(7): e02878
43. Credé, SH, Tal E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018; 28(1): 61-73.
44. Gullberg F, Wihlborg M. Nurses' experiences of encountering undocumented migrants in Swedish emergency healthcare. *IntJMigr Health Soc Care*. 2014;10 (3):148–158.
45. Harrison H-L, Daker-White G. Beliefs and challenges held by medical staff about providing emergency care to migrants: na international systematic review and translation off indingsto the UK context. *BMJ Open*. 2019; 9(e028748): 1-12.
46. Edge S, Newbold B. Discrimination and the Health of Immigrants and Refugees: Exploring Canada's Evidence Base and Directions for Future Research in New comer Receiving Countries. *J ImmigrMinor Health*. 2013; 15:141–148.
47. Martins MAC, Gugelmin SA. O direito à saúde de imigrantes haitianos na perspectiva de profissionais do SUS. *Tempus, actas de saúde colet*. 2020; 14(3): 63-83.
48. Agier M. *Gérer les Indésérables: descamps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Paris:Flammarion; 2008.
49. Klein J, Knesebeck OVD. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J EquityHealth*. 2018; 17(160):1-10.
50. Preciado MM. Enfermería cultural: para cuidar en tiempos complejos [editorial]. *Cult Cuidados*. 2018; 22(51):7-10.
49. Gimeno-Feliu L, et al. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit*. 2015; 29(1):15–20
51. Gimeno-Feliu L, et al. The healthy migrant effect in primary care. *GacSanit*. 2015;

29(1):15–20

52. Losco LN, Gemma SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23 (e180589): 1-13.
53. Arruda-Barosa L, Sales AFG, Torres MEM. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 2020; 24 (e190807): 1-16.
54. Pandey M, et al. Perceptions of mental health and utilization of mental health services among new immigrants in Canada: A qualitative study. *Community Ment. Health J*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00836-3>.
55. Krupic F, et al. Migrant General Practitioners' Experiences of Using Interpreters in Health-care: a Qualitative Explorative Study. *Med Arch*. 2017;71(1):42-7.
56. Devillé W, et al. Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*. 2011; 11(699): 1-10.
57. Starker A, Hovener C, Rommel A. Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study 'German health interview and examination survey for adults (DEGS1). *Arch. Public Health*. 2021. 79(86): 1-13.
58. Kerr L, et al. Covid-19 no Nordeste Brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25 (suppl 2):4099-120.
59. Marinelli NP, et al. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020; 29(3):e2020226.
60. Daumas RP, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36 (6):e00104120.
61. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Entidades enviam carta ao ministro sobre o risco de disseminação da Covid-19 nas unidades básicas de saúde. https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/carta_ms_risco_ubs_covid_19/46432/. Consultado e Acessado 14 ago 2021.
62. Lopes MF. From denial to hope: Brazil deals with a prolonged Covid-19 epidemic course. *Nat Immunol*. 2021. 22: 256-257.
63. Versiani F, Carvalho Neto A. South-South migration: a study on refugees working in small and medium Brazilian enterprises. *Cad. EBAPE.BR* 19 (2):252-64.

ARTIGO 2

SAÚDE E IMIGRAÇÃO: DEMANDAS E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE CUIDADOS POR IMIGRANTES NO NORDESTE BRASILEIRO

Resumo

Objetivo: analisar demandas e utilização dos serviços de saúde por clusters migratórios internacionais na área metropolitana de Aracaju, no Nordeste brasileiro. **Metodologia:** Foram recrutados 186 imigrantes, e divididos em clusters migratórios de acordo com a renda per capita do país de origem e continente. Aplicou-se questionário epidemiológico sobre condições e práticas de saúde, cujos dados foram analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), com $p < 0,05$. **Resultados:** Os Imigrantes de países com renda Baixa e Média Baixa (IMB) (70% venezuelanos) são mais jovens, com menor tempo de permanência no Brasil, possui ensino fundamental/médio, exercem atividade laboral sem carteira de trabalho assinada e renda de até 1 salário mínimo ($p < 0,05$). Os imigrantes da América Latina (IAL) possuem aproximadamente duas vezes mais chances de haver alguma Doença Crônica não-transmissível (DCNTs). A idade e o tempo de permanência no Brasil influenciam na auto-avaliação da saúde, na busca por serviços de saúde e ter alguma DCNTs ($p < 0,05$). O Sistema Único de Saúde foi o mais buscado tanto na chegada no Brasil, quanto nos últimos 12 meses, principalmente pelos IMB e IAL ($p < 0,05$). **Conclusão e implicações para prática:** Observou-se diferenças dentro dos subgrupos de imigrantes, principalmente em termos dos seus padrões de utilização e a importância da competência transcultural na assistência em saúde.

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

INTRODUÇÃO

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

A aceleração das migrações pelas fronteiras – caso típico das mobilidades humanas em países do Cone Sul – tem demonstrado que as circulações transnacionais transpõem fronteiras, geram novas frentes/oportunidades laborais, estimulam a construção de redes

sociais e, concomitantemente, expõem os imigrantes a novas antigas vulnerabilidades e riscos à saúde por serem afetados negativamente pela experiência migratória, de caráter crônico físico e psicológico.^{6,7,8,9} A autoavaliação da saúde tem se mostrado como preditor influente no resultado clínico e de mortalidade, não somente determinado pelos fatores clínicos, psicossociais e comportamentais, além de frequentemente utilizada como indicador-chave do estado de saúde nas políticas e pesquisas de saúde.^{10,11}

Embora a literatura científica evidencie que os imigrantes adentram no país receptor com melhores condições de saúde, inclusive ao comparar com a população autóctone,^{9,12} em algum momento poderá haver a necessidade de cuidados em saúde, sejam no setor público ou privado, devido a adoecimentos diversos, relacionados ou não a migração, e aspectos socioeconômicos e administrativos vivenciados no país receptor.

A assistência de saúde pública, fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹³ é reforçada pela Nova Lei da Migração brasileira (nº 13.445/2017),¹⁴ por meio dos princípios doutrinários da universalidade, integridade e equidade, nos diferentes níveis de complexidades assistenciais.¹³ A principal porta de entrada e centro de comunicação com as demais redes do SUS é a Atenção Primária de Saúde (APS) com função de ofertar cuidados, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que oferta serviços multidisciplinares por meio das Unidades de Saúde da Família.¹⁵ Os serviços privados no Brasil atuam de maneira complementar e conforme as diretrizes do SUS, por meio do pagamento de planos e seguros de saúde, ou em hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios.

Um dos principais desafios para os diversos países receptores que procuram estabelecer a equidade em suas políticas e sistemas de saúde está em compreender as diferentes características que geram possíveis desigualdades no acesso e uso aos cuidados de saúde, sejam as individuais, as do sistema de saúde local (acessibilidade, percepção e experiências anteriores), assim como as condições de morbidade atuais e compreensão face à saúde-doença, inclusive ao diferir as etnias e população receptora.^{16,17} Nota-se que a população migratória não pode ser investigada de forma uniforme quanto a aspectos de saúde, mas dentro da diversidade dos clusters migratórios nos espaços que se estabeleceram, a fim de compreender as formas de utilização e perfil de busca dos serviços de saúde mediante as vulnerabilidades específicas.

Apesar do crescente aumento da mobilidade migratória internacional no Nordeste brasileiro, ainda são observados escassos estudos que investiguem a temática sob a ótica da interface saúde-imigração, especialmente no contexto atual e contemporâneo nos territórios com fluxo migratório emergente (médio/pequeno fluxo migratório).¹⁸ O objetivo deste estudo foi analisar as demandas e utilização dos serviços de saúde por cluster de países migratórios internacional na área metropolitana de Aracaju, no Nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal com abordagem quantitativa sobre imigrantes internacionais na região metropolitana de Aracaju, capital de Sergipe, quanto a suas demandas e uso de serviços de saúde.

De acordo com o Observatório das Migrações Internacionais do Ministério da Justiça do Brasil,¹⁹ a taxa de retenção de imigrantes de longo termo no país (tempo de permanência superior a um ano) é de 63,3%, dos quais 11,0% são crianças. Fundamentado nessas informações procedeu-se o cálculo da amostra, partindo-se do total de 541 imigrantes registrados na região metropolitana de Aracaju em 2018 (Polícia Federal em Sergipe, 2018), excluindo as crianças e os imigrantes temporários, chegando-se a uma população de aproximadamente 306 indivíduos. Aplicou-se o cálculo amostral,²⁰ com 95% de intervalo de confiança e erro amostral de 5%, e foi obtida a amostra mínima de 152 imigrantes. No entanto, devido ao interesse dos imigrantes em participar da pesquisa, a amostra final totalizou 186 imigrantes residentes.

Os imigrantes foram distribuídos em categorias de acordo com os critérios de renda nacional bruta estabelecido pelo Banco Mundial²¹ do país de origem (nascimento): “Renda Alta”, “Média Alta”, “Média Baixa e Baixa”. Entretanto, mediante a falta de informações sobre a Venezuela no Banco Mundial, classificou-se este país como Renda Média Baixa, diante afirmativa do mesmo em resposta à CNN Brasil sobre o impacto da Covid-19 na economia da Venezuela, agravando a recessão econômica em 2020.²² Para garantir o sigilo das falas, os imigrantes dos países de “Renda Alta” foram identificados como “IRA”, os dos países de “Renda Média Alta” como “IMA” e os imigrantes dos países de “Renda Média Baixa e de Renda Baixa” agrupados e identificados como “IMB”. Por observar o crescente aumento das migrações humanas Sul-Sul para o Brasil, inclusive no Nordeste brasileiro, também realizou a distribuição dos imigrantes nos seguintes grupos: “Imigrantes de países da América Latina” (IAL) e “Imigrantes de Outros Países” (IOP), para análise.

O método aplicado para recrutar e entrevistar os imigrantes foi o “bola de neve”.²³ No processo de recrutamento e identificação estiveram envolvidas organizações não governamentais (ONGs), associações religiosas, centros comunitários e serviços de saúde pública e as próprias redes de contatos dos imigrantes.

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

Os imigrantes internacionais incluídos no estudo foram de primeira geração, com idade ≥ 18 anos e que falem/tenham uma boa compreensão de pelo menos um dos idiomas do estudo (português, espanhol ou inglês). Foram excluídos do estudo imigrantes internacionais que informaram ser turistas (dois indivíduos). Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborada pelos autores em estudo correlato a temática^{16,24,25} e instrumento validado do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -2013) sobre condições de saúde (estado geral de saúde do entrevistado) e práticas de cuidados dos imigrantes (uso e acesso aos serviços de saúde). O instrumento de coleta de dados foi submetido a validação interna do roteiro por meio da aplicação a 2,3% de imigrantes, de diferentes nacionalidades, os quais não foram incluídos na amostra, com o intuito de evitar interpretações dúbias, dúvidas e alcançar o objetivo proposto.

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

Para as variáveis categóricas, com a condição de grupos acerca do acesso a saúde e as condições de saúde, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fisher. Para avaliar a probabilidade entre os grupos foi utilizado o teste Odds Ratio. Foi utilizado também o índice de Kappa com o intuito de avaliar a força de concordância entre a reflexão dos imigrantes acerca da própria saúde antes e após a migração, seguindo a Escala de interpretação do valor de Kappa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 3.022.267; CAAE: 96051318.5.0000.5371).

RESULTADOS

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

Os dados apresentados partiram da hipótese de independência (sem diferenças estatísticas) entre renda per capita do país de origem e demais variáveis. Nas condições sociodemográficas (tabela 1), foi possível observar dependência entre grupos de países. Observa-se que o grupo IMB se destaca por serem indivíduos mais jovens, com menor tempo de permanência no Brasil, ter ensino fundamental, exercer atividade laboral sem

carteira de trabalho assinada, renda de até um salário mínimo, contrapondo os demais grupos, principalmente o grupo IRA ($p < 0,05$). Apesar de outras variáveis não apresentar significância entre grupos, os IMB também possuem uma maior limitação quanto ao idioma português, com predominância na fluência entre média e baixa, inclusive não falantes, além da maioria ser desempregado.

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

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

> 1 a 3 salários mínimos	24 (42,9)	19 (30,2)	18 (37,5)
> 3 salários mínimos	5 (8,9)	17 (27,0)	14 (29,1)
Prefiro não declarar	8 (14,3)	16 (25,4)	13 (27,1)
Não tem rendimento*	10 (17,2)	11 (19,0)	6(14,6)

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. IIQ – Intervalo Interquartil. Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson. K – Teste de Kruskal-Wallis

Quanto ao diagnóstico de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs), observou independência entre grupos de países por renda ($p=0,433$) como por localização ($p=0,071$), contudo, dos que confirmaram haver, diferiu significativamente ($p=0,004$) para os IRM para comorbidades gastrointestinais (34,8%/8) em relação aos IMB (4,5%/1) e IRA (4,3%/1). Além disso, os IAL apresentam aproximadamente 2 vezes mais chances de ter alguma doença diagnosticada ao comparar com os IOP (OddsRatio = 1,891). Não houve significância nas DCNTs entre grupos, IAL e IOP, porém, a mais citada, foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (27,5% / 37,5%, respectivamente). Foi observado independência entre grupos de países por renda e continentes quanto a limitação de atividades habituais ($p=0,685$; $p=0,574$, respectivamente) e histórico familiar para DNCTs ($p=0,298$; $p=0,427$, respectivamente).

A auto-avaliação sobre o estado de saúde pré-migração diferiu ($p=0,003$) entre grupos de países de Origem, com destaque para a alternativa Bom/Muito Bom para os de IMA (87,3%) e IRA (82,7%) contrapondo os IMB (65,1%), enquanto o Nem bom/Nem Ruim para IMB (14,3%) divergindo de IMA (0,0%) e IRA (3,8%). O estado de saúde pós-migração destacou-se o Bom/Muito Bom para o IMB (77,8%) contrapondo os IMA (72,2%) e IRA (67,3%), seguido do Nem Bom/Nem Ruim, para IRA (26,9%) e IMA (23,6%) divergindo do grupo IMB (12,7%), não diferindo entre grupos ($p=0,272$).

Na tabela 2 apresenta a análise da hipótese de discordância entre a percepção de saúde pré-migratória e atual, distribuído por renda do país de origem. Nota-se que há concordância moderada ($kappa>0,3$) significativa ($p=0,001$) nas hipóteses testadas. Interpreta-se que alguns indivíduos continuaram no mesmo estado de reflexão ao comparar sua saúde entre os períodos, porém, outros mudaram sua opinião para ruim/muito ruim, de forma significativa.

Tabela 2. Avaliação da concordância da percepção de saúde do imigrante em dois momentos, pré e pós-migração, de acordo com a renda per capita do país de origem. 2019-2021, Sergipe.

	Avaliação do estado de saúde pré imigração?			K(p-valor)
	Bom/Muito Bom n (%)	Nem bom/Nem Ruim n (%)	Ruim/ Muito Ruim n (%)	
Renda dos países de origem				

IRA**Avaliação do atual estado de saúde**

Bom/Muito Bom				0,34 ($<0,001$)
	36 (87,8)	6 (46,2)	7 (77,8)	
Nem bom/Nem	2 (4,9)	6 (46,2)	0 (0)	
Ruim Ruim/ Muito Ruim	3 (7,3)	1 (7,7)	2 (22,2)	

IMA**Avaliação do atual estado de saúde**

Bom/Muito Bom				0,41 ($<0,001$)
	50 (80,6)	2 (22,2)	0 (0)	
Nem bom/Nem	9 (14,5)	7 (77,8)	0 (0)	
Ruim Ruim/ Muito Ruim	3 (4,8)	0 (0)	0 (0)	

IMB**Avaliação do atual estado de saúde**

Bom/Muito Bom				0,38 ($<0,001$)
	33 (76,7)	2 (28,6)	0 (0)	
Nem bom/Nem Ruim	8 (18,6)	5 (71,4)	1 (50)	
Ruim/ Muito Ruim	2 (4,7)	0 (0)	1 (50)	

Total**Avaliação do atual estado de saúde**

Bom/Muito Bom				0,37 ($<0,001$)
	119 (81,5)	10 (34,5)	7 (63,6)	
Nem bom/Nem Ruim	19 (13)	18 (62,1)	1 (9,1)	
Ruim/ Muito Ruim	8 (5,5)	1 (3,4)	3 (27,3)	

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. K – Coeficiente de Concordância Kappa.

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

Observou-se que os imigrantes com idade maior foram os que mais utilizaram os serviços de saúde nos últimos 12 meses, com mediana de 41 anos (IQQ: 18- 80 anos), enquanto os que não utilizaram possuíam mediana de 34 anos (IQQ: 18 – 70 anos) ($p=0,005$). Da mesma forma, para aqueles com maior tempo de permanência ($p=0,016$), com mediana de 72 meses (IQQ: 6 – 564 meses), para os que utilizaram o serviço de

saúde, e de 36 meses (IQQ: 6 - 528 meses) para os que não utilizaram. Ademais, os imigrantes mais velhos em idade apresentaram significância ($p=0,005$) para o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, com mediana de idade 55 anos (IQQ: 27-74), enquanto para os que não possuem essa DCNT, mediana de 45 anos (IQQ: 21-79), independente dos grupos de renda de países.

Na tabela 3, observou-se que o SUS brasileiro foi o mais utilizado pelos imigrantes ao chegar no Brasil ($p=0,001$), com destaque ao IMB (91,5%). Os IMB demonstraram buscar o serviço de saúde mais precocemente, mediana de 3 meses, enquanto os demais grupos, com mediana de 12 meses para buscar algum tipo de serviço. Quanto a utilização nos últimos 12 meses, também o SUS foi o mais utilizado pelo IMB ($p=0,031$), enquanto a maioria do grupo IRA e IMA utilizaram o serviço particular ($p=0,016$). Os motivos de utilização mostraram não diferir entre grupos, sendo o principal motivo consulta de acompanhamento ou de rotina. Aos tipos de serviços de saúde frequentemente utilizados, desde a sua chegada no estado de Sergipe, algumas variáveis apresentaram dependência entre países, como Unidade básica de saúde ($p=0,001$), com destaque para IMB, e Consultório ou clínica privada ($p=0,002$), principalmente o IAR (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das respostas dos imigrantes sobre o uso dos serviços de saúde, de acordo com a renda per capita do país de origem, 2019-2021, Sergipe.

acordo com a renda per capita do país de origem, 2019-2021, Sergipe.				
Variáveis	Renda do país			p-valor
	Baixa e média baixa (IOR)	Média Alta (IRM)	Renda Alta (IAR)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sistema de saúde utilizado pela primeira vez no Brasil				
Público	54 (91,5)	44 (67,7)	28 (57,1)	<0,001 ^Q
Privado	5 (8,5)	21 (32,3)	21 (42,9)	
Tempo para busca no primeiro acesso ao serviço de saúde				
Mediana em meses (IIQ)	3 (0-72)	12 (0-240)	12 (0-240)	<0,001 ^k
Serviço de Saúde utilizado nos últimos 12 meses				
Público	38 (80,9)	33 (60,0)	24 (57,1)	0,031 ^Q
Particular	17 (36,2)	28 (50,9)	28 (66,7)	0,016 ^Q
Motivos de Utilização dos serviços nos últimos 12 meses				
Consulta de acompanhamento ou de rotina	35 (74,5)	40 (72,7)	30 (71,4)	0,940 ^Q
Realização de exames complementares de diagnóstico	30 (65,2)	30 (55,6)	28 (66,7)	0,463 ^Q
Consulta de saúde infantil e vacinação	7 (15,2)	5 (9,3)	5 (11,9)	0,658 ^Q
Urgência e Emergência	14 (30,4)	17 (31,5)	12 (28,6)	0,953 ^Q
Outros*	9 (19,6)	9 (16,4)	10 (23,8)	0,658 ^Q
Serviços de saúde buscados pelos imigrantes (sem fator temporal)				

Farmácia	23 (36,5)	35 (48,6)	27 (51,9)	0,205 ^Q
Unidade básica de saúde	39 (61,9)	36 (50)	13 (25)	<0,001 ^Q
Consultório particular ou clínica privada	16 (25,4)	29 (40,3)	31 (59,6)	0,002 ^Q
Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	5 (7,9)	14 (19,4)	9 (17,3)	0,150 ^Q
Pronto - socorro ou emergência de hospital público	17 (27)	13 (18,1)	12 (23,1)	0,467 ^Q
Outro serviço***	6 (9,5)	5 (6,9)	4 (7,7)	0,893 ^Q

*Outros: Ambulatório, Consultório Odontológico, Fisioterapia, Cirurgia.

**alguns imigrantes utilizaram os dois serviços de saúde

***Outros: Ambulatório.

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

Os Imigrantes IAL buscaram os serviços de saúde em cerca de seis meses de permanência em Aracaju, enquanto os imigrantes IOP, esperaram até um ano ($p=0,005$). Ao que concerne a utilização nos últimos 12 meses, os IAL utilizaram mais o SUS (72,2%, $p=0,038$), enquanto os IOP fizeram uso de serviços particular (66%, $p=0,013$). Os IAL apresentaram 2x mais chance de uso (OddsRatio=2,281) do SUS, em relação aos IOP. Ao observar os locais de acesso a saúde desde sua chegada em Sergipe, houve diferença estatística para os IAL em relação às UBS ($p=0,038$) e, para os IOP, clínica privada ($p=0,013$), nos demais tipos de serviços, os grupos se mostraram independentes. Os imigrantes IOP tinham 2x mais chance de usar clínicas particulares (OddsRatio=2,635) e emergência de hospital privado (OddsRatio=1,553), enquanto os IAL tinham 3x mais chances de usar UBS (OddsRatio=3,182) e aproximadamente 2x mais chances de usar emergência de hospital público (OddsRatio=1,583).

DISCUSSÃO

O fenômeno migratório é um determinante independente da saúde, todavia este interage com outros fatores socioeconômicos e culturais^{25,26}. Revisões sistemáticas apontam que a relação entre as condições sociodemográficas e a saúde é mais acentuado para os migrantes do que para a população nativa,^{27,28} visto que situações precárias de vida e trabalho, limitação no idioma do país receptor, etnia, escolaridade, falta de familiarização no sistema de saúde por ser recém chegados, podem gerar limitação e diferenças no uso dos serviços de cuidados à saúde, contribuindo a efeitos deletérios ao estado de saúde física e mental do imigrante,²⁹⁻³¹ o que reforça o olhar quanto aos riscos de saúde ao grupo IMB.

Em relação às DNCTs, não diferiram entre grupos de países por renda per capita, exceto a gastrointestinal, contudo, os imigrantes IAL possuem aproximadamente duas vezes mais chances de haver alguma DCNTs, sendo a mais citada a Hipertensão Arterial Sistêmica, assim como para os indivíduos mais velhos do estudo, independente do grupo de países. O presente estudo também aponta que as mudanças de percepção a condições de saúde pós-migração estão associadas a idade e tempo de permanência, corroborando com outros estudos,^{12,24,31} inclusive com relação ao surgimento de doenças crônicas.³²

Os imigrantes adentram ao país receptor com melhores condições de saúde do que a população não imigrante, denominado “efeito do imigrante saudável”.^{31,12,33} Entretanto, com o passar dos anos no país receptor, a saúde dos imigrantes se deteriora e pode se tornar semelhante da população receptora, em razão do reflexo do processo de aculturação a hábitos comportamentais negativos e fatores socioeconômicos.³² Estudo realizado na Austrália sobre a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, como sobrepeso/obesidade e tabagismo, evidenciou que os imigrantes asiáticos eram menos suscetíveis para tal comorbidade, todavia houve uma interligação com a lacuna de aculturação.³⁴ Em cenário brasileiro, na cidade de São Paulo, as condições de vida e de trabalho de imigrantes bolivianos determinaram o perfil de doenças específicas e crônicas, como distúrbios respiratórios, dermatológicos e gastrointestinais.³⁵ Nota-se que além da combinação genética para condições crônicas, o seu desenvolvimento soma-se a hábitos de vida e fatores ambientais durante o processo de aculturação, o que pode acarretar em possíveis limitações físicas e demanda para os serviços de saúde brasileiros.

Observou-se que, no período pré-migratório, o grupo de imigrantes IMB em Sergipe tem uma percepção sobre a condição de saúde *bom/muito bom* menor ao comparar com os demais grupos, todavia, houve uma melhoria na percepção de saúde no período pós. O grupo IOR é composto por 70% de imigrantes da Venezuela, cujo país tem enfrentado uma profunda crise humanitária, resultando no êxodo em massa de venezuelanos para os países fronteiriços, como Brasil, a fim de escapar dos problemas socioeconômicos, políticos e ausência de cuidados de saúde,³⁶ o qual foi agravado durante a pandemia da Covid-19,³⁷ repercutindo em sua autoavaliação pré-migração.

Apesar do SUS ser a principal porta de entrada para Atenção Primária de Saúde por meio das Unidades de Saúde da Família para a população migratória em território brasileiro,³⁸ aspecto também ressaltado no presente estudo, o sistema público enfrenta dificuldades na equidade do acesso na dimensão socioeconômica, organizacional e relação profissional e paciente.^{15,39} Nos diversos países que garantem o acesso à saúde constitucionalmente aos imigrantes, historicamente isso não reflete a uma assistência de saúde de qualidade e livre de barreiras,¹⁷ o que pode repercutir na busca por uma assistência complementar/alternativa por não ter as suas expectativas atendidas,⁴⁰ além de fragilidades nos

cuidados ao imigrante, principalmente para aqueles de países de Renda Baixa e Média Baixa diante do uso intenso do serviço público visto sua vulnerabilidade social, apontado no presente estudo.

Autores apontam que os padrões de utilização dos serviços de saúde no país receptor podem ser influenciados pelo país de origem, pois as crenças em saúde, a experiência anterior de doença e os cuidados de saúde variam de acordo com as diferentes origens, o que pode explicar os padrões de escolha de serviços de saúde por grupos de países, principalmente de alta renda, do presente estudo.²⁵ Imigrantes Bengaleses residentes no Paraná/Brasil demonstram acessar os serviços de atenção primária à saúde muito mais pela sua habilidade de adaptação do que pela capacidade dos trabalhadores de ofertarem uma assistência de acordo com as suas necessidades.⁴¹ Estudo espanhol aponta que imigrantes com maior renda tendem a optar a usar serviços privados por oferecer maior conforto e acesso mais rápido.⁴² Tais discussões que justificam a busca por serviços alternativos/complementar para assistência de saúde, principalmente imigrantes dos países de alta renda.

Ao tratar do serviço de emergência, este foi apontado como segundo local buscado em estudo com imigrantes haitianos no Brasil,²⁴ corroborando com o presente estudo. Estudo de revisão sistemática europeu evidencia que, apesar dos imigrantes façam menor uso de atendimento especializado e maior uso de atendimento de emergência, isso não reflete ser necessariamente uma população insalubre que precisa de atendimento de emergência, mas, sim, que pode haver barreiras para acessar serviços de saúde mais adequados nos países receptores.⁴³

Um crescente corpo da literatura científica aponta que os imigrantes enfrentam barreiras individuais, socioculturais, econômicas, administrativas e políticas ao usar os serviços de saúde, que limitam a capacidade de receber cuidados,^{16,17,28,29,39,41} o que pode justificar a ida significativa para farmácia dos 14 imigrantes do estudo sergipano que não utilizaram os serviços de saúde desde a sua chegada. Estudo com imigrantes Latino Americanos na Florida verificou traço de continuidade cultural vinda do país de origem para automedicação somada à falta de acesso ao sistema formal de saúde, contribuindo para a alta prevalência de automedicação.⁴⁴ Países com sistema de saúde com necessidades estruturais, a ida à farmácia representa a primeira opção procurada para resolver problemas de saúde, contudo torna-se prejudicial ao mascarar diagnósticos na fase inicial da doença, além da não adesão às orientações médicas e de saúde.⁴⁵

O presente estudo buscou conhecer o perfil de utilização dos serviços de saúde e os fatores associados, dentre os clusters migratórios, por meio de dados primários. Contudo, a investigação se torna relevante no país para traçar assim um perfil de utilização de serviços por esta população, inclusive no território nordestino, uma vez que não há completude de

informação do paciente imigrante por meio dos principais Sistemas de Informação em Saúde do SUS, como o SIH-SUS (Sistema de Informação Hospitalar do SUS) e SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), no qual, torna-se uma lacuna no processo do conhecimento interdisciplinar nas estratégias e aprimoramentos para políticas públicas de acolhimento ao imigrante paciente, considerando as vulnerabilidades impostas pela situação migratória.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

Baseado nos resultados, nota-se diferenças significativas dentro dos subgrupos de imigrantes, principalmente em termos dos seus padrões de utilização. O SUS foi o serviço mais buscado, com destaque aos imigrantes de países de Renda Baixa e Média Baixa, justamente ser o grupo com maior vulnerabilidade social, conseqüentemente, apresentará uma maior dependência por este serviço. Observa-se mudanças na busca por serviço alternativo, setor privado, ligados ao status socioeconômico (renda) e país de origem, destacando os imigrantes de países de Renda Alta. Os presentes fatos reinteram que além da cultura, o status socioeconômico molda as estratégias dos imigrantes para conduzir os serviços de saúde no país receptor.

A farmácia foi apontada como o principal local buscado para cuidados por aqueles que não utilizaram o serviço de saúde no Brasil. Em relação as DCNTs, observou-se que os imigrantes de origem Latina apresentam maior chance de desenvolver, enquanto os imigrantes IRM, têm comorbidades gastrointestinais de modo significativo, que podem estar ligados não apenas a fator genético, mas ao processo de aculturação. Como esperado, a idade e tempo de permanência do imigrante no Brasil, apresentam maior proporção de utilização dos serviços de saúde e morbidade crônica.

Por se tratar de um estudo pioneiro no estado de Sergipe, este abre um leque para outras indagações e investigações sobre as possíveis barreiras e determinantes no acesso aos cuidados de saúde pelo paciente imigrante, a fim de possibilitar o aprimoramento das políticas públicas de saúde e minimização das lacunas sobre o tema, principalmente no Nordeste brasileiro. Os resultados reafirmam a importância e necessidade da competência transcultural na assistência em saúde pelos profissionais e gestores de saúde, face a inserção da diversidade de crenças, valores e práticas que podem interferir no processo saúde-doença, a fim de garantir direito à saúde efetivado e assegurado.

REFERÊNCIAS

1. Leite JC, Uemura J, Siqueira F (orgs.). O eclipse do progressismo: a esquerda latino-americana em debate. São Paulo: Elefante, 2018.

2. Granja L, Villarreal M. Mercosur migrante: enfoques y evolución del tratamiento de la movilidad humana en el Mercosur. *Revista Terceiro Milênio* 2017; 8: 49-78.
3. Baeninger R, Demétrio NB, Domeniconi J, Queiroz SN, Silvana CC, Zuben CV et al. Atlas temático: Migrações Internacionais, Região Nordeste. In: Observatório das Migrações em São Paulo e Observatório das Migrações no Estado do Ceará. Campinas, SP:NEPO/UNICAMP, 2019.
4. Queiroz SN, Baeninger R. Migrações internacionais no século XXI: tendências e características da dinâmica migratória para o Nordeste brasileiro. In: Baptista DMT, Magalhães LFA (Orgs.) *Migrações em expansão no mundo em crise*. 1ed. São Paulo:EDUC, Editora da PUC-SP, 2020; 1: 213-251.
5. Silva CC, Anunciação CS, Barbosa CF. Venezuelanos no Nordeste: Reflexões sobre o perfil dos imigrantes e o acolhimento social e jurídico. In: Baeninger R, Silva JCJ. (Coords.). *Migrações Venezuelanas*. Campinas, SP: NEPO/UNICAMP, 2018.
6. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Soc. São Paulo* 2018; 27 (1):26-36.
7. Goldberg A, Martin D, Silveira C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(53):229-232.
8. Galina VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(61):297-308.
9. Beiser M, Hou F. Chronic health conditions, labours market participation and resource consumption among immigrant and native-born residents of Canada. *Int J Public Health* 2014; 59: 541-547.
10. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? *Int J Epidemiol* 2007;36(6):1214–1221.
11. Kawada T. Self-rated health and life prognosis. *Arch Med Res* 2003;34(4):343–347.
12. Lommel LL, Chen JL. The Relationship Between Self-Rated Health and Acculturation in Hispanic and Asian Adult Immigrants: A Systematic Review. *J ImmigrantMinority Health* 2016; 18:468–478.
13. Brasil. Senado Federal. Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. (acessado em 17/Ago/2021). <https://constituicao.stf.jus.br/dispositivo/cf-88-parte-1-titulo-8-capitulo-2-secao-2-artigo-196>
14. Brasil. Senado Federal. Lei 13.445, de 24 de maio de 2017. Brasília, 2017. (acessado em 17/Ago/2021). <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13445-24-maio-2017-784925-publicacaooriginal-152812-pl.html>.
15. Nascimento LC, Viegas SMF, Menezes C, Roquini GR, Santos TR. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2020; 30(03):1-17.

16. Diaz E, Calderón-Larrañaga A, Prado-Torres A et al. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *Eur J Public Health*. 2015. 25(1):72-78.
17. Zapata GP, Rosas VP. Structural and Contingent Inequalities: The Impact of Covid-19 on Migrant and Refugee Populations in South America. *BullLatAmRes* 2020; 39(S1): 16-22.
18. Ennes MA, Morato R, Santos CF. Dois olhares sobre a migração internacional no Nordeste brasileiro. *Cad CERU* 2020; 31(2): 232-248.
19. Cavalcanti L et al. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), Ministério da Justiça e Segurança pública/Conselho Nacional de Imigração e C ordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: 2019
20. Santos GEO. O cálculo amostral: calculadora on-line. (acessado em 10/set/2021) <http://www.calculadoraamostral.vai.la>.
21. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups. (acessado em 17/Ago/2021). <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
22. Prado M. Venezuela: 96,2% da população vive na pobreza e 79,3% estão em situação extrema. (acessado em 17/Ago/2021). <https://www.cnnbrasil.com.br/business/venezuela-96-2-da-populacao-vivem-na-pobreza-e-79-3-estao-em-situacao-extrema/33>.
23. Vogt WP. Dictionary of statistics and methodology: a non technical guide for the social sciences. 3 ed. London: Sage; 2005.
24. Alves JFS, Martins MAC, Borges FT et al. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *CiêncSaúde Colet* 2019; 24(12):4677-686.
25. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(207):1-8.
26. Rechel B, Mladovsky P, ngleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013; 381(9873): 1235-1245.
27. Uiters E, Foets WDM, Spreeuwenberg P, et al. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2009; 9(76):1-10.
28. Klein J, Knesebeck OVD. Inequalities in health care utilization Among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health* 2018; 17(160):1-10.
29. Lebano A, Hamed S, Bradby H, et al. Migrant's and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* 2020; 20(1039):1-22.
30. Starker A, Hovener C, Rommel A. Utilization of preventive care among migrants and non migrants in Germany: results from the representative cross- sectional study 'German health interview and examination survey for adults (DEGS1)'. *Arch of Public Health* 2021; 79(86): 1-13.
31. Laberge M, Leclerc M. Immigration factors and potentially avoidable hospitalizations in Canada. *SSM Popul Health* 2019; 7 (100336):1-10.

32. Creatore AI, Moineddin R, Booth G, Manuel DH, DesMeules M, McDermott S et al. Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ* 2010; 182(8):781-789.
33. Pandey M, Kamrul R, Michaels CR, McCarron M. Perceptions of mental health and utilization of mental health services among new immigrants in Canada: A qualitative study. *Community Ment Health J* 2021. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00886-7>.
34. Guo S, Lucas RM, Joshy G, Banks E. Cardiovascular Disease Risk Factor Profiles of 263,356 Older Australians According to Region of Birth and Acculturation, with a Focus on Migrants Born in Asia. *PLoS ONE* 2015; 10(2): e0115627.
35. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. *CuadAntropSoc* 2014; 39:91-114.
36. Grillet ME, Hernández-Villena JV, Llewellyn MS, Paniz-Mondolfi AE, Tami A, Vincenti-Gonzalez MF. Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region. *Lancet Infect Dis* 2019; 19(5):e149-161.
37. Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis*. 2020; 20(5): 547-548.
38. Guerra K, Ventura M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na interpretação regional dos países. *Cad. Saúde Coletiva*. 2017. 25(1): 123-129.
39. Arruda-Barbosa L, Sales AFG, Torres MEM. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2020; 24(2):1-11.
40. Herrero-Arias R, Diaz E. A qualitative study on the experiences of southern European immigrant parents navigation the Norwegian healthcaresystem. *Int. J. Equity Health*. 2021. 20(42):1-12.
41. Delamuta KG, Mendonça FF, Domingos CM et al. Experiências de atendimento à saúde de iigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36 (8):1-12.
42. Dalmau-Bueno A, Garcia-Altés A, Vela E, Cleries M, Pérez CV, Argimon JM. Frequency of health-care service use and severity of illness in undocumented migrants in Catalonia, Spain: a population-based, cross-sectional study. *Lancet Planet Health* 2021; 5(5): E286-96.
43. Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Pub Health* 2018; 28:61–73.
44. Sánchez J. Self-medication practices among a sample of Latino migrant workers in South Florida. *Public Health Front* 2014; 2(108): 1-7.
45. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol TSD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50(supl2):1s-12s

CONCLUSÕES GERAIS

O estudo revelou diferenças significativas dentro dos grupos de imigrantes, principalmente em termos dos padrões de utilização dos serviços de saúde brasileiros. O SUS foi o serviço de saúde mais buscado, com destaque para os imigrantes de países de renda Baixa e Média Baixa, justamente por se configurar no grupo populacional com maior vulnerabilidade social, consequentemente, maior dependência por este tipo de serviço de saúde. Os imigrantes expressaram, em seu contexto migratório, que a assistência de saúde pelo SUS apresentava barreiras para o uso, relacionadas a aspectos organizacionais, atuação dos profissionais da assistência, expectativas e/ou desconhecimento sobre o serviço. Além dessas barreiras, existem aquelas inerentes do próprio imigrante, como o idioma, questões de regularidade no Brasil e barreiras culturais. Tais fatores podem influenciar negativamente ao dificultar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, alertando para a necessidade de considerar estes aspectos no planejamento e para reflexões das políticas públicas migratórias.

Notou-se mudanças na busca por serviço alternativo, setor privado, ligados ao *status* socioeconômico (renda) e país de origem, com destaque aos imigrantes de países de Renda Alta. Tais fatos reiteram que, além da cultura, o *status* socioeconômico possivelmente molda as estratégias dos imigrantes para conduzir aos serviços de saúde no país receptor. A farmácia foi o setor de saúde alternativo apontado como principal busca para cuidados por aqueles que não utilizaram o serviço de saúde no Brasil. Quanto às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), os imigrantes Imigrantes de países de Renda Média Alta têm comorbidades gastrointestinais de modo significativo, enquanto os imigrantes de origem Latina apresentam, maior chance de haver algum tipo de DCNTs, o que pode estar relacionado ao processo de aculturação, e não apenas a fator genético. Fato reforçado que, quanto maior a idade e tempo de permanência do imigrante no Brasil maior é a proporção de utilização dos serviços de saúde e morbidade crônica. Por fim, a interdisciplinaridade entre saúde, cultura, comunicação e fator socioeconômico desperta novos paradigmas e desafios estratégicos para os profissionais de saúde na assistência aos imigrantes, sob o olhar do fluxo migratório contemporâneo. Nota-se que para atender de forma integral estes novos usuários faz-se necessário que os profissionais se sensibilizem quanto aos direitos dos imigrantes entre outros, o acesso a trabalho e saúde, assim como tenham uma postura livre de juízos de valor e uma compreensão macro dos imigrantes, que levem em conta suas especificidades étnico-raciais e culturais. Este estudo, pioneiro no estado de Sergipe, abre o espaço para outras indagações e investigações sobre os desafios no acesso e utilização dos imigrantes nos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade,

especificamente na região do Nordeste brasileiro, a fim de promover a inserção e integração dos imigrantes por redes de apoio, na sociedade local, com promoção a qualidade de vida e direito à saúde efetivado e assegurado.

APÊNDICE

APÊNDICE A

O objetivo deste questionário é nos dar uma melhor compreensão de seus problemas, buscar melhorias no nosso serviço de saúde e divulgar informações corretas sobre a situação real dos migrantes.

É importante que você tente preencher o questionário na íntegra.

As informações pessoais que você fornecer serão protegidas de acordo com a Lei de proteção de informações pessoais.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Numero de identificação do questionário:_____ País de imigração:

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Situação no Brasil: | ☐ Regular | ☐ em processo de regularização |
| | ☐ Irregular | ☐ Não declarou |
| 2. Tipo de visto | ☐ Temporário | ☐ Permanente |
| | ☐ Naturalizado | ☐ Outro _____ |
| | Há _____ quanto tempo? _____ | |
| 2.1 Se for temporário, você deseja permanecer (morar) no Brasil? | ☐ Sim | ☐ Não |
| | ☐ Não sei | ☐ Prefiro não declarar |
| 3. Sexo | ☐ Masculino | ☐ Feminino |
| | ☐ Prefiro não declarar | |
| 4. Qual a sua Cor ou raça? | ☐ Branca | ☐ Parda |
| | ☐ Preta | ☐ Indígena |
| | ☐ Amarela | ☐ Não sabe responder |
| 5. Teve filhos no Brasil? | ☐ Sim | ☐ Não |
| | | ☐ Prefiro não declarar |
| 6. Estado civil | ☐ Solteiro(a) | ☐ União estável |
| | ☐ Casado(a) | ☐ Divorciado(a) |
| | ☐ Viúvo(a) | ☐ Prefiro não declarar |
| 7. Com quem mora? | ☐ Pais | ☐ amigos ou |

() Filhos instituições
 () Sozinho () Cônjuge
 () Outros _____

7.1 Quantas pessoas moram com você? () Moro sozinho () Quatro a sete
 () Uma a três () Oito a dez
 () Mais de dez

8. País de origem: _____

9. País(es) de nacionalidade: _____

10. Idade atual: _____

11. Você pratica uma religião? () Não () Sim.
 () Prefiro não declarar Qual: _____

12. Você está ligado(a) a uma ONG ou associação migratória? () Não () Sim.
 () Prefiro não declarar Qual: _____

13. Sua fluência em português: () Alta () Médio
 () Baixa () Não falante

14. Escolaridade (Titulação máxima): () Analfabeto () Somente alfabetizado
 () Ensino fundamental completo () Ensino médio completo
 () Graduação completa () Mestrado concluído
 () Doutorado Concluído () Ensino técnico profissional concluída
 () Não declarado

15. Teve alguém do grupo familiar que o(a) acompanhou no Brasil (esposo(a), filhos(as), pais e outros) () Sim () Não

Caso SIM, preencher o quadro:

Grau de parentesco	Idade	Sexo

16. Possui familiares que permanecem no seu país de origem? ☐ Sim ☐ Não

17. Ano de saída do país de origem: _____

18. Meio de transporte para saída do país de origem: ☐ Aéreo ☐ Marítimo
☐ Terrestre ☐ Não declarado

19. Indique os lugares onde fez escalas e do tempo de permanência em cada localidade antes de sua chegada ao Brasil

Ano de chegada	Duração da permanência (meses)	Países

20. Cidade de chegada ao Brasil UF: _____

21. Ano de sua chegada no Brasil _____

22. Você sabia que o Brasil era o país de destino no momento da viagem? ☐ Sim ☐ Não

23. Há quanto tempo permanece no Brasil: _____

24. Deseja voltar a seu país de origem? ☐ Sim ☐ Não
☐ Não declarado

25. Qual foi o motivo de saída do país de origem (pode marcar mais de um item): ☐ religiosa ☐ Etnia
☐ Política ☐ Gênero
☐ Raça ☐ Grupo social
☐ Guerra civil ☐ Nacionalidade
☐ Vítima de tráfico de drogas ☐ Violência de gangue
☐ Estudo ☐ Trabalho
☐ Nenhuma alternativa anteriores, especificar: _____

26. Você já sofreu discriminação/preconceito no ☐ Sim ☐ Não
☐ Prefiro não declarar

27. Tipo de imigração: ☐ Forçada ☐ Voluntária
☐ Prefiro não declarar

28. Você envia parte de sua renda para alguém em seu país de origem? ☐ Sim ☐ Não
☐ Prefiro não declarar

28.1 Caso sim, quanto? ☐ Até 1 salário mínimo
☐ De 1 a 3 salários mínimos
☐ De 3 a 6 salários mínimos
☐ + de 6 salários mínimos
☐ Prefiro não declarar

29. Com que frequência você entra em contato com sua família e amigos em seu país de origem? ☐ Quinzenalmente ☐ Mensalmente
☐ Diariamente ☐ Anualmente
☐ Semanalmente ☐ Outros: _____

29.1 Qual o meio de contato? ☐ Internet ☐ Telefone
☐ Carta ☐ Prefiro não declarar
☐ Outros

31. Qual a sua percepção em *ser* imigrante?

**QUESTIONÁRIO ADAPTADO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE – PNS
(IBGE, 2013)**

100

Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:	
P5	Televisão tela plana? ☐ S ☐ N Quantas? Polegadas
P6	Fogão à gás? ☐ S ☐ N Quanto?
P7	Geladeira? ☐ S ☐ N Quantas?
P8	Freezer (independente ou segunda porta da geladeira) ☐ S ☐ N Quanto?
P9	Rádio (sem contar o do carro) ☐ S ☐ N Quanto?
P10	Vídeo/DVD ☐ S ☐ N Quanto?
P11	Máquina de lavar roupa (não considerar tanquinho) ☐ S ☐ N Quantas?
P12	Linha de Telefone fixo? ☐ S ☐ N Quantas?
P13	Linha de Telefone celular ? ☐ S ☐ N Quantas?
P14	Computador/notebook? ☐ S ☐ N Quanto?
P15	Forno micro-ondas? ☐ S ☐ N Quanto?
P16	Carro? ☐ S ☐ N Quanto?
P17	Motocicleta? ☐ S ☐ N Quantas?
P18	Em sua casa trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista/diarista? ☐ S ☐ N Quanto?
MÓDULO B – COBERTURA E ATUAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
P19	O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família? ☐ S ☐ N ☐ Não sabe
P20	Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde? ☐ Mensalmente ☐ A cada dois meses ☐ Duas a quatro vezes por ano ☐ Uma vez por ano ☐ O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses ☐ Nunca recebeu ☐ Não sei
• Aqueles que receberam visita domiciliar de algum agente comunitário ou profissional de saúde, responder a questão 21	

P21 No último ano, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família: a. Fizeram perguntas sobre problemas de saúde dos moradores? ☐ S ☐ N ☐ Não recordo b. Deram orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)? ☐ S ☐ N ☐ Não recordo c. Deram orientações sobre como cuidar dos dentes e gengivas? ☐ S ☐ N ☐ Não recordo d. Deram orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc.)? ☐ S ☐ N ☐ Não recordo ☐ Não se aplica e. Fizeram acompanhamento do desenvolvimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)? ☐ S ☐ N ☐ Não recordo ☐ Não se aplica f. Verificaram o cartão de vacinação das crianças do domicílio? ☐ S ☐ N ☐ Não recordo ☐ Não se aplica	
P22 No último ano, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (<i>agente de combate às endemias, como dengue</i>)? ☐ Mensalmente ☐ A cada dois meses ☐ Duas a quatro vezes por ano ☐ Uma vez por ano ☐ O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses ☐ Nunca recebeu ☐ Não sei	
MÓDULO C – TRABALHO DOS MORADORES DO DOMICÍLIO	
P24 Em relação a trabalho? ☐ Trabalha atualmente	
☐ Já trabalhou, mas não trabalha mais	☐ Nunca trabalhou
• Responder apenas a questão 25 e 26 aqueles que não estão trabalhando atualmente	
P25 Qual a principal razão do(a) Sr(a) não estar em atividade atualmente? ☐ Dona de casa/cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos ☐ Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho ☐ Estudos/treinamento ☐ Aposentado por tempo de trabalho/idade ☐ Aposentado por doença/invalidez ☐ Afastado por doença ☐ Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc.) ☐ Outra	
P26 Há quanto tempo o(a) Sr(a) não está trabalhando ou não está em atividade? _____	
P27 Qual é a sua situação de trabalho atual (Responder aqueles que trabalham atualmente. Acrescentar a profissão ao lado) ☐ Servidor público _____ ☐ Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada _____ ☐ Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada _____ ☐ Conta própria ou autônomo com estabelecimento _____ ☐ Conta própria ou autônomo sem	P28 Qual era a sua situação de trabalho antes de chegar no Brasil)? (Acrescentar a profissão ao lado) ☐ Servidor público _____ ☐ Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada _____ ☐ Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada _____ ☐ Empregado familiar não remunerado ☐ Conta própria ou autônomo com estabelecimento _____ ☐ Conta própria ou autônomo sem

estabelecimento _____ ☐ Empregador com até 5 funcionários fixos ☐ Empregador com 5 ou mais funcionários fixos ☐ outras: _____	estabelecimento _____ ☐ Empregador com até 5 funcionários fixos ☐ Empregador com 5 ou mais funcionários fixos ☐ outras: _____
P29 O Sr(a) contribui com a previdência social? ☐ S ☐ N	
P30O(a) Sr(a) pode me dizer seu rendimento mensal? <i>(Considere qualquer tipo de rendimento, seja trabalho, venda de produtos ou recebimento de qualquer benefício, pensão, doação, etc.)</i> ☐ Não tem rendimento ☐ Não quis responder ☐ Sim. Quanto? ☐ Até 1 salário mínimo ☐ De 1 a 3 salários mínimos ☐ De 3 a 6 salários mínimos ☐ + de 6 salários mínimos ☐ Prefiro não declarar	
P31 Qual o seu tempo de trabalho semanal? _____	
MÓDULO D E E – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS	
P32 Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos...) por motivo de saúde? ☐ S ☐ N	
P33 Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)? ☐ S ☐ N Qual? ☐ Diabetes. Há necessidade de tratamento ☐ S ☐ N ☐ Asma. Há necessidade de tratamento ☐ S ☐ N ☐ Hipertensão arterial. Há necessidade de tratamento ☐ S ☐ N ☐ Dor crônica. Há necessidade de tratamento ☐ S ☐ N Outras Doenças crônicas _____ Há necessidade de tratamento ☐ S ☐ N	
P33.1 Esta doença limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc.)? ☐ S ☐ N	
P34 costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? ☐ S ☐ N	
P35 Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar: 1. Farmácia ☐ 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) ☐ 3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica ☐ 4. Outro tipo de Pronto Atendimento ☐ 5. No domicílio, com médico particular Público (24 horas) ☐ 6. Consultório particular ou clínica privada ☐ 7. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato ☐ 8. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado ☐ 9. No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família ☐ 10. Pronto - socorro ou emergência de hospital público ☐ 11. Hospital público/ambulatório ☐ 12. Outro serviço (Especifique: _____)	

P36 Quando procurou atendimento de saúde, nas últimas vezes, foi atendido (a)? ☐ S ☐ N *Se não, → responder a questão 38		
P37 Por que motivo não foi atendido (a) quando procurou atendimento de saúde? 1. Não conseguiu vaga ou pegar senha ☐ 2. O serviço de saúde não estava funcionando ☐ 3. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso ☐ 4. Não tinha médico atendendo ☐ 5. Não podia pagar pela consulta ☐ 6. Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender ☐ 7. Esperou muito e desistiu ☐ 8. Sofreu discriminação por ser imigrante ☐ 9. Dificuldade na compreensão devido idioma ☐ 10. Outro (Especifique: _____)		
P 38 No último atendimento de médico (consulta) foi receitado algum medicamento? ☐ S ☐ N Se sim, qual? _____		
P39_1 Conseguiu obter os medicamentos receitados? 1. Todos ☐ 2. Alguns ☐ 3. Nenhum ☐ Se “alguns” ou “todos”, qual o principal meio de ter conseguido obter os medicamentos receitados? 1. Sistema de Único de Saúde (SUS) ☐ 2. Por conta própria (rendimento) ☐ 3. Familiares ☐ 4. Amigos ou vizinhos ☐ 5. Outros _____ Se “alguns” ou “nenhum”, qual o principal motivo de não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados? 1. Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada ☐ 2. Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde ☐ 3. Não achou necessário ☐ 4. Não tinha dinheiro para comprar ☐ 5. Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte ☐ 6. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP) ☐ 7. Desistiu de procurar, pois melhorou ☐ 8. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia ☐ Outro (Especifique: _____)		
P40 participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso etc.)? ☐ S ☐ N		
MÓDULO F - CARACTERÍSTICAS DE EDUCAÇÃO DAS PESSOAS MENORES DE 18 ANOS		
P41Idade: _____ P 42 Frequenta a escola/crechê? ☐ S ☐ N P43 Sabe ler e escrever? ☐ S ☐ N P44 Qual é o nível de escolaridade que possui? ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Médio incompleto ou	P41Idade: _____ P 42 Frequenta a escola/crechê? ☐ S ☐ N P43 Sabe ler e escrever? ☐ S ☐ N P44 Qual é o nível de escolaridade que possui? ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Médio incompleto ou	P41Idade: _____ P 42 Frequenta a escola/crechê? ☐ S ☐ N P43 Sabe ler e escrever? ☐ S ☐ N P44 Qual é o nível de escolaridade que possui? ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Médio incompleto ou

completo ☐ Superior incompleto ou completo ☐ Outro, especifique: _____ 45 Instituição de ensino: () Particular () Público	completo ☐ Superior incompleto ou completo ☐ Outro, especifique: _____ — 45 Instituição de ensino: () Particular () Público	completo ☐ Superior incompleto ou completo ☐ Outro, especifique: _____ 45 Instituição de ensino: () Particular () Público _____
--	---	--

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO SOBRE ACESSO E UTILIZAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Você possui plano de saúde particular? () Sim () Não
Qual: _____ () Prefiro não declarar

2. Você consegue acessar o sistema de saúde público no Brasil quando precisa? () Sim () Não
() Prefiro não declarar () Não procurei assistência pública

3.1. Após chegar no Brasil, quanto tempo levou para buscar o primeiro acesso a serviço de saúde? _____

3.2. Caso SIM, o serviço utilizado foi: () Público () Particular
() Prefiro não declarar () Não sei

4. Você sabe a localização da Unidade Básica de Saúde do seu bairro? () Sim () Não
() Prefiro não declarar

5. Qual o serviço de Saúde utilizado nos últimos 12 meses? () Sistema único de Saúde (SUS) () Particular
() SUS e Particular () Prefiro não declarar
() Não utilizei o serviço

5.1. Quais os principais motivos para utilização dos serviços de Saúde nos últimos 12 meses?

() Consultas de acompanhamento ou de rotina	() Consultas de saúde infantil e vacinação
() Realização de exames complementares de diagnóstico	() Consultas de planejamento familiar
() Outros. Quais: _____	() Urgência

5.2 Quantas consultas médicas realizou nos últimos 12 meses? _____

5.3. Qual foi o local de atendimento procurado por você nestes últimos 12 meses?

☐ Unidade Básica de Saúde	☐ Hospital público
☐ Clínica particular	☐ Hospital particular
	☐ Outro _____
	☐ Prefiro não responder

6. Você já percebeu alguma diferença de tratamento (discriminação) por parte dos profissionais de saúde pelo fato de ser estrangeiro?

☐ Sim
☐ Não
☐ Prefiro não declarar

7. Você possui algum auxílio para suprir necessidades básicas como comida, água, abrigo ou remédios no Brasil?

☐ Sim
☐ Não
☐ Prefiro não declarar

Caso responda Sim, de quem?

☐ ONGs	☐ Família
☐ Amigos	☐ Ajuda da comunidade
☐ Governo	
Outro(s), qual(is): _____	

8. No seu país de origem, quando você adoecia ou necessitava de algum cuidado de saúde, quais os meios/ lugares mais utilizados pelo(a) senhor(a)?

8.1 ☐ Unidade Básica de Saúde	8.3 ☐ Atendimento hospitalar/clínica
8.2 ☐ Cuidados caseiros	8.3.1 ☐ Público
	8.3.2 ☐ Particular

Quais eram os pontos positivos e negativos que o senhor(a) percebia ao utilizar essa assistência de saúde:

9. Antes de procurar assistência de saúde no Brasil, quais eram suas expectativas pelo serviço de saúde no país (Brasil), onde ou com quem procurou se informar, e comente se as suas expectativas foram atendidas (pontos positivos e negativos)?

10. Para você, quais os fatores tornam-se obstáculos para o acesso e utilização dos Serviços de Saúde no Brasil? (Relate também suas experiências no serviço de saúde, se possível).

APÊNDICE D

QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Para você, como avalia seu estado de saúde antes da imigração? | () Bom/Muito Bom
() Nem bom/Nem Ruim | () Ruim/ Muito Ruim
() Prefiro não declarar |
| 2. Atualmente, como você avalia seu estado de saúde? | () Bom/Muito Bom
() Nem bom/Nem Ruim | () Ruim/ Muito Ruim
() Prefiro não declarar |
| 3. Você possui alguma doença crônica não-transmissível? | () Sim | () Não
() Prefiro não declarar |
| 3.1 Caso Qual? SIM, | () Hipertensão
() Doença Renal - _____
() Câncer
() Outra, Qual? _____ | () Diabetes
() Depressão
() Reumatismo |
| 3.2 Você realiza algum tratamento? | () Sim
Qual: _____ | () Não
() Prefiro não declarar |
| 3.3 Quando houve o diagnóstico? | () Antes de chegar no Brasil | () No Brasil |
| 3.4 Você possui histórico familiar de alguma doença crônica não-transmissível? | () SIM
Qual? _____
_____ | () NÃO |
| 4. Você possui alguma doença transmissível? | () Sim | () Não
() Prefiro não declarar |
| 4.1 Caso responda SIM, Qual? | () Sífilis
() Hanseníase
() Hepatite _____ | () Aids/HIV
() Meningite
() Herpes _____ |

() Outra(s), Qual(is): _____

4.2 Você realiza algum tratamento? () Sim () Não
Qual: _____ () Prefiro não declarar

4.3 Quando houve o diagnóstico? () Antes de chegar no Brasil () No Brasil

5.. Possui história de doença mental (estresse pós traumático, depressão, ansiedade..)? () Sim () Não
() Prefiro não declarar

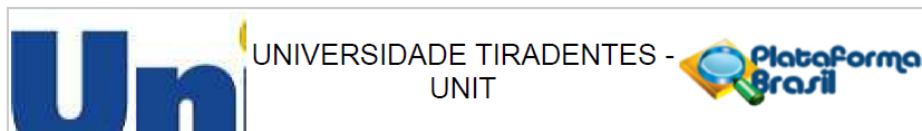
5.1 Caso SIM, Qual? _____

6. Possui histórico familiar de doença mental (estresse pós traumático, depressão, ansiedade...)? () Sim () Não
() Não sei () Prefiro não declarar

7. Você possui histórico de uso de medicação para alguma doença mental () não () Sim, atualmente
() sim, no passado () Prefiro não declarar

ANEXO

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MIGRAÇÃO MISTA E SAÚDE: AVALIAÇÃO DO ACESSO A CUIDADOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IMIGRANTES E REFUGIADOS EM SERGIPE E

Pesquisador: CLAUDIA MOURA DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96051318.5.0000.5371

Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.022.267

Apresentação do Projeto:

A atual crescente do fluxo migratório no território brasileiro, coloca-se em debate a responsabilização dos Estados pela garantia de direitos sociais básicos a essas populações. Este estudo objetiva-se a Investigar as condições de saúde e o acesso aos serviços de cuidado pelas populações migrantes de Sergipe e Alagoas. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantiquantitativo. O processo de amostragem será pela metodologia Time-Location Sampling (TLS). Para a coleta de dados serão utilizados cinco instrumentos relacionados a caracterização sociodemográfica, práticas relacionadas com a procura e acesso a cuidados de saúde, análise parasitológica e sorológica, assim como avaliação clínica e antropométrica e da saúde mental. Os dados dos questionários serão analisados por meio do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21), utilizando-se a estatística descritiva e inferencial e os conteúdos das entrevistas pela análise de conteúdo de Bardin. Com o estudo, espera-se contribuir para a reflexão sobre os impactos sociais e de saúde com a chegada crescente de novos grupos populacionais no Brasil, a fim de que o Estado possa implementar políticas públicas voltadas para medidas preventivas que propiciem um contato pautado em conhecimento e compreensão do processo migratório.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Investigar as condições de saúde e o acesso aos serviços de cuidado pelas populações de migrações mistas em Sergipe e Alagoas

Objetivo Secundário:

- Avaliar a acessibilidade a assistência de saúde, de acordo com a auto-avaliação dos imigrantes e refugiados, pelo número de consultas médicas e motivos, profissional e local prestador da assistência, cobertura de seguro de saúde e o nível de satisfação, assim como os fatores que influenciam o acesso/utilização aos serviços de saúde;- Averiguar o estado de saúde, por meio da auto-avaliação da população migratória, sobre as condições clínicas de doenças crônicas, uso de drogas lícitas e ilícitas e a prevalência transtornos mentais comuns. - Verificar a prevalência de obesidade e sobrepeso e sua associação entre as variáveis socioeconômicas e local de destino da população migratória;- Analisar as representações sociais, de acordo com a percepção dos imigrantes, sobre os construtos imigração, imigrante e saúde mental;- Identificar a prevalência de parasitoses intestinais e associação entre os fatores socioambientais;- Determinar a prevalência hepatite B e C, Doenças de Chagas e Toxoplasmose na população migratória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS n°466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS n° 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS n° 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br



Continuação do Parecer: 3.022.267

legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1181940.pdf	13/09/2018 11:29:52		Aceito
Outros	respostaparecer.pdf	13/09/2018 11:24:42	HERIFRANIA TOURINHO ARAGAO	Aceito
Outros	comprovacaotradutoringless.pdf	13/09/2018 11:19:27	HERIFRANIA TOURINHO ARAGAO	Aceito
Outros	comprovacaotradutoringles.pdf	13/09/2018 11:18:33	HERIFRANIA TOURINHO ARAGAO	Aceito
Outros	comprovacaotradutorespanhol.pdf	13/09/2018 11:18:04	HERIFRANIA TOURINHO ARAGAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FormularioNovo.pdf	13/09/2018 11:17:19	HERIFRANIA TOURINHO ARAGAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEESPANHOLL.pdf	13/09/2018 11:16:54	HERIFRANIA TOURINHO ARAGAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEingles.pdf	13/09/2018 11:13:57	HERIFRANIA TOURINHO ARAGAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLENOVO.pdf	13/09/2018 11:13:26	HERIFRANIA TOURINHO	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br



UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT



Continuação do Parecer: 3.022.267

Justificativa de Ausência	TCLNOVO.pdf	13/09/2018 11:13:26	ARAGAO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicaofany2.pdf	25/07/2018 17:00:54	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicaofany.pdf	25/07/2018 17:00:45	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassfany.pdf	25/07/2018 17:00:21	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	Questionario.pdf	24/07/2018 16:49:20	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PesquisadoresImig.pdf	24/07/2018 16:49:02	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 14 de Novembro de 2018

Assinado por:

ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br