

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA

**Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres
imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional.**

RIBEIRÃO PRETO

2022

LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA

Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional.

Versão Original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oliveira, Luana Carvalho

Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional, 2022.

165 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati

1.Saúde Mental. 2.Gênero. 3.Imigrantes. 4.Refugiadas. 5.Determinantes Sociais da Saúde.

OLIVEIRA, Luana Carvalho

Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

A todas as mulheres imigrantes e refugiadas que, em meio a diversas formas de violência, falta de oportunidade e discriminação, aventuram-se em busca de suas realizações. Minha sincera admiração e respeito pela busca de liberdade e segurança de cada uma delas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Antônia Carvalho e Weliton Salomão**, por todo apoio, dedicação e amor infindáveis. Dedico todas as minhas realizações aos esforços, estrutura e suporte emocional de sempre. Amo, respeito, sou grata e admiro vocês infinitamente.

A minha irmã, **Lorena de Oliveira**, pelo apoio emocional, amor e parceria de sempre

A todos os meus demais **familiares**, pela torcida e apoio.

Ao meu namorado, **Thiago Lopes**, pelo apoio e compreensão.

A todos os meus **amigos**, pela paciência, força, carinho e compreensão, em meio às minhas ausências neste período de dedicação.

A minha amiga, **Déborah Patrocínio**, pela ajuda, força e inspiração para o trabalho.

A minha orientadora, Profa. **Dra. Regina Fiorati**, por ter acreditado e apoiado o tema, pela parceria, extremo aprendizado e paciência.

A todos os pesquisadores do **Grupo de Pesquisa Comunitas**, pelo aprendizado, apoio e parceria.

À **Universidade de São Paulo**, por me oportunizar aprendizado e experiência que levarei para toda a vida, com profissionais e estrutura de excelência.

A minha ex-coordenadora, **Renata Gama**, pela sua generosidade, compreensão e grande apoio no início da grande jornada do mestrado.

À **Cáritas Arquidiocesana de São Paulo**, em especial ao Assessor de Comunicação, **Nilton Carvalho**, pelo apoio e mediação com as participantes.

À **Missão Paz São Paulo**, em especial ao **Padre Paolo Parise**, pela disponibilidade, grande apoio e generosidade.

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES)** - Código de Financiamento 001.

A **todas as mulheres imigrantes e refugiadas participantes** deste estudo. Foi um grande prazer conhecê-las e escutá-las. Muito obrigada por terem aceitado participar desta pesquisa, sem vocês nada disso seria possível.

“On ne naît pas femme, on devient femme”

(Simone de Beauvoir, 1949)

RESUMO

OLIVEIRA, Luana Carvalho. Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Atualmente o número de mulheres imigrantes e refugiadas vem aumentando consideravelmente ao redor do mundo, sendo importante conhecer em profundidade esse processo, de modo a ampliar a visibilidade do fenômeno migratório feminino. Os processos migratórios podem ser fatores de vulnerabilidade, devido ao caráter de desestabilização territorial e cultural. Além disso, quando esse fenômeno ocorre entre mulheres, outros fatores também são observados, devido aos elementos de desigualdade, discriminação e violência de gênero, podendo provocar sofrimento psicossocial a elas. Para satisfatória compreensão da realidade de vida e dificuldades enfrentadas, notou-se a necessidade de realizar uma intersecção de gênero, raça e condições socioeconômicas das mulheres participantes. O objetivo geral deste presente estudo foi analisar os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo transversal de caráter qualitativo, cujos instrumentos de coleta de dados foram questionários sociodemográficos e entrevistas semiestruturadas. A pesquisa ocorreu na cidade de São Paulo, na organização não governamental Cáritas Arquidiocesana de São Paulo e na instituição filantrópica Missão Paz. As participantes do estudo são mulheres imigrantes ou refugiadas frequentadoras desses locais. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (EERP-USP). Para análise dos dados provenientes dos questionários sociodemográficos, foi utilizada a análise de frequência simples e, para as entrevistas semiestruturadas, foi realizada a análise de conteúdo, proposta por Bardin. Tendo em vista que diversos fatores podem influenciar nas condições de saúde mental das pessoas, o estudo teve como base os determinantes sociais da saúde da OMS, que permitiram a compreensão dos principais elementos que geram vulnerabilidades e riscos para a saúde mental das participantes. Assim, os resultados apontaram uma situação de alta vulnerabilidade nas mulheres participantes, devido às conjunturas como imigrantes ou refugiadas, articuladas aos fatores de opressão de gênero, raça e condição socioeconômica. O estudo evidenciou o sofrimento psicossocial relacionado aos processos migratórios, e foram identificadas diversas situações de discriminação, racismo e xenofobia, sofridas pelas participantes, nas quais os países de origem e a raça destas influenciavam na maneira como eram tratadas no Brasil, revelando um mundo dominado pelas concepções produzidas pelo etnocentrismo europeu de regiões de idioma anglófono. Além disso, evidenciou-se o papel de liderança e o protagonismo assumido pelas mulheres diante dos processos de imigração ou refúgio. Conclui-se que os processos migratórios apresentaram efeitos negativos na saúde mental das participantes do estudo, tais efeitos foram potencializados pelos eixos de gênero, raça e condições socioeconômicas das mulheres, sendo necessárias políticas públicas, assim como conscientização dos profissionais de saúde e demais brasileiros, para maiores oportunidades, suporte e inserção das mulheres imigrantes ou refugiadas no país. Evidencia-se a necessidade de maior destaque aos processos migratórios femininos que, por muito tempo, foram ignorados em discussões voltadas a essa temática.

Palavras-chave: Saúde Mental. Gênero. Imigrantes. Refugiadas. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Luana Carvalho. The effects of migratory processes on women's mental health immigrants or refugees from an intersectional analysis. 2022. Dissertation (Masters in Sciences). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2022.

Currently, the number of immigrant and refugee women has increased considerably around the world, and it is important to know this process in depth, in order to expand the visibility of the female migratory phenomenon. Migratory processes can be factors of vulnerability, due to the territorial and cultural destabilization character. Also, when this phenomenon occurs among women, other factors are also observed, due to the elements of inequality, discrimination and gender violence, which can cause psychosocial suffering to them. For a satisfactory understanding of the reality of life and the difficulties faced, it was noted the need to make an intersection of gender, race and socioeconomic conditions of the women participants. The general objective of this study was to analyze the effects of migratory processes in the mental health of immigrant or refugee women in the city of São Paulo. It is an exploratory-descriptive cross-sectional qualitative study, whose collection instruments of data were sociodemographic questionnaires and semi-structured interviews. The research took place in the city of São Paulo, at the non-governmental organization *Cáritas* Archdiocesan of São Paulo and in the philanthropic institution *Missão Paz*. The participants studied are immigrant or refugee women who frequent these places. The work was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo School of Nursing – Ribeirão Black (EERP-USP). To analyze the data from the socio demographic questionnaires, simple frequency analysis was used and, for semi-structured interviews, it was performed the content analysis, proposed by Bardin. Considering that several factors can influence the mental health conditions of people, the study was based on the WHO social determinants of health, which allowed the understanding of the main elements that generate vulnerabilities and risks to the participants' mental health. So, the results pointed out a situation of high vulnerability in the women participants, due to the circumstances as immigrants or refugees, articulated to the oppressive factors of gender, race and socioeconomic status condition. The study highlighted the psychosocial suffering related to migratory processes, and several situations of discrimination, racism and xenophobia suffered by the participants, in which their countries of origin and their race influenced the way they were treated in Brazil, revealing a world dominated by the conceptions produced by ethnocentrism from anglophone speaking regions. In addition, the leadership role and the protagonism assumed by women in the processes of immigration or refugee was evidenced. Concludes that the migratory processes had negative effects on the mental health of the participants of the study, such effects were potentiated by the axes of gender, race and socioeconomic conditions of women, and public policies are needed, as well as awareness of professionals of health and other Brazilians, for greater opportunities, support and insertion of women immigrants or refugees in the country. The need for greater emphasis on processes is evident in female migrants who, for a long time, were ignored in discussions aimed at this thematic.

Keywords: Mental Health. Genre. Immigrants. Refugees. Social Determinants of Health.

RESUMEN

OLIVEIRA, Luana Carvalho. Los efectos de los procesos de migración en la salud mental de mujeres inmigrantes o refugiadas desde un análisis interseccional. 2022. Disertación (Máster en Ciencias). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Actualmente el número de mujeres inmigrantes y refugiadas ha aumentado significativamente por el mundo, resultando ser importante conocer este proceso con profundidad para ampliar la visibilidad del fenómeno migratorio femenino. Los procesos migratorios pueden ser factores de vulnerabilidad debido al carácter de desestabilización territorial y cultural. Además, al ocurrir tal fenómeno entre mujeres, otros factores también se observan, debido a los elementos de desigualdad, discriminación y violencia de género, haciendo posible su sufrimiento psicosocial. Para que se comprenda satisfactoriamente la realidad de vida y los retos enfrentados, se ha percibido la necesidad de hacer una intersección de género, raza y condiciones socioeconómicas de las mujeres participantes. El objetivo general de esta investigación ha sido analizar los efectos de los procesos de migración en la salud mental de mujeres inmigrantes o refugiadas que viven en São Paulo. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo transversal de carácter cualitativo, cuyos instrumentos de recopilación de datos fueron cuestionarios sociodemográficos y encuestas semiestructuradas. La investigación ha tenido lugar en São Paulo en la organización no gubernamental Cáritas Arquidiocesana de São Paulo y en la institución filantrópica Missão Paz. Las participantes del estudio son mujeres inmigrantes o refugiadas que frecuentan estos lugares. El trabajo ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo – Ribeirão Preto (EERP-USP). Para el análisis de los datos procedentes de los cuestionarios sociodemográficos, se ha utilizado el sencillo análisis de frecuencia y para las encuestas semiestructuradas, se ha realizado el análisis de contenido, propuesto por Bardin. Considerando que inúmeros factores pueden influir en las condiciones de la salud mental de las personas, el estudio se ha basado en los determinantes sociales de salud de la OMS, que han permitido comprender los principales elementos que generan vulnerabilidades y riesgos para la salud mental de las participantes. De esta forma, los resultados muestran una situación de alta vulnerabilidad en estas mujeres, debido a su situación como inmigrantes o refugiadas, unida a factores de opresión de género, raza y condición socioeconómica. El estudio aún ha evidenciado el sufrimiento psicosocial relacionado a los procesos de migración, además de haber sido identificadas inúmeras situaciones de discriminación, racismo y xenofobia sufridas por las participantes, cuyos países de origen y razas influían en la forma que se les trataba en Brasil, desvelando un mundo dominado por los juicios etnocentristas europeos de regiones de idioma anglófono. Además, se ha evidenciado el rol de liderazgo y el protagonismo asumido por las mujeres frente a sus procesos de inmigración o refugio. Se concluye que los procesos de migración presentan efectos negativos en la salud mental de las participantes del estudio y que tales efectos se han potencializado por los ejes de género, raza y sus condiciones socioeconómicas, haciéndose necesarias las políticas públicas y la concientización de los profesionales de salud y demás brasileños para que den mejores oportunidades, soporte e inserción de éstas en el país. Se evidencia la necesidad de más destaque a los procesos femeninos de migración que hace tanto tiempo han sido ignorados en las discusiones sobre este tema.

Palabras-clave: Salud Mental. Género. Inmigrantes. Refugiados. Determinantes Sociales de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Categorias analíticas e empíricas.....	56
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação: caracterização das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa	46
Tabela 2 – Identificação: situação de documentação brasileira das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	47
Tabela 3 – Mercado de trabalho: situação de trabalho das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa	47
Tabela 4 – Educação: nível de escolaridade das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	49
Tabela 5 – Família: renda e composição familiar das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	50
Tabela 6 – Domicílio: situação de moradia das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	50
Tabela 7 – Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: estrutura física dos bairros das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	51
Tabela 8 – Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: geração de renda e gastos familiares das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	53
Tabela 9 – Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: organização familiar das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	53
Tabela 10 – Redes sociais de apoio: redes sociais das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	54
Tabela 11 – Sistema de proteção social: acesso aos mecanismos de proteção social – públicos e privados e políticas sociais – serviços e benefícios sociais utilizados pelas mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Forma final da estrutura conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde.....	29
---	----

LISTA DE SIGLAS

ACNUR	Agência da ONU para Refugiados
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAÉ	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Estudos Migratórios
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CSDH	<i>Commission on Social Determinants of Health by the World Health</i>
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
CPMM	Centro Pastoral e de Mediação dos Migrantes
CRNM	Carteira de Registro Nacional Migratório
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ILO	<i>International Labour Organization</i>
IOM	<i>International Organization for Migration</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrievel System Online</i>
NEPO/Unicamp	Núcleo de Estudos de População “Elza Bequó”
OBMigra	Observatório das Migrações Internacionais
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PARR	Programa de Apoio para a Recolocação dos Refugiados
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEDES	Secretaria de Desenvolvimento Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UN WOMEN	<i>United Nations Entity for Gender Equality & Women's Empowerment</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. MARCO TEÓRICO	24
3. OBJETIVOS	33
3.1. Objetivo geral.....	34
3.2. Objetivos específicos.....	34
4. MATERIAL E MÉTODOS	35
4. 1. Tipo de estudo	36
4.2. Cenário e local do estudo	36
4.3. Participantes do estudo.....	38
4.4. Tamanho da amostra	39
4. 5. Instrumento de coleta de dados	39
4.6. Coleta de dados	40
4.6.1. Primeira Etapa: entrevistas por telefone.....	40
4.6.2. Segunda Etapa: entrevistas presenciais	41
4.6.3. Terceira Etapa: processo final da coleta de dados.....	41
4.7. Análise de dados	41
4.8. Procedimentos éticos.....	43
5. RESULTADOS	45
5.1. Primeira etapa dos Resultados: caracterização e apresentação dos dados sociodemográficos ..	46
5.2. Segunda etapa dos resultados: apresentação dos dados das entrevistas semiestruturadas	55
5.2.1. Motivação e história relacionada ao processo migratório.....	57
5.2.1.1. Fatores econômicos, conflitos familiares, questões de saúde, acompanhar familiares e perseguição política como aspectos motivadores para o processo migratório	57
5.2.1.2. Estratégias para o processo migratório ao Brasil: migrar solo ou com a família	58
5.2.1.3. Meios utilizados para atravessar a fronteira e dificuldades na entrada ao Brasil	59
5.2.1.4. Solicitação de refúgio.....	60
5.2.1.5. Segunda mudança de país e migração interna no Brasil	60
5.2.2. A nova vida que se impõe: rupturas e luta por pertencimento	61
5.2.2.1. A vida deixada para trás: família, religião e abandono de emprego e estudos.....	61
5.2.2.2. Rotina de vida com multitarefas após o processo migratório.....	62
5.2.2.3. Dificuldade de adaptação, percepção quanto à discriminação e preconceito, e sentimento de não pertencimento ao novo país.....	64
5.2.2.4. Aspectos positivos do processo migratório	69
5.2.3. Sentimentos, preocupações e sofrimento psicossocial relacionados ao processo migratório	70

5.2.3.1. Quem vai e quem fica: sofrimento pelas rupturas familiares	70
5.2.3.2. Preocupações da vida diária	71
5.2.3.3. Sentimentos positivos de apoio social e adaptação	72
5.2.3.4. Processo migratório e sofrimento: rupturas, solidão e resignação	72
5.2.3.5. Efeitos da Pandemia da Covid-19	73
5.2.4. Serviços de saúde e estratégias para romper com o sofrimento psicossocial	74
5.2.4.1. Alterações de saúde e acesso a serviços de saúde antes e depois da mudança para o Brasil	75
5.2.4.2. Uso de psicofármacos e processo migratório	77
5.2.4.3. Família, religião, terapia e trabalho: estratégias utilizadas para romper com o sofrimento psicossocial	80
5.3. Terceira etapa dos resultados: gênero, raça e condições socioeconômicas em uma perspectiva interseccional.....	80
6. DISCUSSÃO.....	87
7. CONCLUSÃO	120
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
APÊNDICES	147
ANEXOS.....	160

1. INTRODUÇÃO

A migração consiste no deslocamento de indivíduos de um território para outro, tomados por um objetivo e expectativa de permanecer ou residir nesse novo local. Esse movimento pode ocorrer internamente, quando os sujeitos se deslocam entre regiões de um mesmo país, ou de modo internacional, em que o fluxo ocorre entre diferentes países e continentes (RESSTEL, 2015).

Nos últimos anos, os fluxos migratórios cresceram de modo acentuado em diversas regiões do mundo. Os dados indicam que o número de migrantes internacionais no ano de 2000 constituía 2,8% da população global, com 150 milhões de pessoas. A Organização das Nações Unidas (ONU) indicou que, em 2019, esse número alcançou 272 milhões, sendo agora 3,5% da população no mundo, o que representa um aumento de 122 milhões de pessoas em relação ao ano de 2000 (IOM, 2019).

No deslocamento internacional, é importante diferenciar dois tipos de grupos, os refugiados e os imigrantes. Os refugiados são pessoas que precisaram deixar seus países de origem devido a conflitos ou perseguições e necessitaram buscar segurança em outras regiões, são reconhecidos internacionalmente, têm acesso à assistência da Agência da ONU para os refugiados (ACNUR), dos estados e de outros órgãos, ao passo que os imigrantes optam por mudar de país, não em razão de ameaças ou por estarem correndo risco de vida, mas por fatores como trabalho, educação e família (ACNUR, 2018; 2015).

Logo, o deslocamento de refugiados e imigrantes entre países ocorre por motivos diferentes, uma vez que o refugiado se desloca para proteção de sua vida e integridade física em decorrência de guerras, violência, desastres naturais, perseguições políticas, culturais, religiosas, raciais, de nacionalidade e graves violações dos direitos humanos, ao passo que o imigrante sai de seu país por motivos econômicos e pessoais, em busca de possibilidades de emprego e melhores condições de vida (ACNUR, 2018; 2015).

De acordo com a Acnur (2021), o Brasil sempre foi precursor e possuiu um papel de liderança na proteção internacional dos refugiados, sendo o primeiro país do Cone Sul a homologar a Convenção referente ao Estatuto dos Refugiados de 1951, além de ser um dos primeiros países integrantes do Comitê Executivo da ACNUR. A concessão de refúgio no país é realizada por meio do preenchimento de um formulário do Comitê Nacional para Refugiados, (Conare), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, que pode ser realizado em uma unidade da Polícia Federal. A solicitação não possui custo, é necessário estar presente em território nacional, e o tempo estimado para a prestação do serviço é entre 12 e 24 meses (BRASIL, 2021a).

Além disso, todos os estrangeiros que residem no Brasil precisam dispor da Carteira de

Registro Nacional Migratório (CRNM), que se trata de uma identificação civil, com dados biográficos e biométricos, sendo o documento mais importante para os estrangeiros que estão em situação de permanente, temporário, refugiado, apátrida ou asilado. Para adquirir essa documentação, é necessário registro de imigrante detentor de visto temporário, ou autorização de residência deferida, ou nos casos de os refugiados, apátridas ou asilados já serem reconhecidos pelos respectivos órgãos (BRASIL, 2021b).

A Nova Lei de Migração do país, Lei n. 13.445/2017, reflete um progresso para os imigrantes que residem no Brasil, entre outros aspectos, pode-se destacar o direito à liberdade, segurança, universalidade e prevenção à xenofobia e ao racismo. Contudo, essa Lei ainda apresenta contrapontos referentes ao antigo Estatuto do Estrangeiro e obstáculos para sua efetivação (BERTOLDO; RICARDO, 2017; MENDES; BRASIL, 2020). Quanto ao refúgio, este é regulamentado no país pela Lei n. 9474/97, que estabelece que o refugiado possui os mesmos direitos que qualquer outro estrangeiro no Brasil, assim como define um sistema que facilita a solicitação de refúgio e entrada dos refugiados no país, fornecendo uma documentação provisória, que lhes permitem transitar e trabalhar no país, enquanto não recebem um retorno quanto ao seu pedido de refúgio, além da garantia de outros direitos, como acesso aos sistemas públicos de saúde e educação. Há algumas críticas sobre essa legislação, como a ausência de um prazo específico de resposta ao pedido de refúgio, o que pode prolongar a decisão e espera do solicitante de refúgio, além da falta de cooperativas que poderiam auxiliá-los na integração laboral (ROGUET, 2009).

Conforme Sayad (1998), nos processos migratórios internacionais, o espaço referente aos deslocamentos não é considerado um espaço apenas em âmbito físico, mas também cultural, social, político e econômico. Assim, quem está se deslocando para residir em outro país costuma enfrentar problemas com o idioma, perda de vínculos afetivos, dificuldades culturais, desafios econômicos, discriminação, xenofobia, além de barreiras físicas e legais (ZAMBERLAM et al., 2009).

Dessa maneira, alguns estudos passaram a dar maior destaque aos aspectos culturais, sociais, econômicos e de acessibilidade relativos aos processos migratórios. No entanto, por muito tempo as pesquisas sobre esses processos não incluíam uma perspectiva de gênero, ainda hoje se observa que parte dos estudos sobre essa temática desconsidera esse enfoque, tornando as mulheres invisíveis nesse processo, ou apenas caracterizadas como companheiras e dependentes dos sujeitos do gênero masculino, considerando o homem como o personagem ativo e subentendido nessa ação, desconsiderando-se, portanto, o papel histórico da mulher nessas experiências (OIM, 2014).

Contudo, estudos demonstram um fenômeno conhecido como Feminização da Migração, o qual evidencia que, nos processos migratórios contemporâneos, a quantidade numérica de mulheres é maior do que anteriormente e que elas migram de forma ativa e autônoma, frequentemente realizam o movimento sozinhas ou, muitas vezes, com um papel de líder na migração familiar, modificando a imagem estereotipada da mulher que migra como dependente e frágil, e reconhecendo a necessidade do enfoque de gênero nesse processo (NEVES et al, 2016; RAMOS, 2010; OIM, 2014; ALENCAR-RODRIGUES; STREY; ESPINOSA, 2009; MARINUCCI, 2007).

No atual contexto, identificam-se diversos motivos para a migração feminina, que vão além do vínculo com a figura masculina e questões familiares, como o intuito de melhores oportunidades de trabalho, capacitação profissional, aumento da renda e ampliação da rede de contatos, com o objetivo de sair da condição de precariedade, falta de reconhecimento e opressão a que são submetidas nos grupos familiar e comunitário em seus países de origem (DUTRA, 2013).

No entanto, é fundamental atribuir maior destaque e importância para esse movimento, tendo em vista que, além de as mulheres estarem expostas aos fatores de vulnerabilidade feminina, como riscos de violência de gênero, sexual e desigualdades laborais, também estão suscetíveis às vulnerabilidades sociais, econômicas, culturais e linguísticas que frequentemente as pessoas que mudam de país apresentam (IOM, 2019; HENNEBRY; PETROZZIELLO, 2019; NOBRE, 2015). Além disso, há ainda a vulnerabilidade relacionada ao fator raça que, ao se interseccionar com as outras vulnerabilidades citadas, pode multiplicar a vulnerabilidade social das mulheres. Todas essas condições podem aumentar os fatores de risco para o sofrimento, influenciando na saúde mental das mulheres imigrantes e refugiadas (DELARA, 2016).

Como agravante, essa população costuma apresentar indicadores de saúde inferiores em relação a autóctone, sendo identificadas iniquidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde utilizados, assim como na condição de saúde de mulheres que passaram por processos migratórios (WHO, 2010; TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2010).

É importante esclarecer que a Organização Mundial da Saúde define saúde mental como um estado de bem-estar em que o sujeito é capaz de perceber e fazer uso das suas competências e capacidades, lidar com o estresse, ser produtivo e cooperar em seu grupo social, logo, não se trata simplesmente de ausência de transtorno mental, uma vez que essa definição envolve algo mais amplo, tal como o próprio bem-estar geral das pessoas (WHO, 2001). Diante disso, nesse estudo será adotada a definição de saúde mental como um estado integral, com uma

compreensão de sofrimento psicossocial que abrange o psíquico, emocional, afetivo e social, em uma condição não necessariamente afetada por um transtorno psicológico ou deficiência e, portanto, não partindo de um ponto de vista médico, mas de determinante social, de um estado de sofrimento social de perspectiva antropológica em que não há propriamente uma definição médica estabelecida, destacando os aspectos socioculturais do sofrimento humano, em que fatores sociais, econômicos, políticos e culturais influem e geram tal sofrimento (VICTORA, 2011), ou seja, uma noção de “sofrimento psicossocial”, em um estado amplo de desconforto, abrangendo todas essas camadas e dimensões, tendo em vista que o sofrimento psíquico se relaciona a determinadas vulnerabilidades e condições de vida (FARINHUK; SAVARIS; FRANCO, 2021). Desse modo, o sofrimento psicossocial envolve a violência das relações sociais perante o capital no mundo contemporâneo (CANIATO, 2000).

Além disso, abordamos uma definição de vulnerabilidade social baseada em Castel (1997, 2005), que a compreende mediante dois eixos: o econômico e o social, por meio da inserção das pessoas nas relações socioeconômicas que envolvem a precarização dos processos de trabalho e a fragilidade das redes de suportes sociais e familiares.

Para suporte e maior fundamento sobre a temática, foi realizada uma revisão de literatura integrativa, cujo objetivo foi buscar na literatura científica resultados de estudos sobre os efeitos na saúde mental causados pelos processos migratórios em mulheres imigrantes ou refugiadas, assim a questão norteadora da revisão foi “quais evidências estudos científicos apresentam sobre os efeitos na saúde mental causados pelos processos migratórios em mulheres imigrantes ou refugiadas?”.

As bases de dados elencadas para o estudo foram CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*), Scopus, SciELO (*Scientific Eletronic Library on Line*) e Web of Science. Foram selecionados estudos publicados entre os anos de 2015 até 2020, em inglês, português e espanhol, sendo o período de investigação estabelecido com fins de delimitar a análise com estudos atuais, mas incluindo o aumento do fluxo migratório de 2015, com mais de um milhão de imigrantes e refugiados se deslocando para a Europa.

Assim, com base na extração e síntese dos estudos selecionados para a revisão, bem como na classificação dos níveis de evidência científica destes, tendo como referência a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2014), identificou-se que o processo migratório está relacionado a determinados traumas e estresses, capazes de afetar a saúde mental de mulheres imigrantes e refugiadas.

Os resultados também apontaram diversos fatores que aumentam os riscos de sofrimento nas imigrantes e refugiadas, como a discriminação sofrida, dificuldades econômicas, isolamento social e experiências traumáticas no processo migratório. Dessa forma, concluiu-se que as mulheres imigrantes e refugiadas são um grupo vulnerável e que apresentam múltiplos elementos de riscos que interferem na saúde mental. Fatores como região de origem, local de destino e os diversos estresses e traumas que as mulheres experienciaram em todas as fases dos processos migratórios (pré-migração, migração e pós migração) mostraram-se importantes variáveis.

Nota-se que a ausência de conhecimento e de formação adequada dos profissionais para trabalhar com esse público fazem com que a assistência em saúde a esses indivíduos seja consideravelmente complexa (YAJAHUANCA, 2015). Alguns estudos apontam que a diversidade de cultura, a diferença de linguagem e a discriminação sofrida nesses ambientes podem dificultar o acesso dessas mulheres aos atendimentos de saúde, tendo em vista a preparação insuficiente dos profissionais para trabalhar em meio às diferenças culturais desse grupo (WALDMAN, 2011; ROCHA et al., 2015).

Desse modo, o desenvolvimento da competência cultural por parte dos profissionais de saúde torna-se fundamental para que sejam realizados cuidados consistentes e culturalmente sensíveis às pessoas de diferentes culturas e países de origem. Assim, a capacitação dos profissionais de saúde deve enfatizar um cuidado transcultural, preparando os profissionais para realizar intervenções de saúde que sejam compreensivas e harmônicas culturalmente (VILELAS; JANEIRO, 2012).

Na Enfermagem, a Teoria do Cuidado Transcultural, desenvolvida pela enfermeira Madeleine Leininger, trata de uma área de estudo e pesquisa com enfoque nos valores, crenças e cuidado sobre uma perspectiva holística e cultural, demonstrando que o profissional enfermeiro precisa expandir e incorporar seu conhecimento para as similaridades e diferenças humanas, de modo que o cuidado de Enfermagem compreenda as diversidades culturais dos grupos e indivíduos (LEININGER, 1995; 1999).

Desse modo, o processo educacional desses profissionais deve favorecer a compreensão de que eles estão inseridos em diversas comunidades transculturais, e o conhecimento e sensibilidade sobre essas diferentes culturas são necessárias para um cuidado competente culturalmente (LEININGER, 1995).

Nesse sentido, é de fundamental importância buscar uma assistência holística e apoiada nas necessidades culturais individualizadas para cada pessoa, de modo a estimular os

profissionais de saúde a buscar compreender as diversidades culturais, quanto a crenças, valores, costumes e conceito de saúde em que os sujeitos estão inseridos (SILVA, 2017).

Conforme Pussetti (2010), a dificuldade dos profissionais da saúde para se relacionar com pacientes procedentes de outras culturas e regiões é ainda mais agravante nos campos da psiquiatria e psicologia, já que o processo de tratamento ocorre em grande medida por meio da fala.

A vulnerabilidade psicológica das pessoas em processos migratórios envolve o sofrimento individual associado à exclusão, à discriminação sofrida e a debilidades, como as laborais e habitacionais, entre outros aspectos (PUSSETTI, 2010). No caso das mulheres imigrantes ou refugiadas, isso ainda se soma a estressores que impactam na saúde mental e física, como o risco de violência de gênero e sexual (BIRCHALL, 2016), além da opressão de gênero que, entre outros aspectos, resulta na desigualdade das mulheres no capitalismo e mercado de trabalho (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Estudos demonstram que fatores sociais, ambientais e econômicos, como o fato de desenvolverem diversos papéis na sociedade, tornam as mulheres mais susceptíveis às doenças mentais, o que reflete diretamente em sua qualidade de vida e saúde (MIRANDA; TARASCONI; SCORTEGAGNA, 2008; WHO; CALOUSTE GULBENKIAN, 2014). Conforme Oliveira et al. (2017), quanto mais intensas as desigualdades de gênero, maiores as chances de as mulheres sofrerem com diversos tipos de violência, submissão e subordinação, resultando em sentimentos negativos e prejudiciais.

Sendo assim, em estudos sobre mulheres em processos migratórios, torna-se essencial uma abordagem inter-relacional e, principalmente, interseccional entre as várias questões relativas a esses grupos, para uma adequada compreensão das dificuldades e do processo de adaptação que as mulheres enfrentam (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2010). Interseccionalidade é o termo designado para o cruzamento dos diferentes modos de diferenciações sociais e de desigualdades, sendo mencionado pela primeira vez, em 1989, pela teórica feminista estadunidense Kimberlé Crenshaw, ao apresentar que as relações de poder de raça, gênero e classe não poderiam ocorrer de modo isolado, mas interseccionado. Apesar de o termo ter sido apresentado apenas em 1989, bem anteriormente a esse período, já havia sido identificada e discutida a importância dessa articulação (HENNING, 2015).

No Brasil, a socióloga brasileira Heleieth Saffioti realizou contribuições ao tema da interseccionalidade, tornando-se referência brasileira no campo de gênero (SILVA, 2019). De acordo com Saffioti, a realidade social reúne três contradições: classe social, raça/etnia e gênero, sobrepostas de maneira que não operam de modo livre e desagregado, mas unificado.

Esse fenômeno foi nomeado pela autora como teoria do nó (SAFFIOTI, 2011), por meio da qual ela esclareceu que as análises de gênero não devem ocorrer de modo separado das análises de classe e raça, como se fossem fatores isolados, uma vez que essas três subestruturas estão enlaçadas pelo nó, por meio de uma organização de poder produzida historicamente.

Hirata (2014) expõe que a interseccionalidade é considerada um modo de combater as diversas formas de opressões, logo um dispositivo de luta política. Levando-se em consideração as abordagens mencionadas anteriormente acerca da condição de inseparabilidade entre determinadas condições sociais, esse estudo será realizado com base na abordagem da interseccionalidade entre gênero, raça e condição socioeconômica.

Com esta abordagem, destaca-se o esclarecido por Peres e Baeninger (2013), acerca dos processos migratórios femininos se tratarem de um fenômeno complexo, com múltiplas variantes, que se alteram conforme o contexto estabelecido, sendo necessária uma ampla exploração, de modo a abranger o movimento em toda sua especificidade. Nesse sentido, o gênero será interseccionado a condições socioeconômicas e de raça como condicionantes das condições migratórias e de refúgio da vida cotidiana de mulheres.

Diante do exposto, fica claro que, para os cuidados em saúde mental da mulher imigrante ou refugiada, é fundamental considerar diversos fatores como relações, condições de vida e contexto sociocultural em que elas estão inseridas, tendo em vista que a saúde das pessoas sofre forte influência de determinantes sociais, como o contexto socioeconômico, político, as condições materiais da vida, habitação, emprego, alimentação, raça, gênero, entre outros. Assim, é possível compreender que os determinantes sociais da saúde são um componente importante para a análise da saúde mental da mulher imigrante ou refugiada (SOLAR; IRWIN, 2010).

Mulheres em todas as regiões do mundo se deslocam, deixando seus países, suas famílias e redes de apoio para uma distinta realidade que possibilite novos caminhos e oportunidades (DUTRA; BOTEGA, 2014), no entanto, sem a saúde física e mental, essa experiência não tem como ser positiva.

Desse modo, esse estudo tem como objetivo analisar os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo, tendo em vista a importância de produções que avancem na discussão e conhecimento sobre a problemática da imigração e refúgio, interseccionando gênero com raça e condição socioeconômica.

2. MARCO TEÓRICO

Esta pesquisa tem como marco teórico o modelo conceitual de determinantes sociais da saúde (DSS) da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health by the World Health CSDH-WHO*), que busca explicar sobre como o modo no qual a sociedade está organizada, no que concerne às relações sociais, diretrizes e organizações, interfere na saúde das pessoas, ao produzir desigualdades em saúde, bem como quais atitudes o governo e a saúde pública podem assumir (SOLAR; IRWIN, 2010).

Apesar das similaridades biológicas entre as pessoas, a doença e a saúde ocorrem de maneiras distintas nas diferentes sociedades, comunidades, classes e grupos sociais (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde define os determinantes sociais da saúde como os aspectos econômicos, sociais, étnicos, culturais e psicológicos que influem nos problemas de saúde dos indivíduos, ao passo que, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde são as conjunturas sociais nas quais os sujeitos vivem e desenvolvem seus trabalhos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com Raphael (2004), os determinantes sociais da saúde são condições sociais e econômicas que influenciam na saúde das pessoas e comunidades, determinando se os indivíduos ficam sãos ou enfermos e a dimensão na qual se possui acesso a recursos para reconhecer, buscar e satisfazer suas necessidades, além de enfrentar seu ambiente. Krieger (2001) interpreta os DSS como os fatores e recursos nos quais as condições sociais intervêm na saúde, podendo ser alterados por meio de intervenções informadas.

Para Bedran-Martins e Zioni (2016), existem diferentes definições sobre os determinantes sociais da saúde, no entanto os distintos conceitos concordam que os DSS são relativos às condições de saúde dos sujeitos e dos grupos sociais, sendo a saúde dessas pessoas definida pelo modo no qual a sociedade está estabelecida e reparte recursos econômicos e sociais.

Diversos modelos foram propostos para compreensão dos determinantes sociais da saúde, sendo um deles o modelo de Dahlgren e Whitehead (2007), que elucida os principais fatores que influenciam a saúde das pessoas, abrangendo desde características individuais até condições econômicas, culturais e ambientais que as cercam (macro-determinantes). Assim, esse modelo insere os determinantes sociais da saúde em níveis distintos, sendo o primeiro na esfera individual, em que são consideradas características como idade, gênero e fatores genéticos; no nível acima são dispostos fatores comportamentais e de estilo de vida; seguindo para um próximo nível que apresenta as interações combinadas nas comunidades, por meio de redes

comunitárias e de apoio, o que representa o grau de capital social da sociedade. O nível seguinte apresenta as condições de vida e de trabalho, acesso a alimentos e habitação, o que indica que os indivíduos em desvantagem social apresentam maior risco devido às condições de habitações, menor acesso aos serviços e maior exposição aos fatores de risco. Por fim, o último nível demonstra as condições econômicas, ambientais e culturais, sendo os macrodeterminantes que atuam sobre todos os outros e os influenciam (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Outro modelo de determinantes sociais da saúde é o de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead, em 2001, que destaca a criação da segmentação social causada pelo contexto social, enquadrando as pessoas em diferentes posições sociais que provocam desigualdades em saúde. Esse modelo representa o processo no qual cada pessoa ocupa uma determinada posição social devido à estrutura e aos sistemas sociais. Conforme a posição, os indivíduos ficam mais ou menos sujeitos a dessemelhanças como exposição a fatores que ocasionam prejuízos à saúde; vulnerabilidade a doenças, após exposição específica a estes riscos e, por fim, as consequências após contrair uma patologia ou condição de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com os modelos de determinantes sociais da saúde mencionados anteriormente, os indivíduos são extremamente influenciados por suas posições na sociedade, dos níveis econômicos e macrosociais até os mais voltados a fatores individuais, logo uma pessoa terá acesso a melhores serviços e recursos de saúde, melhores condições ambientais, de saneamento e moradia, maior acesso à alimentação e demais recursos fundamentais, de acordo com a sua posição social (BEDRAN-MARTINS, 2010).

Um marco importante para o destaque dos determinantes sociais da saúde foi a Declaração de Alma-Ata, que ocorreu em 1978 e possuía como lema a saúde para todos no ano 2000. O propósito dessa declaração era reafirmar que a saúde é um direito humano fundamental, que alcançar o mais alto nível de saúde é a meta social mundial de maior relevância, além de evidenciar que para conquistar esse objetivo seria necessária a ação de outros setores além do setor saúde, como os setores social e econômico. A declaração também reforçava os determinantes sociais da saúde, apesar de ainda não utilizar esse termo, e a participação das pessoas e de suas comunidades, assim como a importância dos cuidados primários de saúde, como a chave necessária para que os povos alcancem o patamar em saúde esperado (BRASIL, 2002).

Com discussões baseadas nos avanços atingidos por meio da Declaração de Alma-Ata, no documento da OMS sobre Saúde para Todos, bem como no debate da Assembleia Mundial

da Saúde acerca das ações intersetoriais, foi realizada, em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (Canadá), na qual foi esclarecido que promoção da saúde é um processo de instrução dos grupos sociais para atuarem na melhoria de suas próprias qualidades de vida e saúde, trabalhando com um sentido de saúde que reforça os recursos sociais e pessoais, não sendo de responsabilidade apenas do setor da saúde. Além disso, foram definidos que as condições e os mecanismos necessários para a saúde são paz, ecossistema estável, recursos sustentáveis, habitação, alimentação, educação, renda, justiça social e equidade (BRASIL, 2002).

No Brasil, desde o início do século XX, busca-se compreender a relação entre os determinantes socioeconômicos e a saúde, a fim de se criar intervenções nesse âmbito. Em razão disso, em 1986, diversos setores da sociedade uniram-se em prol do movimento da Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que mais de cinco mil representantes de variados segmentos da sociedade articularam um novo modelo de saúde para o país. A Reforma Sanitária culminou na inclusão da saúde como direito de todo cidadão e um dever do Estado na Constituição de 1988, assim como na criação do Sistema Único de Saúde – SUS, com os princípios de universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade nos serviços (CARVALHO; BUSS, 2014; SOUSA, 2014)

A partir da década de 1990, as Nações Unidas têm organizado diversos encontros mundiais para tratar de assuntos de destaque para a humanidade, resultando em indicações de políticas de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, especialmente com enfoque na redução das iniquidades sociais e em saúde (CARVALHO, 2013).

Assim, o conceito sobre os determinantes sociais da saúde começou a receber maior atenção no século XX, quando as ciências da saúde passaram a ser compreendidas também como sociais (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013) e principalmente após a declaração de Alma-Ata. Contudo, apenas no início do século XXI, voltou-se efetivamente à construção de políticas e ações em saúde. Dessa forma, a partir de 2005, por meio da criação da Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH), pela Organização Mundial da Saúde, iniciou-se uma ação de organização das informações e de criação de políticas pensadas para esse tema, ocasionando uma ampliação da visão de saúde em sociedade e um componente extremamente importante para as estratégias em saúde (CARVALHO, 2013).

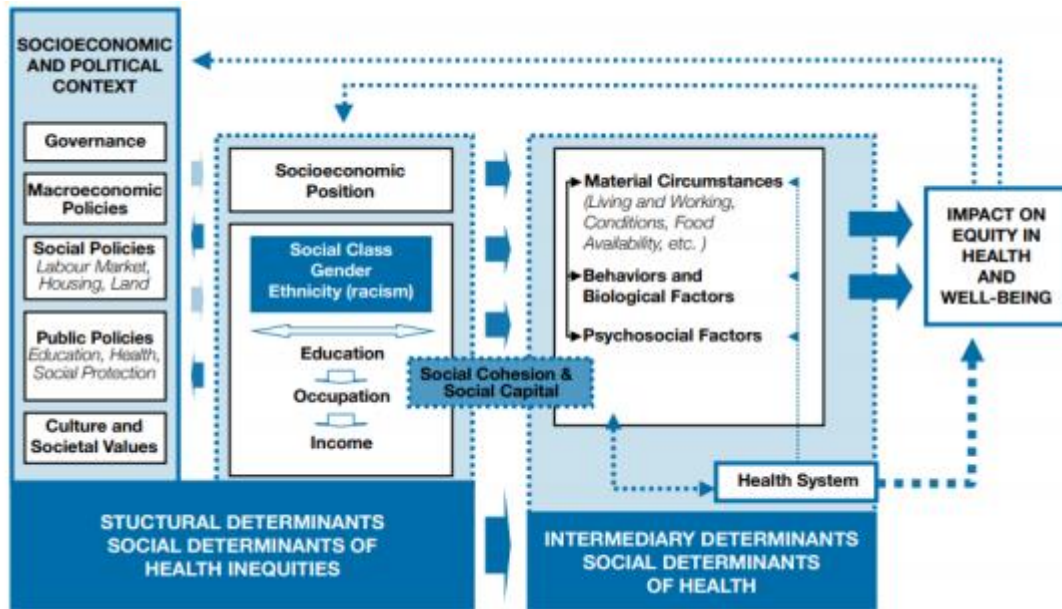
No Brasil, como reação à comissão global criada pela OMS, nasceu, em 2006, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), tendo como um dos objetivos principais firmar e articular a ação do poder público, centros de pesquisa e da sociedade civil quanto aos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2006). A CNDSS

desenvolveu, assim como a CSDH da OMS, um relatório final da comissão que, no caso da nacional, apresentou informações e orientações para a criação de políticas relacionadas aos determinantes sociais, caracterizando a situação de saúde do país, com foco nas informações sobre as iniquidades em saúde, ocasionadas pelos determinantes sociais, sugerindo políticas, assim como programas e intervenções relacionados aos determinantes sociais da saúde, como as voltadas ao mercado de trabalho e à promoção da qualidade de vida. Além disso, as atividades realizadas pela Comissão para alcançar suas metas foram expostas nesse documento (CNDSS, 2008). Entre os modelos dos DSS, a CNDSS adotou como base o de Dahlgren e Whitehead (2007), para desenvolver suas atividades e o relatório final, em razão da facilidade de compreensão e clareza desse modelo (CNDSS, 2008).

No âmbito internacional, a CSDH convidou a OMS e todos os governos nacionais para conduzirem um trabalho sobre os determinantes sociais da saúde, tendo como meta conquistar a igualdade em saúde em nível global (CSDH, 2008). A Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS também desenvolveu uma estrutura conceitual que combina diversos elementos dos modelos anteriores, representando um avanço significativo nesse tema, sendo o referencial teórico dessa pesquisa.

Nesse sentido, a estrutura da CSDH demonstra como mecanismos sociais, políticos e econômicos produzem um conjunto de posições socioeconômicas, propiciando que as populações sejam divididas conforme aspectos como a renda e o gênero. As posições socioeconômicas resultam em uma estratificação social da população que vai determinar as desigualdades no âmbito da saúde. Desse modo, de acordo com o próprio *status* social, as pessoas e grupos vivenciam diferenças significativas na exposição e vulnerabilidade aos fatores de risco em saúde (SOLAR; IRWIN, 2010). A seguir consta a estrutura conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde.

Figura 1. Forma final da estrutura conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde.



Fonte: Solar e Irwin (2010, p. 6).

Desse modo, conforme é possível identificar na figura 1, a forma final da estrutura conceitual da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde demonstra as conexões entre os determinantes sociais, divididos em estruturais e intermediários. Os determinantes estruturais são os determinantes das iniquidades em saúde e encontram-se na primeira coluna da estrutura, sendo formados pelo contexto socioeconômico e político, mecanismos estruturais e a posição socioeconômica das pessoas. Os contextos socioeconômico e político retratam os fatores que produzem e reforçam hierarquias sociais, sendo compostos pela cultura e valores sociais; políticas públicas em áreas como educação, saúde e saneamento; políticas sociais afetando fatores como emprego e posse de terra; políticas macroeconômicas abrangendo políticas fiscais e monetárias; e governança. Os mecanismos estruturais provocam divisões da população de uma sociedade, produzindo estratificação e classes sociais, influenciando na posição socioeconômica dos grupos e indivíduos por meio das hierarquias de poder, influência e acesso a serviços e recursos, além disso estão consolidados nas organizações socioeconômicas e políticas, assim como em seus modos de funcionamento. Assim, a população é estratificada socialmente de acordo com fatores como, renda, educação, ocupação, classe social, gênero e raça/etnia (SOLAR; IRWIN, 2010).

Os determinantes estruturais exprimem a desigualdade na divisão de fatores como bens financeiros, prestígio e poderio na sociedade, como as classes sociais, distribuição de renda nos países, a discriminação e preconceito relacionados a gênero, raça e condições socioeconômicas, além de organizações políticas e governanças que estimulam as iniquidades voltadas ao poder

econômico (CARVALHO, 2013). Os determinantes sociais estruturais agem sobre determinantes intermediários de modo a intervir nos resultados em saúde. As categorias de determinantes intermediários da saúde são: circunstâncias materiais, como as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia, qualidade da vizinhança e os recursos para consumo; psicossocial, que comportam estressores psicossociais, conjunturas de vida estressantes, suporte e enfrentamento (ou a falta deste); fatores comportamentais e biológicos, como consumo de tabaco, álcool e atividade física, sendo que os biológicos também englobam os fatores genéticos das pessoas; além do próprio sistema de saúde como determinante social (SOLAR; IRWIN, 2010).

O sistema de saúde, enquanto determinante social intermediário, tem como papel atuar por meio do acesso à saúde, que abrange diferenças de exposição e vulnerabilidade, de ações intersetoriais administradas pelo setor de saúde, assim como no intermédio dos resultados das doenças nas vidas dos sujeitos (SOLAR; IRWIN, 2010). Desse modo, os serviços de saúde podem reduzir a vulnerabilidade e exposição aos fatores de risco e, especialmente, as consequências da exposição a esses fatores, sendo, portanto, o acesso equitativo aos serviços de saúde extremamente relevante para diminuir a vulnerabilidade e exposição de indivíduos e grupos (CNDSS, 2008).

As diferenças socioeconômicas de saúde ocorrem quando a qualidade desses fatores intermediários é dividida entre as classes socioeconômicas de modo desigual. Assim, o *status* socioeconômico vai definir o comportamento de um indivíduo ou grupo, bem como as condições de vida, trabalho e outros demais fatores, determinando o nível de exposição e prevalência de problemas de saúde, logo a posição social determina a saúde dos sujeitos por meio dos fatores intermediários (SOLAR; IRWIN, 2010).

Na figura 1, é possível visualizar que o capital social está entre os determinantes estruturais da saúde e os intermediários, interligando os dois tipos de determinantes, pois o capital social possui elementos que integram a estrutura de uma sociedade, como a cultura societária que caracteriza o tipo de coesão social dessa sociedade e se manifesta nas circunstâncias materiais da vida ao representarem formas de coesão na comunidade. O capital social refere-se à qualidade de uma sociedade em apresentar ligações fortes de solidariedade e apoio, quanto maior é essa aliança em uma comunidade, com investimentos em redes de apoio social e maior participação social, mais favorável será o impacto na promoção e proteção em saúde, tanto individual quanto coletivo daquele local (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOLAR; IRWIN, 2010).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), os determinantes sociais da saúde estão fundamentados em três principais pontos: reduzir as iniquidades em saúde, progredir com a saúde e expandir o bem-estar, atingindo os propósitos em saúde e, por fim, a organização esclarece que é necessário realizar ações nos determinantes sociais para que os objetivos da sociedade, que necessitam de uma distribuição de recursos e serviços justa e compartilhada na saúde, sejam conquistados.

A estrutura conceitual da CSDH demonstra que as intervenções e políticas para conter as iniquidades em saúde não devem se resumir a ações voltadas apenas aos determinantes intermediários, mas também incorporar políticas desenvolvidas para combater os mecanismos sociais responsáveis pela divisão desigual dos determinantes da saúde entre a população. Diante disso, enfrentar os determinantes sociais da saúde demanda um processo político que abrange a agência de comunidades desfavorecidas e o compromisso do Estado, com vistas a esclarecer a diferença entre as causas sociais de saúde e as questões de aspectos sociais que estabelecem a distribuição desigual dessas causas (SOLAR; IRWIN, 2010).

Desse modo, conforme Solar e Irwin (2010), são importantes três condutas para enfrentar os DSS, referentes a ações políticas: técnicas para moldar ou atingir o contexto socioeconômico, ações intersetoriais (realização de trabalho integrado entre os setores), além de participação social e empoderamento. Contudo, é necessário que o governo seja capaz de conduzir e alinhar as organizações para que a saúde se torne um objetivo global, sendo fundamental a construção da governança, na qual todos os setores se tornam responsáveis e realizam ações com foco na redução das iniquidades em saúde (WHO, 2011).

Além disso, é fundamental abordar as desigualdades de gênero nas organizações sociais, como na legislação e no modo como as instituições funcionam e são conduzidas, buscando a criação de leis que oportunizem a igualdade de gênero e condene esse tipo de discriminação (CARVALHO, 2013), assim como, em relação às desigualdades raciais e de classe.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desenvolveu uma política em saúde que convida os Estados a considerarem a relação entre raça/etnia e saúde, sob uma perspectiva intercultural, para contribuir com a eliminação das barreiras de acesso aos serviços e, assim, alcançar melhores resultados de saúde para afrodescendentes, povos indígenas e outros grupos étnicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), diversos países estão buscando concretizar intervenções baseadas nos DSS, demonstrando que a Comissão dos determinantes sociais da saúde conseguiu sensibilizar e conduzir o conhecimento sobre esse tema, criando a esperança de que é possível resolver o problema da desigualdade em saúde, por

meio de condutas voltadas aos determinantes sociais. No entanto, ainda de acordo com a organização, o avanço nos países está ocorrendo de modo lento, e as nações que estão apresentando resultados são aquelas que já desempenhavam anteriormente ações com esse foco. Assim, considerando essa vagarosidade dos países, a meta da comissão é incentivar estratégias políticas nos países para solucionar as questões dos determinantes sociais da saúde de modo universal (WHO, 2011).

Conforme Lopes (2017), embora o modelo dos DSS da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde seja valorizado por alguns teóricos, recebeu severas críticas por parte de diversos estudiosos que os consideram, entre outros aspectos, reducionista. A principal crítica a esse modelo é o da Determinação Social dos processos saúde-doença da Epidemiologia crítica de Jaime Breilh, modelo predominante na América Latina (BREILH, 2006).

Apesar de as críticas fazerem certo sentido, utiliza-se o modelo conceitual da OMS, uma vez que ele apresenta fatores determinantes coerentes com as categorias utilizadas nessa pesquisa, que é centrada em uma questão social (processos migratórios), enquanto as categorias de intersecção do estudo (gênero, raça e condições socioeconômicas) são voltadas a determinantes estruturais. Logo, estamos diante de um fator social que, somando-se aos fatores de gênero, raça e condições socioeconômicas, podem influenciar na saúde e em seus fatores de risco, com enfoque na saúde mental das mulheres participantes. Desse modo, os determinantes sociais da saúde fundamentam as categorias de estudo dessa pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo.
- Identificar as histórias relacionadas aos processos migratórios das mulheres participantes do estudo.
- Identificar se as mulheres participantes do estudo apresentam sofrimento psicossocial relacionado aos processos migratórios e, caso positivo, demonstrar as principais razões que as levam a isso.
- Identificar se os efeitos dos processos migratórios na saúde mental são potencializados pela condição socioeconômica, de gênero e raça das mulheres participantes do estudo.
- Identificar quais os serviços e estratégias que as mulheres participantes do estudo utilizam para buscar atendimento voltado ao sofrimento psicossocial.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4. 1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo transversal de caráter qualitativo, cujos instrumentos de coleta de dados foram questionários sociodemográficos e entrevistas semiestruturadas.

4.2. Cenário e local do estudo

A pesquisa foi realizada em São Paulo, cidade com uma população estimada em 12.325 milhões de habitantes (IBGE, 2021). A metrópole é considerada um dos principais polos financeiros da América Latina e conhecida como um local atrativo para imigrantes, com um histórico de intensa movimentação migratória, desde o período do Brasil colônia, com a chegada de portugueses e africanos, depois a partir do final do século XIX, com a vinda de milhares de imigrantes italianos, japoneses, árabes, coreanos, sírios, entre outros. Além de um expressivo fluxo migratório interno, em especial das regiões norte e nordeste do país (SCIELO, 2013).

Desse modo, São Paulo é considerada uma rota receptora de milhares de imigrantes e refugiados que se deparam com diversos obstáculos de acesso a países desenvolvidos, vislumbrando na metrópole paulista uma opção de abrigo, possibilidade de trabalho e reconstrução de vida. Todo esse processo histórico tornou a cidade multicultural, com fortes contribuições e influências de migrantes, tanto internacionais quanto nacionais, em seu desenvolvimento econômico e social (PACHI, 2019).

Contudo, se no século XIX os fluxos migratórios eram mais intensos de pessoas do Norte global, como europeus, atualmente esses fluxos para a cidade de São Paulo são mais frequentes de outras regiões do mundo, como América Latina e Caribe, logo do Sul global. Conforme o relatório de migração anual de 2020, OBMigra, essa mudança nos fluxos migratórios do Brasil foi causada por fatores da economia e geopolítica mundial, como a crise econômica dos Estados Unidos, em 2007, o desenvolvimento econômico e social do país, na década de 2000, e a imagem de grande potencial que o Brasil representava nesse período (SVAMPA, 2015; CAVALCANTI, 2017 apud CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

Ainda de acordo com o relatório, no início da década de 2010, a maioria dos registros de mulheres imigrantes era realizado no estado de São Paulo, contudo, a partir da segunda metade dessa década, foram identificados outros importantes locais de registros das imigrantes, como o estado de Roraima. Entre 2016 e 2019, São Paulo ainda é o estado que mais obtém

solicitações de refúgio de mulheres, no entanto Roraima também passou a receber uma quantidade relevante de solicitações de mulheres refugiadas, principalmente de países da Venezuela, Cuba e Haiti. Mulheres imigrantes originárias destes mesmos 3 países também representam as principais registradas na segunda metade da década de 2010 (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

Conforme os dados do observatório das Migrações em São Paulo da Nepo/Unicamp, no ano de 2000, a cidade de São Paulo apresentou 5.084 registros de migrações internacionais de três principais países de origem: Estados Unidos, China e Japão, sendo 35% dessa população representada por mulheres, em comparação com os dados de 2019, foram verificados 24.034 registros de migrações internacionais, principalmente dos países de origem: Bolívia, Venezuela e Haiti, sendo 43% dessa população representada por mulheres. Logo, em quase 20 anos, houve uma diferença significativa em relação ao país de origem, à quantidade de pessoas de outros países que residem no Brasil e a representantes femininas dessas populações na cidade de São Paulo (NEPO/UNICAMP, 2021).

O primeiro local selecionado para a pesquisa foi a Caritas Arquidiocesana de São Paulo, uma organização não governamental da Igreja Católica, vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, que atua em defesa dos direitos humanos. No Brasil, a Cáritas foi fundada em 1956, como uma associação membro da Cáritas Internacional, no entanto, na cidade de São Paulo, foi instituída apenas em 1968, associada à Arquidiocese de São Paulo (CARITAS BRASILEIRA, 2021; CARITAS SÃO PAULO, 2021b).

A Cáritas Arquidiocesana de São Paulo atua em conjunto com a Rede Interinstitucional em Prol dos Imigrantes e Refugiados, que tem como propósito promover melhores condições de vida para esses grupos em São Paulo, está localizada no bairro da Sé, zona central da cidade, e presta serviços de acolhida e orientação para refugiados de diversas regiões do mundo que estão na cidade de São Paulo, por meio de programas de assistência, integração, proteção e saúde mental (CARITAS SÃO PAULO, 2021a)

O programa de assistência auxilia na busca de moradia, nos encaminhamentos para Unidades Básicas de Saúde, na entrega de cestas básicas e outros mantimentos, além de atuar com mulheres vítimas de violência doméstica, pessoas com alto nível de vulnerabilidade e outros. O programa de integração ajuda na busca de empregos, encaminhamentos para aulas de português, direcionamentos para documentos e direitos trabalhistas bem como no atendimento do PARR – Programa de Apoio para a Recolocação dos Refugiados. O programa de proteção busca defender os direitos dos refugiados no país e o de saúde mental presta atendimento a pessoas que passaram por situações traumáticas ou que estão com dificuldades de se adaptar ao

Brasil, por meio de escuta em grupo e da intervenção com a rede de saúde mental, tanto pública quanto privada. Além disso, a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo atua com o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), recomendando ações e inclusões na normativa brasileira para refugiados (CARITAS SÃO PAULO, 2021a).

O segundo local selecionado para a pesquisa foi a Missão Paz, uma instituição filantrópica localizada na cidade de São Paulo, no bairro da Liberdade, região central da cidade, que trabalha com imigrantes e refugiados em São Paulo. A Missão Paz de São Paulo faz parte de uma rede internacional política que atua em benefício de imigrantes e refugiados. Foi fundada em 1939 por Missionários de São Carlos, conhecidos como Scalabrinianos, e presta serviços para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo por meio da Casa do Migrante, que possui capacidade para atender até 110 pessoas, com auxílio na alimentação, material para higiene pessoal, entre outros; do Centro de Estudos Migratórios (CEM), um local destinado a estudo e pesquisa, que conta com uma biblioteca com material sobre migração; Igreja Nossa Senhora da Paz, que realiza o acolhimento de três paróquias, atuando com comunidades como a do Chile, Bolívia, Peru, Paraguai, Equador e Colômbia; além do Centro Pastoral e de Mediação dos Migrantes (CPMM), responsável pelo apoio no âmbito jurídico, de documentação, trabalho, cidadania, saúde, entre outros (MISSÃO PAZ, 2021a, 2021b).

Atualmente a Missão Paz presta serviços para imigrantes e refugiados de mais de 70 nacionalidades, além de investir no âmbito político, buscando contribuir com a legislação e políticas que envolvam os imigrantes e refugiados, como na participação da construção da Lei Municipal para a População Imigrante (Lei 16.478/16) e no acompanhamento da autorização da nova Lei de Migração nº 13445/2017 (MISSÃO PAZ, 2021a).

4.3. Participantes do estudo

As participantes do estudo são mulheres imigrantes ou refugiadas que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ser mulher imigrante ou refugiada entre 18 e 65 anos, não estar gestante, residir no Brasil há mais de um ano e menos de 12 anos e estar vinculada à Cáritas Arquidiocesana de São Paulo ou à Instituição Missão Paz, que recebem mulheres de variadas regiões do mundo. O critério de exclusão foi: decidir sair da pesquisa a qualquer momento, independentemente do motivo.

4.4. Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi condicionado ao método de saturação teórica, dessa forma foram entrevistadas nove participantes, havendo a interrupção da coleta após a constatação do saturamento dos dados obtidos.

Conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), a saturação teórica é um instrumento de análise constantemente utilizado em estudos qualitativos na área da saúde, com o intuito de determinar a dimensão da amostra a ser investigada e, assim, suspender a busca por mais componentes para a pesquisa. Para Thiry-Cherques (2009), a saturação teórica é um método utilizado para definir quando a inclusão de informações passa a não mais agregar e influenciar na compreensão do que está sendo investigado. Assim, na aplicação das entrevistas semiestruturadas, a amostra foi concluída com nove participantes, após a identificação de que as informações coletadas se repetiam e da ausência de fatos e dados novos nas falas, assim como dos elementos já coletados serem suficientes para a reflexão teórica proposta.

4.5. Instrumento de coleta de dados

Como instrumentos de coleta de dados, foram aplicados questionários sociodemográficos (APÊNDICE A) e entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) com mulheres imigrantes ou refugiadas, que frequentam a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo ou a instituição Missão Paz.

O questionário sociodemográfico utilizado foi um modelo elaborado por Souza e Fiorati (2017), com base no referencial teórico sobre as zonas de vulnerabilidade social de Castel (2005), o qual passou pelo exame e adaptação de juízes com *expertises* em validação de modelos de questionários. Para a realização do estudo, foram coletados dados de identificação, como país de origem, idade, raça autodeclarada, estado civil, além de informações sobre a condição de moradia, trabalho, estudo, entre outros aspectos sociodemográficos das participantes.

A entrevista semiestruturada foi realizada após a aplicação do questionário sociodemográfico, essas entrevistas são compostas por perguntas abertas e fechadas, nas quais o entrevistado pode dissertar e desenvolver o tema abordado. Para isso, o pesquisador utiliza um roteiro de perguntas estabelecidas anteriormente, mas pode incluir as perguntas que julgar necessárias, direcionando a entrevista de acordo com o que busca compreender, de modo a alcançar os objetivos propostos (BONI; QUARESMA, 2005).

O roteiro da entrevista semiestruturada foi elaborado pelas pesquisadoras desse estudo, com base em um modelo apresentado pelo cientista social, Ricardo Lugó (2015), com abordagem relacionada ao motivo, história e tempo de imigração/refúgio, adaptação no Brasil, retorno ao país de origem, discriminação sofrida após a mudança de país, rotina e mudança de vida, preocupações e sentimentos vivenciados, assim como as estratégias para lidar com eles, serviços de saúde utilizados antes e após a imigração/refúgio e uso de medicamentos psiquiátricos.

4.6. Coleta de dados

Para coleta de dados, foram entrevistadas sete mulheres presencialmente e duas por telefone no período de agosto de 2020, conforme processo relatado a seguir:

4.6.1. Primeira Etapa: entrevistas por telefone

No primeiro momento da coleta de dados, foi realizado o contato com o Assessor de Imprensa da Cáritas Arquidiocesana de São Paulo, no qual obteve-se a informação de que a organização não estava realizando atendimentos presenciais, devido ao isolamento social recomendado no período de pandemia da Covid-19 e, portanto, seria necessário executar a coleta com as respondentes por telefone.

Desse modo, o assessor conversou previamente com duas participantes, solicitando autorização para encaminhar o contato telefônico destas para a realização da pesquisa. Diante da autorização das participantes, foi enviada mensagem via WhatsApp para ambas, com solicitação de agendamento de data e horário para a entrevista, conforme a disponibilidade e preferências de cada uma delas.

Antes de iniciar a entrevista, foram apresentados esclarecimentos acerca da pesquisa, dos objetivos do estudo, também foi esclarecido que seria mantido o anonimato das participantes, bem como que elas teriam autonomia para interromper ou desistir da participação na pesquisa a qualquer momento. Na sequência, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, adaptado para entrevistas por telefone, no qual elas informaram que aceitavam participar da pesquisa, cientes das informações disponibilizadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) foi assinado e enviado para as participantes por e-mail. Foi realizada a aplicação do questionário sociodemográfico por meio da leitura das questões e, após a conclusão, foi iniciada a entrevista semiestruturada, sendo a duração mínima de entrevista das participantes de 35 minutos e a máxima de 52 minutos. As

ligações foram gravadas, com o consentimento das respondentes, para assegurar que o material tenha sido coletado na íntegra.

4.6.2. Segunda Etapa: entrevistas presenciais

Após concluir as entrevistas por telefone, entrou-se em contato com o diretor da Missão Paz, que esclareceu que a instituição estava atuando de modo presencial e, desse modo, a coleta deveria ocorrer na própria instituição. Então, foram realizadas visitas à Missão Paz São Paulo e efetuado contato com sete mulheres imigrantes e/ou refugiadas frequentadoras da instituição. Após esclarecimento detalhado sobre a pesquisa, exposição dos objetivos e propósitos do estudo, explicação sobre o anonimato das participantes e sobre a autonomia para interromper e desistir da participação na pesquisa a qualquer momento, foi solicitado que as participantes que concordassem em participar lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias (uma para ficar com a participante, outra para a pesquisadora). Em seguida, foram aplicados os questionários sociodemográficos e posteriormente realizadas as entrevistas semiestruturadas, sendo a duração mínima de entrevista das participantes de 9 minutos e a máxima de 36 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas em um ambiente ao ar livre nas dependências da instituição, contudo, em um espaço isolado dos grupos e atividades do local, respeitando-se o distanciamento social e uso de máscaras, conforme recomendações das organizações de saúde, devido à pandemia da Covid-19. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento das participantes, em um gravador digital para possibilitar a integralidade do material.

4.6.3. Terceira Etapa: processo final da coleta de dados

Após a realização das entrevistas e aplicação dos questionários por telefone e de modo presencial, foi efetuada a ordenação dos dados das respondentes, com a identificação do material coletado pela letra P de participante e um número, conforme a ordem da entrevista. Em seguida, concedeu-se a reprodução do material gravado, para a transcrição de todos os discursos na íntegra. Algumas palavras de outras línguas foram traduzidas pela pesquisadora, como da Língua Espanhola, ou de uma fusão linguística, como o portunhol, para a Língua Portuguesa.

4.7. Análise de dados

Os dados dos questionários sociodemográficos foram analisados por meio de análise estatística, com base na análise de frequência simples, tendo em vista a quantidade de nove participantes para o estudo. Assim, foi analisada a frequência de todos os dados extraídos dos questionários, de modo a gerar porcentagens. Essa análise de frequência possibilitou a caracterização sociodemográfica das participantes, com enfoque no trabalho, formação acadêmica, inclusão econômica, organização familiar, condições de moradia, redes de inserção, suporte e proteção social. Os dados das entrevistas semiestruturadas foram analisados por meio do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2016), definido pela autora como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2016, p. 42).

Conforme Fraenkel, Wallen e Hyun (2012), a análise de conteúdo possibilita que se pesquise o comportamento humano por meio da exploração da comunicação das pessoas, podendo ser utilizada em qualquer circunstância em que se pretenda sistematizar os dados, sendo um recurso excepcionalmente vantajoso em pesquisas que envolvam dados de entrevistas. Para Triviños (1987), a análise de conteúdo pode ser utilizada como apoio para ferramenta de pesquisa de significativa profundidade, no entanto não se deve perder de vista que se trata de um agrupamento de técnicas e, portanto, os passos de codificação, categorização, entre outros, são fundamentais na aplicação do método, assim como o conhecimento teórico no que concerne o estudo.

Bardin sugere três fases para a análise de conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise é o momento de organização, iniciada com a “leitura flutuante” dos documentos disponíveis, de modo a conhecer e obter impressões dos escritos. Na sequência, é realizada a escolha dos documentos que formarão o “corpus” da pesquisa, ou seja, os documentos separados para os processos de análise. Em seguida é executada a formulação das hipóteses e dos objetivos, bem como a referenciação dos índices e elaboração de indicadores. Por fim, é efetuada a preparação do material (BARDIN, 2016). Nesse estudo, realizou-se, na primeira etapa de análise de dados, uma leitura exaustiva dos discursos apresentados nas entrevistas semiestruturadas, de modo a buscar profundidade na compreensão do material, além de iniciar sua organização, com a criação de hipóteses, o que resultou na geração de índices e, posteriormente, nos indicadores, concluindo a preparação formal do material.

A fase da exploração do material compreende a execução sistemática das definições da primeira fase, logo envolve o processo de codificação, conforme regras estipuladas anteriormente. Para Bardin (2016), a codificação significa a modificação das informações brutas do material coletado, para que por meio de junção, enumeração e recorte, seja possível uma compreensão do texto trabalhado. Nesse momento, os temas identificados no material foram codificados, classificados e categorizados, sendo criadas as categorias e subcategorias de análise. As categorias foram apresentadas no quadro 1 da segunda etapa dos resultados, com a categorização da síntese dos discursos extraídos das entrevistas semiestruturadas das mulheres imigrantes e refugiadas.

Na última fase, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, a autora explica que os dados precisam ser tratados de modo a se tornarem expressivos, devendo-se condensar e demonstrar as informações resultantes da análise. Diante desses resultados, é possível proceder inferências e interpretações, tendo em vista os objetivos propostos pelo estudo, além dos achados acidentais (BARDIN, 2016). Nessa etapa final, a fundamentação teórica possibilitou o embasamento para a interpretação dos dados. Assim, foi efetuado o processo de análise e interpretação dos resultados procedentes da segunda fase da análise com as referências teóricas pesquisadas, originando a discussão do estudo. Em seguida, foram realizadas inferências com base nas interpretações do material, com fins de compreensão do real sentido indicado nos discursos das participantes.

A análise dos questionários sociodemográficos, com base na análise de frequência simples e das entrevistas semiestruturadas, por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), possibilitou realizar uma articulação entre ambos os resultados e o marco teórico, de modo a buscar atender aos objetivos estipulados na pesquisa.

4.8. Procedimentos éticos

Esta pesquisa obedeceu a todos os aspectos éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa e envolvimento com seres humanos. Todos as participantes foram voluntárias na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foi informado em linguagem clara, o objetivo, a natureza e a finalidade da pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com o número CAAE: 29626719.5.0000.5393 (ANEXO A). A proposta do estudo também foi apresentada e

autorizada pela Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (ANEXO B) e pela Missão Paz São Paulo (ANEXO C).

5. RESULTADOS

Com o objetivo de facilitar a compreensão, os resultados estão apresentados em três etapas, sendo: primeira etapa – caracterização e apresentação dos dados sociodemográficos; segunda etapa – apresentação dos dados das entrevistas semiestruturadas e terceira etapa – gênero, raça e condições socioeconômicas em uma perspectiva interseccional.

5.1. Primeira etapa dos Resultados: caracterização e apresentação dos dados sociodemográficos

Nessa etapa será realizada a apresentação da caracterização das nove participantes da pesquisa, por meio dos dados sociodemográficos.

Tabela 1 - Identificação: caracterização das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Mulheres Cisgêneros	9	100
Grupo de deslocamento		
Imigrantes	8	88,89
Refugiada	1	11,11
Idade		
20 – 29 anos	2	22,22
30 – 39 anos	4	44,44
40 – 49 anos	3	33,33
Estado Civil		
Solteira	4	44,44
Casada	3	33,33
União estável	2	22,22
Raça/Cor		
Preta	5	55,56
Parda	3	33,33
Indígena	1	11,11
País de origem		
Bolívia	3	33,33
Haiti	3	33,33
Angola	1	11,11
República Democrática do Congo	1	11,11
Venezuela	1	11,11
Bairro de residência em São Paulo		
Mooca	2	22,22
Brás	1	11,11
Itaquera	1	11,11
Liberdade	1	11,11
Vila Buarque	1	11,11

continua

Identificação	Frequência	Porcentagem
Vila Industrial	1	11,11
Vila Matilde	1	11,11
Vila Maria Alta	1	11,11

Fonte: Dados da pesquisa.

conclusão

Na Tabela 1, observa-se que todas as participantes (100%) eram mulheres cisgêneros e 8 delas (88,89%) eram imigrantes e uma (11,11%) refugiada. A faixa etária é diversificada, sendo duas respondentes (22,22%) de 20 a 29 anos, quatro delas (44,44%) de 30 a 39 anos e três (33,33%) de 40 a 49 anos. Quanto ao estado civil, quatro participantes (44,44%) são solteiras, três (33,33%) são casadas e duas (22,22%) estão em união estável. Em relação à raça/cor autodeclarada, cinco das mulheres (55,56%) consideram-se pretas, três delas (33,33%) são pardas, e uma (11,11%) é indígena. No tocante ao país de origem, três participantes (33,33%) nasceram na Bolívia, três (33,33%) no Haiti, uma respondente (11,11%) em Angola, uma (11,11%) na República Democrática do Congo e uma (11,11%) na Venezuela. Em relação ao bairro de residência na cidade de São Paulo, nota-se que as participantes moram em variadas regiões e zonas da cidade, com predomínio das regiões centrais e Zona Leste de São Paulo.

Tabela 2 - Identificação: situação de documentação brasileira das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Possui documentação brasileira		
Sim	7	77,78
Não	2	22,22

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 2, verifica-se que sete das participantes (77,78%) responderam que já possuem documentação brasileira, duas delas (22,22%) relataram que ainda não têm essa documentação.

Tabela 3 - Mercado de trabalho: situação de trabalho das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Profissão*		
Costureira	4	44,44
Ajudante de cozinha	2	22,22
Cozinheira	1	11,11

continua

Identificação	Frequência	Porcentagem
Profissional de Enfermagem	1	11,11
Artista	1	11,11
Estudante	1	11,11
Situação atual de trabalho		
Desempregada	3	33,33
Conta própria ou autônoma	3	33,33
Empregada assalariada sem carteira de trabalho assinada	2	22,22
Empregada assalariada com carteira de trabalho assinada	1	11,11
Quanto recebe por mês**		
Não recebe	3	33,33
Até ½ salário mínimo	2	22,22
Mais de ½ salário mínimo até 1 salário mínimo	1	11,11
1-2 salários mínimos	3	33,33
Dias na semana de trabalho		
Nenhum	3	33,33
2 dias na semana	1	11,11
3 dias na semana	1	11,11
5 dias na semana	3	33,33
7 dias na semana	1	11,11
Horas por dia de trabalho		
Nenhuma	3	33,33
Mais de 8 horas por dia	3	33,33
Trabalha apenas de vez em quando	2	22,22
8 horas	1	11,11

Fonte: Dados de pesquisa.

conclusão

*Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

**Salário-mínimo no valor de R\$ 1.045,00, vigente para o ano de 2020.

Na Tabela 3, é possível identificar a situação de trabalho das participantes, quatro (44,44%) declararam ter profissão de costureira, duas (22,22%) são ajudantes de cozinha, uma (11,11%) é cozinheira, uma (11,11%) é profissional de enfermagem, uma (11,11%) é artista, e uma (11,11%) é estudante. É importante destacar que três participantes citaram as profissões que exerciam antes dos processos migratórios (profissional de enfermagem, costureira e uma participante que informou costureira e cozinheira), pois após a mudança para o Brasil, ficaram desempregadas.

Quanto à situação atual de trabalho das participantes, três (33,33%) declararam que estavam desempregadas, três delas (33,33%) informaram que trabalhavam por conta própria ou eram autônomas, duas (22,22%) eram empregadas assalariadas sem carteira de trabalho assinada e uma (11,11%) era empregada assalariada com carteira de trabalho assinada. Em

relação à remuneração das participantes, três mulheres (33,33%) informaram que não recebiam salário, duas (22,22%) referiram que recebiam até ½ salário-mínimo, uma (11,11%) relatou receber entre ½ salário e 1 salário-mínimo e três delas (33,33%) responderam receber de um a dois salários-mínimos.

As três participantes que afirmaram estarem desempregadas e, portanto, sem salário, foram questionadas sobre de que modo as famílias delas se sustentam financeiramente, uma relatou que recebia auxílio de um grupo da Igreja e do governo, outra participante desempregada citou que era beneficiada com auxílio do governo, e a última relatou que o sustento de sua família era por meio do trabalho do esposo.

Em relação à quantidade de dias de trabalho por semana, três mulheres (33,33%) informaram nenhum dia, pois estavam desempregadas, uma participante (11,11%) relatou que trabalha dois dias por semana, uma respondente (11,11%) afirmou trabalhar três dias por semana, três (33,33%) responderam cinco dias por semana e uma participante (11,11%) respondeu sete dias por semana.

As participantes também foram questionadas quanto às horas por dia de trabalho, três (33,33%) delas responderam nenhuma, três (33,33%) informaram mais de 8 horas por dia, duas mulheres (22,22%) relataram que trabalham apenas de vez em quando e uma (11,11%) informou 8 horas por dia.

Tabela 4 - Educação: nível de escolaridade das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Grau de instrução pessoal		
Ensino fundamental completo	1	11,11
Ensino médio incompleto	3	33,33
Ensino médio completo	1	11,11
Ensino técnico completo	2	22,22
Ensino superior incompleto	2	22,22

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 4, verifica-se que cinco das participantes possuíam pelo menos o ensino médio completo e nenhuma concluiu o ensino superior. Nota-se que uma (11,11%) das respondentes possuía ensino fundamental completo, três delas (33,33%) declararam possuir o ensino médio incompleto, uma (11,11%) apresentava o ensino médio completo, duas (22,22%) informaram ter ensino técnico completo e outras duas (22,22%), superior incompleto. Tendo em vista que são previstas diferentes nomenclaturas de níveis de escolaridade em outros países,

foi realizada uma correspondência entre os níveis de escolaridade do Brasil e dos países de origem das mulheres participantes durante a coleta de dados e apresentação das informações na Tabela anterior.

Tabela 5 - Família: renda e composição familiar das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Renda mensal familiar**		
Até ½ salário-mínimo	2	22,22
Mais de ½ salário-mínimo até 1 salário-mínimo	3	33,33
1 a 2 salários-mínimos	3	33,33
2 a 3 salários-mínimos	1	11,11
Quantidade de residentes		
1 a 4 pessoas	5	55,56
5 a 8 pessoas	4	44,44
Filhos com deficiências		
Não	8	88,89
Sim	1	11,11

Fonte: Dados da pesquisa.

**Salário-mínimo no valor de R\$ 1.045,00, vigente para o ano de 2020.

Os dados da Tabela 5 demonstram aumento da renda familiar em relação à renda individual de algumas das participantes da pesquisa, duas (22,22%) relataram até ½ salário-mínimo, três delas (33,33%) apontaram um valor de mais de ½ salário-mínimo até 1 salário-mínimo, três respondentes (33,33%) informaram que a renda era de 1 a 2 salários-mínimos e uma participante (11,11%) relatou que a renda era de 2 a 3 salários-mínimos. Nota-se também que nenhuma respondente residia sozinha, a maioria das mulheres (55,56%) morava com 1 a 4 pessoas, enquanto quatro participantes (44,44%) informaram residir com 5 a 8 pessoas. Outro dado apresentado na tabela é que uma das respondentes (11,11%) citou possuir um filho com alguma deficiência.

Tabela 6 - Domicílio: situação de moradia das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Condição de Domicílio		
Alugada	8	88,89
Cedida	1	11,11
Recursos disponíveis*		
Água canalizada	9	100

continua

Identificação	Frequência	Porcentagem
Coleta de Lixo	9	100
Energia elétrica	9	100
Fogão	9	100
Televisão em cores	9	100
Celular	9	100
Escoamento de esgoto	8	88,89
Geladeira	8	88,89
Máquina de lavar roupa	7	77,78
Acesso à internet	7	77,78
Computador	4	44,44
Rádio	3	33,33
Filtro de água	1	11,11
Automóvel	1	11,11

Fonte: Dados da pesquisa.

conclusão

*Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Na Tabela 6, nota-se que oito das participantes (88,89%) residiam em domicílio alugado, e uma respondente (11,11%) morava em uma residência cedida. Quanto aos recursos disponíveis, observa-se que existiam itens básicos como água canalizada, coleta de lixo e energia elétrica na residência de 100% das participantes, no entanto uma informou que não havia escoamento de esgoto em sua moradia. Todas as mulheres também possuíam televisão em cores, celular e fogão, e uma referiu que não tinha geladeira. Sete mulheres (77,78%) possuíam máquina de lavar roupa, sete delas (77,77%) tinham acesso à internet, quatro das participantes (44,44%) tinham computador em casa e três (33,33%) informaram dispor de rádio. Uma entrevistada (11,11%) possuía filtro de água e uma das participantes (11,11%) referiu ter um automóvel.

Tabela 7 - Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: estrutura física dos bairros das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Bairro possui e participante tem acesso*		
Escolas	7	77,78
Serviços de saúde	6	66,67
Locais de lazer	6	66,67
Ambiente seguro	4	44,44
Locais de cultura	2	22,22
Nenhum citado	1	11,11
Aspectos positivos*		
Serviços básicos	7	77,78
Serviços de saúde e Escolas adequadas	7	77,78
Tranquilidade	6	66,67

continua

Identificação	Frequência	Porcentagem
Segurança	5	55,56
Lazer e Cultura	1	11,11
Nenhum citado	1	11,11
Aspectos negativos*		
Insegurança	4	44,44
Falta de tranquilidade	3	33,33
Falta de Lazer e Cultura	3	33,33
Poucos serviços de saúde e Escolas	3	33,33
Poucos serviços básicos	2	22,22
Nenhum citado	2	22,22
O que precisa melhorar*		
Segurança	5	55,56
Cultura e Lazer	5	55,56
Escolas	4	44,44
Serviços de saúde	3	33,33
Serviços básicos	1	11,11
Nenhum citado	1	11,11

Fonte: Dados da pesquisa.

conclusão

* Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Conforme consta da Tabela 7, a maioria dos bairros das participantes apresentava escolas (77,78%), serviços de saúde (66,67%) e locais de lazer (66,67%), ao passo que os bairros de quatro respondentes (44,44%) são considerados ambientes seguros, os bairros de duas (22,22%) dispunham de locais de cultura, e uma das participantes (11,11%) não mencionou nenhum dos fatores.

Como aspectos positivos da maioria dos bairros das respondentes, foram citados os serviços básicos (77,78%), serviços de saúde e escolas adequadas (77,78%), tranquilidade (66,67%), além de segurança (55,56%). O aspecto negativo mais apontado pelas mulheres em relação ao seu bairro foi a insegurança (44,44%). Outros pontos destacados foram a falta de tranquilidade (33,33%), falta de lazer e cultura (33,33%) e poucos serviços de saúde e escolas (33,33%). Além disso, duas participantes informaram poucos serviços básicos (22,22%), e duas delas não citaram aspectos negativos (22,22%) em relação aos bairros onde residem. Como fatores a serem melhorados nos bairros, os pontos mais citados foram segurança (55,56%), além de cultura e lazer (55,56%). As escolas foram expostas por quatro participantes (44,44%) e os serviços de saúde por três respondentes (33,33%).

Tabela 8 - Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: geração de renda e gastos familiares das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Quem realiza o trabalho doméstico em casa*		
Própria participante	9	100
Filhos	3	33,33
Seu companheiro (a)	2	22,22
Renda familiar é suficiente para		
Não é suficiente	7	77,78
Alimentação, água, luz e gás	1	11,11
Água, luz, gás e telefone	1	11,11
Quando o dinheiro não é suficiente*		
Pede ajuda a um filho ou familiar	8	88,89
Deixa de pagar alguma conta	1	11,11
Reduz algum gasto necessário	1	11,11
Utiliza meios de conta para pagamento futuro	1	11,11
Principais gastos*		
Água, luz e gás	7	77,78
Alimentação	6	66,67

Fonte: Dados da pesquisa.

* Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

De acordo com a Tabela 8, é possível verificar que todas as nove participantes (100%) realizavam o trabalho doméstico em casa, três respondentes (33,33%) dividiam as tarefas com os filhos e duas (22,22%) com o(a) companheiro(a). A maioria das participantes (77,78%) informou que sua renda familiar não era suficiente para os gastos necessários, enquanto uma participante (11,11%) relatou ser suficiente apenas para alimentação, água, luz e gás, e uma respondente (11,11%) mencionou que a renda era suficiente somente para água, luz, gás e telefone. Ao serem questionadas sobre suas providências quando o dinheiro não era suficiente, nota-se que a maioria das participantes (88,89%) esclareceu que pedia ajuda a um filho ou familiar. Os principais gastos das respondentes envolvem água, luz e gás, sendo citado por sete (77,78%), além de alimentação, informado por seis participantes (66,67%).

Tabela 9 - Redes de inserção social, vizinhança e comunidade: organização familiar das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Quem considera da família*		
Filhos	9	100
Cônjuge	3	33,33
Netos	1	11,11
Rotina diária*		

continua

Identificação	Frequência	Porcentagem
Fica em casa	9	100
Frequenta grupos de socialização ou amigos	2	22,22
Cuidar de netos ou sobrinhos	1	11,11

Fonte: Dados da pesquisa.

conclusão

* Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Segundo os dados da Tabela 9, todas as participantes consideravam que seus filhos eram seus familiares, três delas (33,33%) também mencionaram seus cônjuges, e uma entrevistada (11,11%) mencionou seus netos. Em relação à rotina diária, todas as participantes (100%) informaram ficar em casa, duas (22,22%) também frequentavam grupos de socialização ou amigos, e uma respondente (11,11%) mencionou que cuidava de netos ou sobrinhos.

Tabela 10 - Redes sociais de apoio: redes sociais das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Em caso de necessidade, quem fornece apoio		
Família	5	55,56
Amigos	3	33,33
Vizinhos	1	11,11
Tipo de apoio recebido*		
Financeiro	7	77,78
Apoio emocional	7	77,78

Fonte: Dados da pesquisa.

* Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

Na Tabela 10, é possível observar que cinco das participantes (55,56%), mencionaram que, em caso de necessidade, é a família que lhes oferecia apoio, três respondentes (33,33%) citaram amigos, e uma (11,11%) entrevistada mencionou que eram os vizinhos. Ao serem questionadas sobre o tipo de apoio recebido, observa-se que sete participantes (77,78%) informaram que recebiam apoio financeiro e sete delas (77,78%) recebiam apoio emocional.

Tabela 11 - Sistema de proteção social: acesso aos mecanismos de proteção social – públicos e privados e políticas sociais – serviços e benefícios sociais utilizados pelas mulheres imigrantes ou refugiadas participantes da pesquisa (n=9)

Identificação	Frequência	Porcentagem
Locais que conhece e mais utiliza no bairro*		
Serviços básicos	6	66,67
Posto de saúde	4	44,44
Hospital	1	11,11
Nenhum desses locais acima citados	2	22,22

continua

Identificação	Frequência	Porcentagem
Auxílio emergencial	4	44,44
Bolsa família	3	33,33
Nenhum	3	33,33

Fonte: Dados da pesquisa.

conclusão

* Percentual calculado com base no total de participantes para cada variável.

A Tabela 11 demonstra os locais que as participantes conheciam e utilizavam no bairro onde residiam, seis das entrevistadas (66,67%) informaram os serviços básicos, quatro delas (44,44%) citaram o posto de saúde, uma respondente (11,11%) mencionou o hospital, e duas (22,22%) relataram que não utilizavam nenhum dos locais mencionados. As participantes também foram questionadas sobre possuírem benefícios ou auxílios do governo, quatro (44,44%) responderam que possuíam o Auxílio Emergencial, três (33,33%) relataram que recebiam Bolsa Família e três respondentes (33,33%) informaram não receber benefício ou auxílio do governo.

5.2. Segunda etapa dos resultados: apresentação dos dados das entrevistas semiestruturadas

Para apresentar os dados das entrevistas semiestruturadas com as participantes da pesquisa, optou-se por identificá-las com a letra “P” de Participante e um número de acordo com a ordem das entrevistas.

Embora as entrevistas tenham sido realizadas em Língua Portuguesa, por se tratar de participantes imigrantes ou refugiadas, ao longo das entrevistas, algumas palavras proferidas por elas não eram nesse idioma, ou tratavam-se de uma fusão linguística, sendo, portanto, adaptadas para a Língua Portuguesa.

Os dados das entrevistas semiestruturadas foram analisados de acordo com o referencial teórico de Bardin, cumprindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Em razão disso, foi realizada uma leitura exaustiva do material, seguida da identificação e compilação das temáticas provenientes dos discursos das mulheres imigrantes ou refugiadas. Em seguida, realizou-se a análise da frequência desses temas no material de pesquisa, concebendo-se, assim, 4 categorias analíticas e 17 categorias empíricas.

As categorias analíticas foram definidas tendo-se como base os objetivos do estudo e o que se buscou descobrir por meio da coleta de dados, ao passo que as categorias empíricas representam o conteúdo extraído dos discursos das participantes, baseados nas questões abordadas pela pesquisadora. Essas categorias estão apresentadas no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Categorias analíticas e empíricas

Categorias Analíticas	Categorias Empíricas
5.2.1 Motivação e história relacionada ao processo migratório	5.2.1.1 Fatores econômicos, conflitos familiares, questões de saúde, acompanhar familiares e perseguição política como aspectos motivadores para o processo migratório. 5.2.1.2 Estratégias para o processo migratório ao Brasil: migrar solo ou com a família. 5.2.1.3 Meios utilizados para atravessar a fronteira e dificuldades na entrada ao Brasil. 5.2.1.4 Solicitação de refúgio. 5.2.1.5 Segunda mudança de país e migração interna no Brasil.
5.2.2 A nova vida que se impõe: rupturas e luta por pertencimento	5.2.2.1 A vida deixada para trás: família, religião e abandono de emprego e estudos. 5.2.2.2 Rotina de vida com multitarefas após o processo migratório. 5.2.2.3 Dificuldade de adaptação, percepção quanto à discriminação e preconceito, e sentimento de não pertencimento ao novo país. 5.2.2.4 Aspectos positivos do processo migratório.
5.2.3 Sentimentos, preocupações e sofrimento psicossocial relacionados ao processo migratório	5.2.3.1 Quem vai e quem fica: sofrimento pelas rupturas familiares. 5.2.3.2 Preocupações da vida diária. 5.2.3.3 Sentimentos positivos de apoio social e adaptação. 5.2.3.4 Processo migratório e sofrimento: rupturas, solidão e resignação. 5.2.3.5 Efeitos da Pandemia da Covid-19.
5.2.4 Serviços de saúde e estratégias para romper com o sofrimento psicossocial	5.2.4.1 Alterações de saúde e acesso a serviços de saúde antes e depois da mudança para o Brasil. 5.2.4.2 Uso de psicofármacos e processo migratório. 5.2.4.3 Família, religião, terapia e trabalho: estratégias utilizadas para romper com o sofrimento psicossocial.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.1. Motivação e história relacionada ao processo migratório

As entrevistas foram iniciadas com abordagem de assuntos voltados ao motivo e à história do processo migratório das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes. Esta categoria analítica desencadeou as seguintes categorias empíricas:

5.2.1.1. Fatores econômicos, conflitos familiares, questões de saúde, acompanhar familiares e perseguição política como aspectos motivadores para o processo migratório

Das nove mulheres participantes, a motivação para mudança de país foi fundamentalmente financeira para seis delas. Logo, a intenção de buscar trabalho e melhores condições de vida no Brasil foi o principal motivo para a maioria das participantes, como é possível identificar nas falas a seguir:

[...] Tava passando fome, tava sem roupa lá na Venezuela. Não tinha nada lá. (P1)

[...] para ajudar mais a família, uma renda maior... é assim. (P2)

[...] Eu quis prosperar, quis sair de lá para poder ganhar mais dinheiro e poder voltar à Bolívia e ter uma melhor estabilidade. (P4)

[...] eu quis conhecer o Brasil, trabalhar... me falaram que se trabalha melhor, se ganha melhor. E por esse motivo eu vim aqui. (P7)

Uma das entrevistadas que mencionou sobre a questão econômica também citou conflitos familiares como um fator motivacional, conforme exposto a seguir:

Questão econômica e problemas familiares. Eu como mãe, primeiro... eu vi o lado dos meus filhos, a segurança dos meus filhos. Eu precisava de um sustento para os meus filhos e lá não tinha como fazer isso, então deram informações para mim, eu fiquei animada e vim aqui. Não foi do jeito que me falaram, né? Mas... foi difícil no começo porque eu não sabia falar o português, não entendia... Foi, nossa foi muito difícil pra mim, mas tendo força, né? Olhando meus filhos... sair pra frente, dar de mim para conseguir aprender a falar, conseguir trabalho, né? Conseguir sustentar eles. Aí foi isso, né? (P3)

Quando eu saí da Bolívia, eu não saí assim... por a porta, eu saí por a janela. Aconteceu coisas indevidas em minha família, aí eu separei por conta disso, não tinha dinheiro para manter os meus filhos. Foi algo difícil para mim. A decisão que eu tomei foi errado, foi, sair sem falar nada a ninguém com minhas duas filhas. Mas não foi porque eu quis, eu queria o melhor para minha filha. Naquela hora... naquele momento ela tava sofrendo. Aí que queria apagar aquelas más lembranças que ela tinha. O melhor que eu achei, foi sair do país com ela. Então foi isso. (P3)

Outros pontos também apontados como motivos para realizar o processo migratório

foram questões de saúde, acompanhar familiares e perseguição política. A participante 5 relatou que o motivo da sua mudança para o Brasil foi devido a questões de saúde de um de seus filhos, que apresentou um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e, em seu país de origem, não teve acesso a todos os tratamentos de saúde necessários, conforme relatado a seguir:

Saúde, porque o meu filho teve um AVC e aí ele ficou em coma, perdeu a fala, paralisou todo o lado esquerdo. Eu fiquei internada lá um mês e pouco, aí quando a gente deram alta do hospital, ele não tinha movimento nenhum. Aí a minha prima tinha um amigo aqui brasileiro, conversou com ele, e ele disse: não, manda ela vir pra aqui e quando a gente chegou aqui, graças a Deus, o braço dele tava preso, abriu, ele agora consegue mexer, porque ele faz fisioterapia lá no Céu da Penha, voltou a ir pra escola, fala normalmente, ele tinha esquecido todas as coisas, mas começou a lembrar aos poucos e agora, graças a Deus, ele faz a medicação, porque para além do AVC, ele tem anemia falciforme, então o AVC foi derivado da anemia falciforme porque ele não fazia a medicação, né? Que nós, lá em Angola, não temos. (P5)

A participante 6 mencionou que o motivo de sua imigração para o Brasil foi acompanhar o esposo que já havia se mudado para o país em busca de trabalho.

[...] marido veio aqui, marido necessitar lavar roupa, fazer comida, marido não conseguiu ninguém. Marido... vem aqui, vem me ajudar. Porque eu casada, eu não fazer filha, só marido e eu não fez filha e marido gosta de filha, muito. Eu vim aqui. (P6)

A participante 9 informou que mudou para o Brasil em razão de perseguição política, tratando-se de uma participante refugiada e que, portanto, estava correndo risco de vida em seu país de origem.

Eu saí por causa da perseguição política. Eu tive que sair junto com a minha filha mais velha [...] teve um conflito interno, meu chefe tentou dar um golpe militar, não deu certo. Foi um monte de coisa, então cada um tentou se proteger, né? [...] (P9)

É isso que eu falei, muitas coisas no meio. Ele tentou dar um golpe militar, não deu certo. Cada um tentou fazer um caminho, poder sair, procurar vida, então oportunidade em outro lugar. [...] Não, a perseguição ninguém fica de boa, quando é perseguição ninguém fica em casa assistindo televisão, tem que fugir. [...] essa história quando eu repito, me deixa emocionada, porque são coisas que mexem demais na minha emoção, por isso não gosto muito de falar [...] (P9)

5.2.1.2. Estratégias para o processo migratório ao Brasil: migrar solo ou com a família

No discurso das respondentes, foi possível constatar que todas as participantes vieram com a família ou já possuíam um familiar residindo no Brasil no momento da mudança de país. Desse modo, cinco participantes vieram com filhos, sendo que o marido de uma delas já estava

no Brasil aguardando a família; três vieram sozinhas, mas já possuíam familiares aqui (de duas eram os maridos) e uma respondente veio com o marido e uma filha.

Ah, momento de partida foi a minha mãe que me motivou a fazer essa viagem. Eu tinha já uma prima que morava aqui. Ela tá aqui no Brasil, ela já tá trabalhando, tem trabalho fácil e aí eu larguei meu serviço que tinha lá, coloquei outra pessoa no lugar para vir pra cá. (P2)

[...] Então, ele [esposo] entrou aqui e trabalhou por quatro meses e ele não podia ficar sozinho aqui. Ele falou e ligou para nós, para virmos para cá, e ele falou que estava muito melhor aqui a vida, que vai dar muitas melhores condições pra nós. Então deixamos para trás tudo lá na Bolívia e viemos para cá. (P4)

[...] aí, quando a gente chegou aqui, os médicos disseram que o tratamento dele [filho] era longo, que ele precisava de fazer um tratamento longo. Aí, quando a gente ficou antes de fazer os três meses, quer dizer, ia ceder a nossa permanência aqui, aí, a gente teve que correr com a papelada aqui para poder se legalizar, para não ficar ilegal. (P5)

[...] Vim com minha filha e com seu pai. (P7)

5.2.1.3. Meios utilizados para atravessar a fronteira e dificuldades na entrada ao Brasil

Em relação aos meios de transporte utilizados para atravessar a fronteira, a maioria das mulheres relatou que realizou a travessia para o Brasil de avião, três participantes atravessaram a fronteira de modo terrestre e uma das participantes não especificou o seu processo de travessia.

Com o meu passaporte, eu comprei passagem de avião de República Dominicana para o Equador. No Equador eu fiz o visto e eu vim pra cá. (P2)

Foi pela fronteira, né? Normal, com minha filha, primeiro passou meu esposo sozinho. Um sobrinho mandou passagem comprada de ida e volta, mas... como ele não sabia falar muito bem na fronteira, falaram para ele: você vai perder sua passagem, porque você não está podendo falar muito bem, você está indo trabalhar! E então, falou meu esposo que não [...] (P4)

De avião, a gente [ela e mais dois filhos] tratou a documentação, pegou o visto [...] (P5)

Eu passei pela fronteira de ônibus [...], eu passei com tudo legal. (P7)

Vim de avião, comprei a passagem... (P8)

Em relação às dificuldades na entrada ao Brasil, além do citado acima pela participante 4, sobre a dificuldade do seu esposo no momento de passar na fronteira, entre as participantes, apenas uma esclareceu que vivenciou algum tipo de obstáculo no momento da entrada ao Brasil

(fronteira), uma vez que não apresentou a documentação do seu país de origem, de acordo com o exposto a seguir:

Não consegui passar legal. Aí fiquei na fronteira dois, três dias, esperando, mas aí não pude entrar porque tava sem documentação da Venezuela. Na Venezuela não tem como tirar documentação agora, não tem material. [...] um amigo de Brasil ajudou, ele ajudou a passar lá. Depois ele ajudou a tirar documentação. (P1)

5.2.1.4. Solicitação de refúgio

Apenas uma participante pediu refúgio para o Brasil, as demais eram imigrantes. Esta participante não mencionou sobre obstáculos ou dificuldades para conseguir a aprovação de sua solicitação de refúgio, relatando que se tratou de um processo rápido.

[...] você pede visto para vim para o Brasil, para cá que eu pedi refúgio. [...] Deu tudo certo, naquele período não demorava, foram 3 meses/4 meses, depois saiu minha resposta. (P9)

5.2.1.5. Segunda mudança de país e migração interna no Brasil

É importante destacar que duas participantes já moravam em outros países, que não eram os de origem, antes de virem ao Brasil.

[...] Eu morava até em outro país [República Dominicana] [...] A primeira vez eu saí [da Angola para a República Dominicana], eu já era bem novinha, né? É, eu acho que foi por... eu não queria mais morar na minha casa, com minha família, porque... minha mãe casou com outro homem e eu tinha problema, não me sentia à vontade em casa, sabe? Ele era meu padrasto, era meu padrasto, mas eu não tinha uma... eu não me sentia bem morando junto com ele na casa, junto com ele e minha mãe e meu irmãos. (P2)

[...] Aí, quando saí cheguei em Angola, daí que me apaixonei pelo Brasil, assistindo às novelas, não tava na minha cabeça o Brasil... eu cheguei no Brasil em 2008, em janeiro [após perseguição política, pediu refúgio para a Angola e depois para o Brasil]. (P9)

Três participantes mencionaram que moraram em outras regiões do Brasil antes de virem para São Paulo. A participante 1 inicialmente residiu no estado de Roraima por um período aproximado de dois anos e depois migrou para São Paulo. A participante 6 morou em Belo Horizonte e posteriormente na capital paulista e, por fim, a participante 9 morou sete anos no Rio de Janeiro antes de mudar para São Paulo. Em seguida, constam os depoimentos sobre as migrações internas no Brasil:

É, passei quase dois anos lá [Roraima]. Cheguei aqui em São Paulo há quatro meses e pouco. (P1)

Eu peguei avião na capital do Haiti, eu descansar Panamá, deixa Panamá, eu peguei outro avião, eu vim aqui... desci em Belo Horizonte. Eu não consegui trabalho em Belo Horizonte, eu vim aqui [São Paulo]. Eu vim buscar trabalho. (P6)

Eu vim de avião, desci no Rio de Janeiro [após sete anos residindo no Rio de Janeiro, se mudou para São Paulo]. (P9)

5.2.2. A nova vida que se impõe: rupturas e luta por pertencimento

Esta categoria temática envolve o processo de perda e separação ao mudar de país, bem como o movimento de adaptação, com seus empecilhos e dificuldades, ao novo país de residência. Foi a categoria em que as participantes mais se manifestaram e expuseram situações e vivências. As categorias empíricas originadas serão apresentadas na sequência:

5.2.2.1. A vida deixada para trás: família, religião e abandono de emprego e estudos

Mudar de país envolve um processo de ruptura com a rotina e o convívio com pessoas próximas, como familiares e amigos, além do abandono de emprego e estudos, tornando, muitas vezes, esse processo dolorido e difícil. Tudo isso fica muito evidente no discurso das mulheres, que apontam, com frequência, a família como a perda mais significativa.

Ficar com minha família, com minha mãe, pai, irmão. (P1)

Os sonhos que eu tinha lá, né? Ter aquela família que eu sempre sonhei, mas que num momento acabou. (P3)

Ah, é. Tipo a minha família ficou distante, por exemplo, eu cheguei aqui no dia 16, no dia 31 eu perdi o meu pai. Aí, com esse problema da Covid-19, com essa situação, eu não tenho como ir para lá. Eu fiquei triste. [...] Quase vai fazer duas semanas. Aí, aquilo mexeu muito comigo, eu fiquei muito triste, chorei, mas depois eu procurei refúgio a Deus. (P5)

Ah, sobre a família, falar com meus pais, com meus irmãos, ir de bicicleta, compartilhar com minha família, mais que tudo isso. Eu estranho muito isso, compartilhar com a minha família. [...] estou em um momento difícil... penso em mamãe e papai, se fosse a estar com eles, posso ter um apoio, mas... não, lamentavelmente não, estou aqui. Então eu trato disso como posso aqui. Agora me acostumei, agora aceitei que estou sozinha, que minha família não está aqui, têm pessoas também que são minhas amigas, conhecidas, mais que tudo me apeguei a elas como uma família. (P7)

Uma das mulheres mencionou sobre religião, relatando que a mudança de país a impossibilitou de frequentar o mesmo tipo de instituição religiosa.

É, já não mais. Não sinto mais [falta da igreja que frequentava no outro país] porque assim, você sempre precisa frequentar um lugar e aqui como não tinha ninguém e me convidavam para outra igreja e consegui essa igreja que me convidaram... Aí eu tô quase quatro anos com eles, três anos e pouco, quase quatro anos com eles. [...] Era Assembleia de Deus [a igreja que frequentava antes de vir para o Brasil], não sei se é assim que se chama mesmo. Assembleia de Deus, aí eu mudei para Testemunha de Jeová [...] porque foi no momento, foi a única pessoa que me procurou lá em casa para ir à Igreja, e eu não sabia para onde ir. Eu não encontrei uma próxima, aí eu fui várias vezes em uma, mas aí eu não falava português, não dava para entender, eu não entendia nada deles, eles não me entendiam... aí nessa outra eles falam meu idioma... aí eu consegui conversar com eles, aí eu fui ficando, ficando aí. (P2)

O processo migratório envolve uma transformação de vida complexa e arriscada, em que muitas vezes a pessoa se frustra e acaba se deparando com uma realidade ainda mais árdua no país que o acolhe. Nota-se, nas falas a seguir, como algumas mulheres precisaram tomar a difícil decisão de abandonar o trabalho ou os estudos, para mudarem de país.

Eu tava estudando direitinho, mas a migração parou tudo, aí não consegui ficar mais na Venezuela. (P1)

[...] eu tava trabalhando lá [República Dominicana] [...] Trabalhando em hospital e eu ganhava. Eu estava em aventura para procurar algo melhor [...] Então, você fica procurando uma situação econômica melhor e aí você termina a se ferrar. Porque aí, lá você tem a sua casa, não paga aluguel, não paga nada. Tem casa própria. Aí você não tem gasto, o gasto é menor. (P2)

Porque antes eu tinha uma vida... eu trabalhava lá, né? Eu fazia assim uns... eu trabalhava por conta própria. Mas aí como meu filho ficou doente e eu vim pra aqui, eu parei. Eu parei de trabalhar, de fazer outras coisas, mas aí o meu dia a dia é esse só de cuidar dele, ir pra Igreja, só. Mudou muito, mudou, muito a minha rotina. (P5)

[...] trabalhava no comércio Haiti... aqui eu não consegui trabalhar, não trabalho. (P6)

5.2.2.2. Rotina de vida com multitarefas após o processo migratório

Nota-se que as mulheres apontaram poucos momentos de distração, descanso e lazer. Suas rotinas, de modo geral, parecem cansativas e envolvem muito trabalho ou busca por emprego, afazeres em casa e cuidados com os filhos.

É muito movimentado. [...] ajudando meu filho com as tarefas. [...] Tô procurando [emprego] no supermercado, como recepcionista... qualquer coisa eu tô... saio e faço. (P1)

Trabalho o dia inteiro, chego do serviço e vou para casa. Limpar, faço janta, cozinhar. E fim de semana lavar e ir para igreja e como não tem igreja agora, a gente faz online. (P2)

Eu acordo 7h da manhã, sento na máquina, faço chá para meus filhos, continuo trabalhando. Chega na hora do almoço. Aí é só sentar na máquina e trabalhar. No fim de semana um pouquinho sair, ir ao parque, sair daquela rotina de trabalho, trabalho. (P3)

Cuido da casa, cozinho, a família mais que tudo, todos ajudam. Às vezes tô trabalhando e minha filha ajuda também, também frequentam a escola. Às vezes eu vou ao posto ou pronto socorro e levo minha filha, tem datas agendadas. Agora... essa é minha rotina, trabalhar, costurar, às vezes não costuro, às vezes quando tem serviço eu faço. Essa é a rotina. (P4)

Meu dia a dia é ou no hospital ou na Igreja, porque não tenho assim outro sítio, ou muitas pessoas aqui para visitar. Se eu saio para ir pro hospital, aí quando eu saio do hospital, prefiro sempre ir na Igreja, mesmo nesta fase da pandemia. Eu entro, faço as minhas orações e daí vou para casa. Este é o meu dia a dia. (P5)

Meu marido vai dormir e eu faço comida. [...] Eu fazer comida para casa duas vezes, de manhã e noite. (P6)

Eu trabalho, quando eu não trabalho fico com meus filhos, dar alimentação, cuidado, às vezes também vou buscar outro escritório, às vezes vou buscar trabalho, mas não é fácil. Não sei onde deixar minhas crianças, então vou com elas, olham que tenho crianças e não querem aceitar-me. Eu estou tentando cada dia assim, buscando, buscando. É assim. (P7)

Tô procurando [emprego] e fico em casa com as crianças também, né? (P8)

Os discursos demonstram a multiplicidade de papéis exercidos pelas mulheres, com a rotina de vida atribulada, para se dividir entre as diversas funções e expectativas que envolvem o papel de mãe, esposa, trabalhadora, dona de casa, entre outros. Essa constatação, realizada por meio das falas das mulheres, é coerente com o momento atual da sociedade. Há um excesso de tarefas, funções e cobranças com as quais a mulher deve lidar no esforço de conciliar o trabalho com a maternidade, estudos, relacionamentos e afazeres domésticos, o que denota que a atenção consigo não é prioridade, como exposto pela participante 9.

Huum, uma rotina louca. É difícil, porque eu faço muito papel, eu faço papel de mãe, pai, profissional, estudante, é loucura. [...] Muitas [funções], até estou pensando, cheguei em um momento que não tinha nem namorado, estava só me dedicando, me dedicando ao trabalho, filhos, casa. Aí eu comecei a ver que tô me estressando muito e algumas pessoas que eu conhecia, só que aí a ficar, né? Mas agora eu falei, não, eu quero ter namorado! Então que eu percebi, que tava faltando uma coisa, né? Eu preciso também de preencher o lugar sentimento, era o que tava faltando, agora estou começando a pensar, uau, tem que ver esse lado. Então, para você ver que eu não tinha nem vida. (P9)

Além disso, observa-se que as mulheres permanecem absorvendo essa sobrecarga por, muitas vezes, falta de participação e divisão das tarefas com seus companheiros ou pais de seus filhos. A participante 5 relatou uma situação em que, após a sua mudança para o Brasil, o pai dos seus filhos não deu suporte para cuidar dos filhos que permaneceram em Angola, país de origem da respondente, sendo necessário que ela retornasse ao país para buscá-los.

Porque, como eu já expliquei antes, eu tenho seis filhos, e eu tava com dois aqui e tinha quatro lá em Angola. Aí o meu marido deixou de cuidar deles e eu tive que ir lá para pegar os outros meninos e juntar todos aqui. (P5)

5.2.2.3. Dificuldade de adaptação, percepção quanto à discriminação e preconceito, e sentimento de não pertencimento ao novo país

A dificuldade de adaptação no Brasil mais presente nos discursos das participantes diz respeito ao idioma, contudo fatores econômicos como o preço do aluguel, locomover-se em uma cidade grande como São Paulo e a cultura racista brasileira, foram questões que também emergiram nas entrevistas. Assim, nota-se que sete mulheres relataram sobre as dificuldades em relação à língua portuguesa (na fala ou escrita) e como isso se torna um obstáculo na adaptação ao novo país, conforme o exposto a seguir:

Ah, o idioma um pouco ainda. O idioma que não dá certo não, mas eu consigo entender tudo que as pessoas falam. (P1)

Falar, colocar as crianças na escola, as tarefas da escola. As tarefas e o trabalho, né? Porque como mãe solteira, eu tinha que ensinar a elas, tinha que trabalhar, porque eu era costureira para outra pessoa. Não era fácil pra mim... aí eu tinha que trabalhar, ensinar a meus filhos, ainda não entendia o português que tava escrito. Nessa época, nem internet tinha, como agora tem. Nos anos passados, não tinha essa facilidade de celular, essa facilidade de internet. Era difícil, agora é um pouco mais fácil, porque você não entende alguma coisa e já procura. (P3)

O mais difícil era, a princípio, era poder falar. Era muito difícil, era muito... olhar, era muito difícil pra mim uma televisão, olhar as pessoas que falavam e não entender nada. Então, com o tempo, ir olhando, olhando a televisão e saí na rua uma vez e perguntei a um moço, eu não sei, vocês talvez sabem, né? Só essas três palavras, que sempre ensinaram a meus familiares para perguntar: você conhece tal lugar? Então nos ensinaram e eu aprendi mediante as pessoas, como falam, captava tudo que falavam e aprendi a falar. (P4)

Mais que tudo idioma, falar português. Foi muito complicado para mim, era como ir a outro lugar em que não falam o mesmo idioma. Isso foi muito complicado para mim. (P7)

Tive dificuldades só na língua... agora eu falo um pouco, né? (P8)

Uma das participantes relatou sobre a dificuldade de se locomover na cidade de São Paulo, sendo então necessário o auxílio de outras pessoas.

[...] eu não conhecia, assim os sítios para andar, eu dependia de alguém pra me auxiliar, né? Me indicar: olha, você faz assim. A gente passava um mapa e essa coisa toda e aí eu fui aprendendo como andar aqui na cidade de São Paulo, alguns sítios, porque é grande. [...] e no princípio, eu tinha medo de andar de metrô, trem, de ônibus, tinha muito medo, mas aí eu fui perdendo aos poucos. E hoje eu consigo andar normalmente, graças a Deus. (P5)

Uma das mulheres, ao se referir sobre as dificuldades de adaptação no Brasil, além de comentar sobre a questão da língua, mencionou sobre a diferença de cultura entre o Brasil e a cultura de seu país, República Democrática do Congo, além disso, ela identificou a presença de uma cultura racista no Brasil.

A língua. [...] A cultura brasileira que é totalmente diferente da minha e outra cultura que posso dizer racismo. (P9)

Quando questionadas se ainda se sentem estrangeiras, pessoas de fora do Brasil, a maioria das participantes respondeu que não (66%), apenas uma mulher informou que sim (11%) e duas relataram que às vezes (22%), contudo algumas mulheres, mesmo informando que não possuíam essa percepção, mencionaram situações que propiciaram para que elas se sentissem assim.

Às vezes, mas eu já fui lá na Bolívia, eu voltei, eu falei que não ia voltar de lá, mas não consegui, eu já me acostumei aqui. [...] Eu não deixo de ser boliviana, né? Sempre lembrar que eu sou de Bolívia. Eu posso morar aqui, mas sempre vou lembrar que sou de lá. Porque os mesmos brasileiros falam que a gente é boliviana, então a gente é estrangeiro aqui. Sempre lembrar, né? (P3)

Às vezes, né? Tenho um pouco de medo de sair para diferentes setores. É só isso, né? Eu caminhar e não ficar com muitas pessoas que eu não confio muito. Essas são as minhas dificuldades... não sei mais. Eu não saio de casa, só trabalho e vou do parque para casa. Só isso. (P4)

Assim, não me sinto assim. Eu digo que Deus fez a terra para todo mundo, né? Só que pronto, cada um é um país, cada continente é um continente. Mas às vezes você vai pra tipo um hospital, você chega e você é mal atendida. Eu já fui, já fui várias vezes. Não muito, mas umas duas ou três vezes. Mas eu não vou relevar isso, porque o mundo é feito de bem e de mal, então nem todo mundo agrada todo mundo. Mas eu já cheguei no hospital e a médica falou pra mim que eu não tinha direito nenhum aqui. [...] que eu não sou brasileira, essa coisa toda. Mas do mesmo jeito que eu recebo carinho, então não considero aquilo, né? Porque nem todo mundo pensa da mesma forma. (P5)

Sempre, eu posso falar que há muitos anos..., mas sempre a gente, no fundo, a gente se sente um estrangeiro porque as pessoas já falam para a gente. Você

chega em um lugar, a pessoa te trata como uma estrangeira. [...] Ah, a pessoa fala, né? Alguém já falou para mim: vá voltar para a sua terra, sua estrangeira. Já falou. [...] Vá para sua terra, estrangeira! Porque as crianças estavam fazendo barulho, eu tava me mudando, ela falou: até que enfim, vá para sua terra, sua estrangeira! Então ficou feliz da gente se mudar da casa. (P9)

Ao ser questionada se já ocorreram outras situações similares, a participante 9 relatou que em diversos momentos.

Muitas vezes, muito, muito, muito. Já imitaram o sotaque da gente, olhando para a gente, tipo aqui no condomínio, não sei se têm africanos, mas por enquanto sei que tem eu e a minha família, né? Eu coloco minha música, eu falo meu idioma, as pessoas passam na janela, olham. E eu tô no meu canto, eu não tenho amigos aqui no condomínio. (P9)

Uma das participantes relatou que agora não se sente mais uma estrangeira, contudo se sentia assim no início e informa que a mudança de cidade influenciou nessa percepção.

Não, não me sinto diferente não. Sinto que já estou adaptada aqui já. [...] primeiro foi difícil. [...] Onde eu morava em Roraima, sabe? Não gostavam de estrangeiro. (P1)

Nota-se que algumas participantes que responderam que não se sentem estrangeiras, relacionaram essa sensação à presença da família.

Ah não, agora eu não tô mais. Ainda mais que a minha família tá comigo, minha mãe, tá tudo. Por enquanto não me sinto assim. (P2)

Não, porque mais que tudo minha filha está aqui. [...] então como ela nasceu aqui, eu me sinto mais, como se fala? Acostumada aqui. (P7)

Embora a maioria das participantes afirmou que não havia sido vítima de alguma discriminação ou preconceito no Brasil, ao longo das entrevistas ficaram evidentes situações de xenofobia e racismo em seus relatos, o que possibilita identificar a dificuldade que elas têm de reconhecer ou entender determinado comportamento como preconceituoso ou discriminatório, ou tentarem negar esses acontecimentos para diminuir seus efeitos, como modo de se adaptarem a essa realidade. Além da possibilidade de optarem em não falar sobre esse assunto por respeito à pesquisadora, que é brasileira.

A participante 1 respondeu que nunca sofreu discriminação ou preconceito, contudo, como já exposto anteriormente, relatou que em seu primeiro local de moradia no Brasil, Roraima, teve a percepção de que as pessoas não gostavam de estrangeiros.

A gente não entendia, eles não gostavam da gente. Não gostavam de estrangeiro [referindo-se às pessoas de Roraima]. (P1)

A participante 5, originária da Angola e que se autodeclarou preta, também respondeu nunca para o questionamento sobre preconceito e discriminação, no entanto, conforme demonstrado no início dessa categoria empírica, relatou uma situação em que ao buscar atendimento médico, a profissional informou que ela não possuía nenhum direito no país por não ser brasileira, logo identificamos um caso de racismo institucional com comportamento xenofóbico da profissional médica. Ao ser questionada se não havia percebido esse tratamento como discriminatório, a participante informou conforme exposto a seguir:

Não, não. Não levei aquilo em consideração não. Não, não, porque desde que eu tô aqui muitas, muitas médicas já me aconselharam, conversaram e orientaram. Então, no meio de 10, se uma se comporta..., mas eu não vou considerar isso, eu não vou considerar isso. Eu vou considerar a maioria. Então eu nunca me senti assim. (P5)

A participante 7 negou ter vivenciado preconceito e discriminação, mas em seguida relatou uma situação de assédio moral que sofreu no Brasil.

Não. Uma vez uma moça brigou comigo, eu não sabia português e eu nem entendi, então não tomei conta. [...] Sem motivo, a pessoa falava: Oi, Bolívia, Oi, Bolívia, e falavam muitas coisas. Eu me dei conta de que foi como uma briga, eu como não entendo muito português, não me dei conta. [...] algumas coisas entendi, mas algumas coisas não, então... porque ela estava brigando, eu não posso também brigar com ela, então eu passei tranquila. Só isso. [...] isso aconteceu só essa vez. (P7)

Duas participantes afirmaram sofrer discriminação no Brasil e narraram situações que vivenciaram, além de percepções sobre a cultura brasileira em relação a esse aspecto.

A gente escuta, né? Às vezes meus filhos. Ah, você é boliviana, por que você não volta para seu país? A gente não fez nada a ninguém, mas fazer o que, né? A gente tem força, engole aquilo e continua. (P3)

Ao ser questionada se isso permanece acontecendo em seu cotidiano, a respondente relatou que sim, conforme descrito a seguir:

Acontece, acontece, eu não tenho sorte, né? Nessa parte. Sempre passo por isso: Ah, por que vocês são assim? O que vocês fazem aqui no meu país? Por que não vá para seu país? Vocês roubam nosso dinheiro. Vocês tiram nosso trabalho [frases que foram direcionadas para ela por brasileiros]. Aí eu falo: eu não tiro o trabalho de ninguém, eu tô trabalhando, contribuindo como qualquer um, eu sou ser humano igual vocês. Aí fica um pouquinho difícil, eu fico triste, né? Mas tem que continuar. (P3)

A participante 9 relatou que ela e sua família enfrentam diariamente situações discriminatórias.

Aí, é todos dias, os meus filhos e eu, por fato de ter o cabelo, cabelo duro, não sei o quê, essas falas, então é muita coisa [...] Frequente e acontece. (P9)

Após o relato anterior, a participante 9 foi questionada se gostaria de descrever alguma situação específica, sua resposta apresentou muitas reflexões e apontamentos importantes sobre o racismo no Brasil, expondo sofrer discriminação por ser preta e por ser estrangeira, mais especificamente por ser uma estrangeira africana. Além disso, em seu discurso, ficou implícita a questão do gênero como mais um fator de vulnerabilidade, o que demonstra uma condição de extrema vulnerabilidade por um triplo estatuto: mulher, preta e africana. Diante disso, nota-se que sua condição intersecciona gênero, raça e origem geográfica, por ser de continente desprezado pelo mundo branco.

Além disso, a participante descreveu que há um movimento em prol da bandeira antirracista, mas se referiu a ele como uma moda, algo passageiro, que surgiu devido a determinadas situações, mas logo será esquecido, pois não é posto em prática em nossa sociedade. Ela também deu exemplos de ações efetivas para combater a cultura racista, explicando sobre a importância de conglomerar as crianças pretas com as brancas desde a infância, sem segregações de escolas e oportunidades, além da necessidade de que as instituições atendam a pessoas de todas as classes, raças e culturas do mesmo modo.

Ah, a situação é o respeito, né? Que o povo brasileiro tem que entender e aprender a respeitar as pessoas aqui, porque não consigo entender um país como o Brasil, com miscigenação, têm pessoas com pensamento... não entende, vazio, né? Que não quer agregar a gente no meio deles, olhando para a gente como coitado, refugiado, ou olhar para a gente com olhar discriminatório por ser africano, por isso que eu falo que a gente não sofre só por ser preto, mas por ser africano, mas somos gente, somos seres humanos como todo mundo, infelizmente isso é o Brasil, né? (P9)

[...] essa bandeira antirracista começou por causa do George [se refere ao George Floyd, um homem negro assassinado em 2020 por um policial em Minnesota, nos Estados Unidos. Sua morte causou indignação e moveu protestos antirracistas em vários locais no mundo], que faleceu, aí de repente eu senti a calma dessa bandeira, ninguém tá mais falando, ninguém mais tá levantando a bandeira. É praticamente como um vento que vem e de repente some, ainda existe esse vento antirracista, mas eu acho que tem que ser... não pode ser falatório, tem que ser prática, né? Prática como? Colocar as crianças junto, criança preta, criança branca, dando oportunidades nas crianças brancas e pretas também, bolsas de estudo, escola particular, tentando minimizar aquela coisa de ser aquela escola de só criança branca que tá lá e nenhuma criança preta, então essas crianças vão crescer com aquela coisa que nós estamos lutando hoje e praticamente no futuro vai ter, dando oportunidade a todo mundo. As instituições, de parar de atender os imigrantes, refugiados, negros e brancos de uma forma diferente. Então, tudo isso, eu acho que tem muito a fazer mesmo, tem muito. Então, ainda existe essa coisa, então chegou um vento, uuuuh, tipo vem e vai, então eu sou contra,

tipo, chegou uma moda, aí de repente essa moda passou. Ninguém mais tá falando de antirracista, ninguém mais tá colocando hashtag embaixo das fotos, né? Não só hashtag, mas na prática queremos também. Ninguém mais tá falando dessa bandeira antirracista, né? Black Lives Matter ou Vidas Negras Importam. Não tô ouvindo mais, né? Fazer o quê? (P9)

5.2.2.4. Aspectos positivos do processo migratório

Houve vários depoimentos sobre aspectos positivos proporcionados pela mudança de país, tanto a fatores relacionados diretamente ao Brasil quanto pelo crescimento pessoal ocasionado pelo processo migratório. Nessa perspectiva, a participante 4 apontou pontos positivos em relação à tecnologia, à alimentação e a melhores condições de moradia, além de acolhimento aos imigrantes e ajuda proporcionados no Brasil, sendo este último aspecto, também mencionado pela participante 6.

[...] aqui tem wi-fi, tem tecnologia muito avançada, as pessoas se expressam muito diferente. Eu consegui alimentação muito boa. Tenho melhores condições em casa, né? Pelo menos no meu aluguel, tem pelo menos uma sala, um quarto e uma cozinha. [...] Eu não quero regressar, porque acho muito bom aqui, Brasil. Porque acolhe a gente, é um país muito acolhedor, um país muito acolhedor para a gente imigrante. Estou muito agradecida com eles. Então... tem no Brasil um setor que ajuda, que você consegue comida, em Bolívia você não pode. Então é isso. (P4)

Aqui é diferente de Haiti, diferente, porque aqui têm pessoas que ajuda... se têm pessoas que têm dinheiro, se uma pessoa não tem nada e pede: por favor, pode me ajudar? Aqui ajuda, Haiti, não. Todo mundo trabalha sozinho, a cabeça sozinha, se você não tem nada, é, fica ruim. (P6)

A participante 6 também mencionou sobre o acesso à saúde no Brasil de modo positivo.

“[...] Aqui tá melhor muito na saúde, tá melhor [...]” (P6)

A participante 9 relatou sobre como o processo migratório acrescentou positivamente em sua vida, no que diz respeito ao seu crescimento pessoal, citando o aprendizado em relação ao respeito ao próximo e aos seus direitos, além de mencionar o desejo de ter a oportunidade de retornar ao seu país de origem para contribuir com o conhecimento adquirido.

Ah, a mudança é que eu cresci muito no meu ponto de vista, de ver as coisas, eu via o mundo pequeno ao meu redor, mas agora entendi mais. Estar perto dessa comunidade imigratória, eu cada vez mais aprendi os diretos, os valores de respeitar o próximo... eu tinha o meu pensamento que era bem pouco, mas eu consegui estender muita coisa, né? Uma aprendizagem cada vez mais. Isso que eu falei, o pouquinho que eu aprendi aqui, quando Deus permitir, um dia eu dou um pulo no meu país, eu vou poder contribuir, vou poder aumentar aquilo que tava faltando lá, então a mudança é grande. O emocional, a cabeça, mudou muito. (P9)

5.2.3. Sentimentos, preocupações e sofrimento psicossocial relacionados ao processo migratório

Nesta categoria, as participantes foram questionadas sobre quais as preocupações e sentimentos acerca do processo migratório, suscitando assuntos variados, como tristeza por estarem longe da família, medo, sentimentos devido à separação com o cônjuge, entre outros expostos nas categorias empíricas a seguir:

5.2.3.1. Quem vai e quem fica: sofrimento pelas rupturas familiares

Em relação ao sofrimento pelas rupturas familiares, quatro participantes relataram sentimentos como tristeza, medo e preocupação por estarem longe da família, a participante 4 mencionou que gostaria de contribuir financeiramente com a família, mas devido a sua atual condição econômica, não era possível.

Ah, minha família. Só isso. [...] Eu perdi um familiar também e não consegui ir lá. (P1)

Sim, tem uma tristeza de deixar o meu país, mais que tudo pela minha mãe, porque ela tem 62 anos e ela é mais sozinha, né? Já morreu meu pai. Só isso é a maior preocupação que tenho na vida, porque às vezes não alcanço conseguir dinheiro para mandar para minha mãe para poder ajudar, porque ela teve um câncer no rosto, foi operada e ela não pode se expor ao sol, não pode trabalhar, mas antes ela saía na rua e vendia, agora minha preocupação maior é quero ajudar ela daqui pra lá, mandar um dinheiro pelo menos, mas não alcanço isso. (P4)

Eu quando vim de Bolívia, eu senti medo, tristeza por estar longe de minha família, e também mais que tudo tristeza e um pouco estranha, é um pouco como uma pessoa estranha. (P7)

Ah, preocupação às vezes de se separar da sua família, né? A gente se separa, você quer chamar a sua família, você não consegue, porque a embaixada do Brasil lá no Congo não quer dar visto para o povo Congolês, mas dá oportunidade para outras pessoas. A preocupação é essa, né? (P9)

Três participantes mencionaram sobre a separação do cônjuge, quando questionadas sobre quais as preocupações e sentimentos que vêm sentindo devido ao processo migratório.

A separação [...] com o pai das minhas filhas. É isso, né? [...] ficar longe, um dia estar juntos, depois ficar ele de lá, eu aqui. A decisão foi difícil, mas tive que tomar essa decisão. (P3)

Ao ser questionada se estava satisfeita por ter tomado essa decisão, a participante 3 afirmou que sim devido a um problema familiar.

Sim, não me arrependo de ter tomado aquela decisão porque sei que minha filha superou aquela tragédia que ela passou. Ela não vai esquecer, mas ela teve uma mudança de vida, uma mudança radical. Pelo menos eu fiz para ela esquecer no momento que aconteceu. Tirar toda a raiva que ela tinha. (P3)

A participante 5, que veio para o Brasil em busca de tratamento médico para um dos seus filhos, relatou sobre ter se separado de seu cônjuge ao realizar a mudança de país.

Sim, eu acho que se eu tivesse lá em Angola, eu acho que eu taria junto do meu marido. Não ia acontecer essa separação, mas aí o fato de eu ter vindo pra aqui houve essa separação. Tem vezes que eu penso, fico triste, mas aí a minha prioridade é a criança, porque precisa mais do que ele, ele já é um homem adulto, ele sabe se cuidar. Então, eu às vezes penso, fico triste, mas aí depois eu penso: não, a minha prioridade é ele [filho] porque ele precisa. Se lá em Angola tivesse [tratamento médico], então eu acho que não havia necessidade da gente vim pra aqui. (P5)

Diante de seu relato, a participante 5 foi questionada se esse fato ainda lhe causa tristeza.

Um pouco, um pouco, mas como já faz tempo que eu estou aqui, aí eu vou me acostumando, vou me acostumando com essa situação. (P5)

Após o relato, a respondente foi questionada se essa tristeza era frequente, ela respondeu que sim e mencionou que gostaria de conseguir um trabalho como possibilidade de se distrair para romper esse sofrimento:

Sim, sim, sim, sim. [...] Ah, o que que eu posso dizer? Sei lá (risos). Eu acho que se eu pudesse... assim, tipo eu tô aqui, eu não trabalho, eu não faço nada, dependo de algumas ajudas e dessa ajuda que o governo dá, mas eu penso assim: mas se eu conseguisse um trabalho, não era bom? Porque aí, eu acho que eu ia poder organizar melhor a minha vida e parar de pensar muito. (P5)

A participante 9 relatou sobre a separação e relacionou o fato a um sentimento de tristeza.

É, mas não vou dizer que é muita tristeza, assim, tristeza existe, mas eu tô aqui, eu salvei minha vida. Mas é... tristeza que eu vim de um país... eu conheci o pai dos meus filhos lá na África, viemos para cá e nos separamos. Também isso faz parte dos sentimentos, né? (P9)

5.2.3.2. Preocupações da vida diária

Uma das participantes relatou apenas sobre preocupações diárias como aluguel e plano de saúde.

Pagar aluguel... Oh, lá também eu tinha convênio, né? E você vai direto no privado, aí você tem que fazer, esperar o SUS. (P2)

5.2.3.3. Sentimentos positivos de apoio social e adaptação

Uma das participantes negou apresentar qualquer preocupação e relatou que se sente bem em relação ao processo migratório.

Não. [...] Me sinto bem. (P8)

A participante 6 apenas apontou pontos positivos do Brasil, como a ajuda que as pessoas lhe ofereciam e sobre o medo que sentia em seu país, mas não sente aqui.

[...] no Haiti não tem luz, não caminha à noite. Haiti faz 18h todo mundo fica pra casa. Aqui a noite anda também, se eu necessitar hospital a noite, vai ao hospital, em Haiti não, só de manhã eu vá ao hospital. Se a pessoa tem muito dinheiro vai no hospital privê. (P6)

Após esse relato, segue o diálogo:

Então lá você sentia medo? [questionamento da pesquisadora]

Sim.

E aqui não? [questionamento da pesquisadora]

Não.

5.2.3.4. Processo migratório e sofrimento: rupturas, solidão e resignação

Três participantes que demonstraram sofrimento de modo mais acentuado ao longo de suas entrevistas foram questionadas se acreditavam que o sofrimento é devido ao processo migratório, duas relataram que não, contudo a participante 2, após relatar que não, informou que os sentimentos iniciaram em uma situação que ocorreu no Brasil.

Não, a migração não tem nada a ver. Eu tinha um problema... resumindo, familiar e aí você fica em um lugar e se sente sozinha e no começo eu fui morar em um lugar... como eu explico? Um trabalho doméstico, né? Que você fica morando na casa dos outros e não fala a língua deles. (P2)

Não, os problemas, as angústias, não foi aqui, foi de lá mesmo. Aqui para fora, não houve essas angústias que eu teria. Os problemas eu tive lá e foram isso que me trouxe aqui. Mas já tirei aquele peso que tinha. (P3)

A participante 5 relatou que o sofrimento está parcialmente relacionado a sua vinda para o Brasil, logo com o processo migratório.

Um pouco, né? Mas eu penso assim e depois eu volto pra trás, eu tô aqui por necessidade, não por vaidade, não. Eu preciso tá aqui, foi uma opção minha. E como a gente não tem como deixar de pensar, nosso pensamento vem. (P5)

5.2.3.5. Efeitos da Pandemia da Covid-19

Apesar de não ser um tópico previamente planejado no roteiro da entrevista, inevitavelmente a pandemia da Covid-19 surgiu nos relatos, tendo em vista que, em 2020, o mundo vivenciou a disseminação mundial da doença Covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, que afetou profundamente o mundo, aumentando os níveis de desemprego, além de fome e mortalidade. Em razão disso, emergiram assuntos como dificuldade de atendimento médico, obstáculos para conseguir emprego, crise financeira, problemas para retornar ao Brasil, além de sentimentos de medo, tristeza e preocupações, relacionados à pandemia.

[...] mas ainda tá difícil com a pandemia ir ao hospital. (P1)

Nesse momento, o último foi quando perdi meu bebê. Eu estava grávida nessa pandemia e eu perdi. Justamente quando decretou a pandemia, não pude fazer nada. Eu não tinha nenhum arroz nesse momento, arroz, nenhuma batata para comer. Foi muito difícil, então me ajudaram aqui na Ong, eu vim e a moça [nome ocultado] me ajudou, pegou cesta para a gente. Então está sendo muito difícil nessa pandemia. (P4)

[...] agora eu preciso de marcar uma consulta porque eu tenho um cisto no ovário e mioma, mas aí eu lá em Angola, eu passei mal e também quando a minha menstruação vem, ela vem muito forte que não posso usar tipo o absorvente, eu tenho que usar uma fralda descartável, aquelas fraldas que as crianças usam porque se eu fico de pé ali, ele vai e isso tem feito com que eu perca muito peso também. Mas agora com essa pandemia, tudo fechado, então tem que esperar para poder remarcar a consulta e pra ver o quê que os médicos dizem, se vai fazer cirurgia, se vai fazer medicação... (P5)

A participante 5 também mencionou que foi para o seu país de origem no início do ano, no entanto não conseguiu retornar para o Brasil no período desejado devido à pandemia.

Eu cheguei agora há pouco tempo, eu cheguei no dia 16 do mês passado em um voo comunitário que trouxe brasileiros e angolanos residentes. Mas fiquei lá presa por conta da pandemia. Eu tinha que vim pra cá em março, mas aí eu só cheguei aqui em julho. (P5)

Duas das participantes relataram acerca do efeito da pandemia sobre o mercado de trabalho, mencionando o fato de elas ou seus familiares ficarem desempregados.

Marido veio aqui, marido tava trabalhando também, com a crise [pandemia], marido não pode trabalhar. (P6)

[...] voltei ao mesmo lugar de trabalho aqui, trabalhei e aconteceu a pandemia, fechou esse escritório... e eu tive que sair por minha própria conta, entende? Eu aluguei um quarto, não me foi muito bom porque eu não ganhava dinheiro, eu tive que sair desse lugar e me fez um favor minha amiga para me emprestar um quarto, estou morando nesse quarto. Aconteceu tudo isso. (P7)

A participante 2 fazia uso de psicofármacos há alguns anos, contudo, um pouco antes da pandemia, o médico da família que a atendia no SUS suspendeu seu uso. Ela estava sem sintomas, mas com a pandemia, relatou que o quadro de cefaleia e insônia reapareceram, sendo necessário retomar o uso dos medicamentos.

[...] Eu tava só com a Fluoxetina, que o Dr. do Sus, o médico familiar suspendeu, ele me deixou sem nada. Aí eu estava tranquila sem nada, não tava sentindo nada. Aí começou a pandemia e comecei a ter insônia e essa cefaleia que eu expliquei para ele como eu tava e ele passou esse remédio de novo para mim, o médico familiar. [...] passou porque eu tava com insônia, fiquei quase um mês sem dormir, começou a cefaleia... dor de cabeça, não conseguia segurar a cabeça, tinha que ficar como deitada, segurar a cabeça com mais alguma coisa. (P2)

Ao ser questionada sobre a existência de outro sintoma nesse período de pandemia e acerca do retorno ao uso dos psicofármacos, a participante 5 relatou sentir tristeza e medo, preocupações com os filhos que estão na República Dominicana, bem como a preocupação deles com ela.

Preocupada, tristeza, medo. Aí você pensa nessa pandemia, quando ligava lá... meus filhos que moram lá na República Dominicana, tavam com esse mesmo medo, que precisavam de mim, que tava acontecendo isso, que tava acontecendo isto, e eu tô aqui com a minha mãe e dois de meus filhos. Tá acontecendo a mesma coisa agora, os de lá tão com medo que vá acontecer alguma coisa comigo e eu também com eles lá. Aí começou insônia, insônia, aí fui, fui, fui, aí.... (P2)

Outro ponto a destacar foi sobre um comentário da participante 7 que mencionou sobre o quanto a pandemia a despertou sobre a importância de falar o idioma português e possuir documentação brasileira, para ajudá-la a se adaptar no Brasil e obter emprego.

Depois de que aconteceu esta pandemia, eu vi que era muito importante falar português, ter documento brasileiro, porque eu ia trabalhar em um lugar em que trabalhava todos do meu país, todos bolivianos, aí falávamos espanhol, tudo espanhol, tratava com pessoas bolivianas, era igual Bolívia, mas depois que aconteceu esta pandemia, meu chefe se foi a Bolívia [...] (P7)

5.2.4. Serviços de saúde e estratégias para romper com o sofrimento psicossocial

Esta categoria temática demonstra os serviços de saúde utilizados antes e após o processo migratório das mulheres imigrantes ou refugiadas participantes, além das estratégias utilizadas para lidar com os sentimentos, preocupações e sofrimento psicossocial.

5.2.4.1. Alterações de saúde e acesso a serviços de saúde antes e depois da mudança para o Brasil

Quando questionadas se apresentavam problemas de saúde antes do processo migratório, apenas as participantes 1, 5 e 6 relataram sobre alguma patologia, contudo nenhuma respondente apontou transtornos referentes à saúde mental.

[...] já tinha [Hipotireoidismo], mas não estou recordando muito. Só esse aí. (P1)

Bem, eu tenho traço da anemia falciforme, porque eu sou uma AS e daí eu não lembro, né? A não ser quando eu era pequena, a minha mãe disse que eu tive sarampo, aí eu tive pneumonia, aí eu sofri com uma cirurgia que até hoje eu tenho a marca aqui, mas eu era pequena, eu nem sei, só a minha mãe que explica dessa marca que eu tenho aqui. Aí, o resto que é uma febre, uma dor de cabeça, assim... (P5)

De saúde só eu grávida, diabetes gestacional e pressão [hipertensão] gestacional, só. Não tenho problema de saúde não. (P6)

Em relação aos serviços de saúde que as participantes utilizavam antes da mudança de país, foi possível identificar que ou as mulheres não utilizavam os serviços de saúde, sendo afirmado isso por três respondentes, ou utilizavam apenas para casos pontuais de pronto atendimento, com exceção apenas da participante 4, que relatou que frequentava mensalmente os serviços de saúde com a sua filha.

Nenhum. (P1)

Nenhum. (P2)

Não. (P3)

Não, ia com minha filha maior, sempre com as datas certinhas, porque eu tomava também vacinas. Chegava a... atendimentos de cada mês a minha filha. (P4)

Ia no hospital se eu tenho febre, ou outra coisa. (P8)

Não. Bom, problema de saúde, todo mundo, tipo dodói assim, tudo bem. Mas problema de saúde assim, eu nunca tive. (P9)

Os depoimentos a seguir indicam que, após o processo migratório, a utilização de serviços de saúde foi ampliada, tendo em vista que todas as participantes informaram que já

havam acessado algum serviço de saúde no Brasil.

Eu procurei só um médico aí, tenho um problema com a Tireoide, mas não consegui marcar o exame. (P1)

Saúde mental. (P2)

Pré-natal, maternidade... (P3)

Sim, eu e minha filha. Tomamos vacina também da gripe, nós quatro tomamos. Às vezes nós vamos, agora também estamos sempre... como tenho tumor [hérnia umbilical], né? Então estou sempre indo... (P4)

A primeira vez que o médico, é ginecologia, porque eu tive um problema em meu ventre, logo na primeira vez aqui, ginecologia. [...] Depois foi da minha criança, quando quebrou o braço. Agora já sarou. (P7)

A gente teve uma filha aqui, fui no hospital... [...] Foi por causa da gravidez e por outra coisa também. (P8)

A participante 6 mencionou que o acesso a serviços de saúde no Brasil é melhor do que em seu país de origem, relatando que conseguiu realizar o parto de sua filha e que no Haiti (país de nascimento), para realizar o mesmo procedimento, seria necessária uma boa condição financeira.

[...] porque se eu não consegui serviço de saúde aqui, eu não teria filha [...] fiz cesariana [...] Haiti eu tenho muito, muito, muito dinheiro, eu pagar uma filha pra nascer... (P6)

Em relação ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico, todas as participantes informaram que não realizavam esse tipo de acompanhamento antes do processo migratório para o Brasil.

Eu faço. [...] lá não fazia. (P2)

Não, nunca. (P4)

Não. (P5)

Lá não, só aqui. (P6)

Não, por quê? (P9)

Três respondentes informaram que realizam ou já realizaram atendimento psicológico/psiquiátrico após a mudança para o Brasil. A participante 2, após afirmar que realiza a cada dois meses, informou que se trata, na verdade, de um médico de família que a acompanha de modo bimestral e que prescreve os psicofármacos.

Sim, a cada 2 meses [...] ele é um médico familiar [referindo-se ao médico que prescreve os psicofármacos]. Eu vou eu e minha mãe... minha mãe com esse mesmo problema. (P2)

A participante 3 informou que ela e sua filha realizavam terapia com psicólogo.

Sim, psiquiátrico não, mas psicológico para ajudar a minha filha e eu também. A gente passou por essa terapia com psicólogo. Foi isso. [...] Por enquanto não fiz mais. Faz tempo já que fiz. (P3)

A participante 6 relatou que foi atendida por uma psicóloga após a perda de um filho.

[...] quando meu filho morreu [...] [médico] chamou pessoas para eu conversar. Eu conversei, conversei, as pessoas falaram para o médico: A [nome ocultado] tá bem... marido falou também [...] eu passar na psicóloga duas vezes aqui. (P6)

A participante 5 relatou que, embora nunca tenha realizado terapia com psicólogos, após sua mudança para o Brasil, sentiu vontade de realizar.

Nunca marquei assim, nunca tive essa consulta. [...] Já, já [sentiu vontade], porque uma vez eu fui levar o meu filho lá no centro da Penha onde ele faz a fisioterapia, aí de repente eu cheguei lá e ele tava passando com a TO e aí de repente eu comecei a lagrimar e ela parou de atender o menino, aí ela foi chamar uma assistente social, aí conversaram bastante comigo para saber o que estava se passando comigo, aí eu expliquei tudo, e aí pronto. Mas já tive vontade de ter sim. (P5)

Dois participantes, além de responderem que não realizam ou realizaram atendimento psicológico ou psiquiátrico após o processo migratório, afirmaram que não apresentaram motivos para buscar esse tipo de serviço de saúde.

Aqui não, tampouco tive motivos para buscar isso. [...] não sinto necessidade para buscar isso. (P7)

Não, não, não... cheguei normal, não tinha nada para procurar psicóloga, nada. (P9)

5.2.4.2. Uso de psicofármacos e processo migratório

Apenas uma participante afirmou fazer uso de psicofármacos, tendo iniciado a terapia medicamentosa no Brasil há cerca de cinco anos. Nessa categoria empírica são expostos os relatos sobre o início do uso, os sintomas e a percepção da participante em relação aos motivos e relação com a mudança de país. A seguir, o relato referente ao início do tratamento com os medicamentos.

Ah, quando você chega recente a um lugar... nossa, eu fiquei com muito, muito, medo. Eu acho que comecei a tomar remédio aí. Eles tinham fazenda, tinham um lugar... é pra mim... como eu falo, eu sou da cidade, eu nunca fui a um lugar assim... de mato, assim um lugar sozinho. Eu sempre fui da cidade e tudo pra mim é aí mesmo, perto. Esse outro lugar era de mato, entendeu? Aí, quando eu tinha que entrar aí nesse lugar, eles me levaram para uma fazenda que fica, eu acho que em Jaguariúna, por aí... bem pra dentro. Aí eu ficava nervosa, nervosa e a pressão começou a subir. Aí, eu ficava com muito medo, aí eu falei: ai, eu tô passando mal. Se acontecer alguma coisa..., eu fiquei fazendo crise de pânico mesmo, pânico! [...] Pelo mato, não conseguia falar direito, entender as pessoas, eu encontrei um lugar muito longe. E se acontecesse alguma coisa, sabe? Eu fiquei com muito medo. (P2)

Após esse relato, a participante foi questionada se ela se sentia sozinha no local.

Muito, muito, muito, muito! Aí você tem que ficar sábado, domingo, feriado. Precisa falar com a sua família, não consegue, porque você tá em um lugar que, sabe? Tá morando na casa dos outros. Aí, eu fiquei aí, aí começou. (P2)

Ao ser questionada se possuía contato com as pessoas que moravam no local, com os donos da casa, ela informou:

Eu tinha porque eles me levavam para o hospital para ver o que tava acontecendo, aí era um lugar em volta de Campinas, eles conseguiram uns Drs cubanos que falam espanhol. E eu comecei a conversar com eles, me passaram um remédio. Um remédio porque eu tava, tão, tão, tão nervosa. Eles começaram comigo com Diazepam, e eu tomava vários por dia. Eu acho que um de manhã, um de noite. Depois mudou pra risperidona... mudaram para amitriptilina, fluoxetina... (P2)

Na sequência, perguntou-se para a participante se os donos da casa que a haviam contratado para esse trabalho a tratavam bem, e a respondente afirmou que sim.

Eram muito, muito [a tratavam bem]. Eles procuravam muito pra mim. Mas eu não me sentia bem, porque... eu me sentia como... eu queria ficar, mas não conseguia. Sabe que o medo me dominava assim, entendeu? (P2)

A participante seguiu relatando o que sentia no local.

[...] aí eu vi que eu podia morrer mesmo, porque eu tomava muito, muito, remédio mesmo. Eu não conseguia dormir nem com Diazepam, nem com Diazepam eu conseguia dormir. [...] eu emagreci muito aí. Sofria muito mesmo. Eu tava só remédio, só Diazepam, Diazepam. Depois eles me ajudavam a conseguir o remédio... (P2)

A entrevistada informou que ficou um período sem sintomas, e o médico da família que a atendeu suspendeu as medicações, contudo, com a pandemia, voltou a apresentar sintomas como insônia, dor de cabeça e medo, então foi prescrito novamente psicofármacos.

O primeiro começou com insônia, aí depois dor de cabeça, eu não conseguia segurar a cabeça, porque a cabeça... era quando pega um martelo que faz um barulho tum, tum, tum. É assim. (P2)

A participante foi questionada se o médico lhe atribuiu um diagnóstico, ela respondeu conforme descrito abaixo:

É, eu só expliquei para ele como eu estava, aí eu tava já, como é que se chama? Cefaleia tensional. [...] é quando a cabeça... quando você tem um latido que tá fazendo... na minha cabeça. Que faz tum, tum, tum. É assim a cabeça. Aí não conseguia segurar, entendeu? [...] eu fiquei como desesperada, eu fiquei em casa, tava com medo e voltei a fazer crise. [...] A fazer como uma crise aí de síndrome de pânico. (P2)

Outro ponto questionado durante a entrevista foi se a participante 2 já apresentava esses sintomas na República Dominicana, primeiro país para onde migrou:

É, eu sentia. É, eu acho que sim, porque eu não tomava remédio, porque você tem uma coisa, mas é... eu ficava ocupada sempre, eu trabalhava no hospital, aí eu não, sabe? Que eu sempre tava ocupada com alguma coisa, não tinha necessidade, como passar nada pra... é, como explico? Tava sem tempo para tentar e procurar e ficar se... fazer essa... a chegar a ir tomar remédio, entendeu? (P2)

Assim, foi perguntado se quando morava em seu país de origem, no Haiti, já sentia esses sintomas, no qual a resposta foi negativa.

Por fim, a participante foi questionada se relacionava esses sintomas e a circunstância de estar fazendo uso dos psicofármacos a algum fator relacionado ao fato de ter saído de seu país, portanto com a sua imigração. A entrevistada respondeu que acreditava que não, porque possivelmente já apresentava esse quadro, mas não tomava os remédios por desconhecimento da doença, contudo é importante ressaltar que ela se referiu ao momento em que estava na República Dominicana, o primeiro país para onde imigrou, e não ao seu país de origem. Além disso, o fato de ela estar fazendo uso dos medicamentos infere uma piora na intensidade dos sintomas, tendo em vista que no Brasil o quadro se tornou intolerável, ocasionando a busca por ajuda e início de tratamento medicamentoso.

Então, eu tô achando que não. Sabe por quê? Eu acho que não tomava remédio lá, aí quando comecei a fazer essas crises, essas crises que eu faço, como assim dessas nervosas, de ansiedade... tudo isso. Aí eu tô como, eu fico depois meio pensando, imaginando que eu não tomava remédio lá [República Dominicana], porque..., mas acho que já estava fazendo isso. Eu não tomava remédio, porque eu não sabia, não conhecia a doença, entendeu? (P2)

5.2.4.3. Família, religião, terapia e trabalho: estratégias utilizadas para romper com o sofrimento psicossocial

Por meio das narrativas das mulheres, foi possível identificar que as estratégias utilizadas para lidar com o sofrimento psicossocial variam entre se aproximar da família, recorrer à religiosidade, trabalhar, dançar, realizar terapia e buscar um modo para se distrair.

É, eu choro, beijo meu filho e fico tranquila. (P1)

Terapia de vez em quando com psicólogo, ajuda bastante para não ter mágoas, rancores, raivas.... (P3)

Quando eu fico triste assim, eu escuto louvores. Escuto bastante louvores, às vezes eu vejo programas de tv da igreja, aí eu me distraio. Sim, me distraio. (P5)

Ah, não, não faço nada. Eu faço oração, eu faço o meu trabalho, eu tento esquecer, eu faço um trabalho que me ajuda como terapia ao mesmo tempo, animo, eu faço dança e eu esqueço, é assim que eu levo, não é fácil, mas é assim que eu levo. (P9)

5.3. Terceira etapa dos resultados: gênero, raça e condições socioeconômicas em uma perspectiva interseccional

Por meio da caracterização sociodemográfica realizada na primeira etapa dos resultados e das categorias analíticas e empíricas demonstradas na segunda etapa dos resultados, foi possível realizar uma intersecção dos eixos de gênero, raça e questões socioeconômicas, por meio das respostas e discursos das participantes, que caracterizam essas mulheres imigrantes ou refugiadas em distintas condições e posições sociais. O cruzamento desses elementos pode se tornar um fator importante no entendimento do processo migratório, assim como dos desfechos em saúde mental dessas mulheres.

É possível verificar que a questão financeira, ou seja, a busca por melhor condição econômica em outro país foi o principal motivo para o processo migratório da maioria das respondentes. Ao se avaliar a renda familiar mensal das participantes da pesquisa, é possível identificar que o valor máximo não ultrapassa dois a três salários-mínimos, com algumas respondentes mencionando até 1/2 salário-mínimo mensal e a maioria delas informando que a renda não é suficiente para elementos fundamentais como alimentação, água e energia, sendo necessário recorrer a familiares e amigos, ou buscar outros meios para auxílio. No contexto da pandemia da Covid-19, a situação se tornou ainda mais agravante, conforme foi possível identificar na fala da participante 4 na categoria 5.2.3.5, em que a respondente relatou que foi

necessário auxílio da Instituição Missão Paz, para conseguir se alimentar na pandemia e que, em meio a essa dificuldade, estava gestante e sofreu um aborto.

A participante 7 relatou na categoria 5.2.3.5 que, após perder o emprego na pandemia da Covid-19, não conseguiu mais manter o aluguel de seu local de moradia, passando a residir com seus filhos em um quarto cedido por uma amiga. É possível notar que se trata de um grupo de baixa condição socioeconômica, que se evidencia nas falas apresentadas nas categorias de pesquisa e nas respostas dos questionários sociodemográficos, bem como denota como esse fator influencia no processo de imigração e refúgio das mulheres, no que diz respeito à dificuldade de acesso à saúde, educação, alimentação, condições sanitárias e ambientais, habitação, mercado de trabalho, cultura e lazer.

Outra categoria de articulação identificada foi relacionada diretamente à própria imigração e refúgio. A participante 1 mencionou na categoria empírica 5.2.2.3 que, em seu primeiro estado de moradia no país, Roraima, notava que as pessoas não gostavam de estrangeiros, no entanto, nos questionamos se esses sujeitos não gostam de estrangeiros de modo geral, ou em particular dos advindos de regiões pobres e desprestigiadas, como era o caso dessa participante de nacionalidade venezuelana. Tendo em vista as concepções eurocêntricas ainda tão presentes no Brasil (REICHERT, 2012), a xenofobia torna-se frequente a depender da raça, classe social e país de origem dos imigrantes (BRANDT; WASSERMAN, 2021).

Em uma avaliação mais apurada dos questionários sociodemográficos, nota-se que as participantes da pesquisa são originárias de países de Terceiro Mundo, desvalorizados no Brasil. Na fala da participante 7, também na categoria empírica 5.2.2.3, é mencionada uma situação em que uma pessoa brasileira abordou a respondente na rua e a chamou, diversas vezes, pelo nome do seu país de origem, Bolívia. A participante entendeu que se tratava de uma briga e ofensa.

A participante 3 também descreveu situações de discriminações sofridas no Brasil, tais como pessoas a questionavam por que ela não retornava para seu país de origem, Bolívia, bem como mencionou situações em que imigrantes eram acusados de roubar o dinheiro e trabalho dos brasileiros. Ela expôs sua dificuldade e o sentimento de tristeza, ocasionado por esse tipo de discriminação sofrida. A participante 9, de nacionalidade da República Democrática do Congo, relatou que se sentia uma estrangeira no Brasil, mesmo morando aqui há cerca de 12 anos, expondo que, em diversos momentos, é tratada desse modo, além de já ter sofrido ofensas discriminatórias, como pessoas falando para ela voltar para sua terra, chamando-a de estrangeira, imitando seu sotaque e de seus filhos, entre outras situações.

A participante 5, nascida no Haiti, expôs uma situação em que, ao buscar atendimento de saúde, foi informada por uma médica que ela não poderia ser atendida por não ser brasileira e, portanto, não possuir direitos no país. Desse modo, identificamos diversas situações de discriminação e preconceito com as participantes, em que a origem de país delas, influencia no modo como são vistas e tratadas no Brasil, que é um país colonial, onde o eurocentrismo e nortecentrismo se perpetuam em todos os sistemas, de modo a desprestigiar países latinos e/ou de terceiro mundo.

A participante 9 deixou claro em sua fala, na categoria 5.2.2.3, que os brasileiros não demonstram querer agregar com ela e sua família, uma vez que olham para eles como coitados ou com olhar discriminatório, por serem africanos, ao que ela expõe sofrer preconceito não apenas por ser preta, mas também por ser africana.

Diante disso, nota-se a raça das mulheres imigrantes ou refugiadas como outro eixo de intersecção. A própria participante 9 realizou o cruzamento de duas categorias de opressão, a de estrangeira originária de um continente visto como pobre e descriminalizado (África), com raça, de acordo com a sua vivência como refugiada no Brasil, ao citar sofrer duplo preconceito e discriminação, além da intersecção do fator gênero, que fica implícito em seu discurso. Assim, a mesma participante relatou que esta cultura racista brasileira foi um dos pontos que dificultou sua adaptação no Brasil e que não consegue entender como esse país miscigenado possui uma população com tão notável preconceito e atitudes discriminatórias. Ainda na categoria 5.2.2.3, a respondente relatou que essas situações e comentários ocorrem diariamente com ela e sua família, ilustrando com exemplos de insultos racistas que sofrem por meio de expressões como “cabelo duro”.

Nesse cenário, é importante destacar que o colonialismo e o racismo estão conectados e, conforme exposto por Santos (2018), existe uma linha que divide os países em sociedades metropolitanas, referentes às colonialistas, e sociedades coloniais. Essa divisão é tão presente nos tempos atuais quanto no período colonial. O autor explica que os sujeitos que estão do outro lado da linha não são notados, nem respeitados como humanos de fato. Desse modo, as exclusões são grandes, sendo a regulação social realizada por um processo de apropriação e violência. Mesmo com o passar do tempo, os mecanismos utilizados ainda são semelhantes aos do colonialismo, como o racismo, o trabalho forçado, os campos para refugiados e o feminicídio. Dessa maneira, a luta em oposição à violência e à apropriação trata-se da mesma luta pela libertação da regulação colonial.

Santos (2018) também demonstra uma imposição de um sistema de conhecimentos, ciência e técnicas não apenas eurocêntricos, mas das concepções produzidas pelo etnocentrismo

européu de regiões de idioma anglófono, ou seja, pelo Norte global colonialista sobre o Sul global colonizado. Assim, as relações do Norte com o Sul permanecem seguindo uma perspectiva colonial e capitalista. Almeida (2019) esclarece que a raça se tornou um conceito fundamental para que a devastação do colonialismo, da escravidão e da considerada razão universal da civilização atuasse conjuntamente, assim como o neocolonialismo utilizou como pretexto a ideia de inferioridade racial dos sujeitos colonizados, na qual o processo de neocolonização libertaria esses povos do subdesenvolvimento.

Tendo em vista a caracterização sociodemográfica das mulheres, observa-se que a maioria se autodeclarou preta (5), ao passo que três informaram parda e uma indígena, nota-se, portanto, que as participantes pertencem a grupos étnicos-raciais que são vítimas de racismo no Brasil e no mundo nortecêntrico. Assim, a raça se torna mais um fator de opressão e vulnerabilidade entre as mulheres participantes da pesquisa.

Além disso, no discurso das mulheres, fica implícita a questão de gênero como mais um elemento de opressão, ao relatarem sobre a multiplicidade de papéis exercidos por elas, que precisam se dividir em diferentes funções e responsabilidades, quando questionadas quanto à rotina de vida após o processo migratório, na categoria empírica 5.2.2.2. Nos resultados referentes à caracterização sociodemográfica das participantes, observa-se que todas realizavam os serviços domésticos em suas casas, algumas mencionaram que dividem as tarefas com o(a) companheiro(a) ou com os filhos.

A estrutura social patriarcal sempre conduziu as mulheres ao trabalho doméstico e aos cuidados com os filhos, enquanto os homens devem fornecer apoio financeiro à família (PASSOS; GUEDES, 2018). Atualmente grande parte das mulheres trabalha, é responsável pela renda familiar, assim como absorve, muitas vezes sozinhas, os serviços domésticos e os cuidados com os filhos, uma vez que a maioria de seus companheiros ainda atualmente não se responsabiliza por tais ocupações, deixando as mulheres sobrecarregadas em uma tripla jornada de trabalho, que envolve o trabalho para obtenção de renda, cuidados com os filhos e as tarefas domésticas. Assim, como relatou a participante 9, a rotina é atribulada porque a mulher realiza muitos papéis, como o de mãe, pai, profissional, estudante, entre outros. A participante 5, na categoria 5.2.2.2, relatou que imigrou para o Brasil com dois dos seus filhos para conseguir tratamento médico para um deles, enquanto quatro deles ficaram com seu ex-companheiro em Angola, seu país de origem. Seu ex-marido deixou de cuidar dos filhos, sendo necessário que ela retornasse ao país para buscar os quatro filhos que estavam sozinhos e sem cuidados, tendo em vista que o pai havia abandonado.

Nessa perspectiva, a participante 6 afirmou na categoria 5.2.1.1, que o motivo de sua imigração foi porque seu marido veio morar no Brasil em busca de emprego e precisou dela para lavar roupa, fazer comida, além do fato de eles estarem casados, mas não terem filhos ainda, sendo este um desejo do marido. Nota-se que os desejos do marido prevalecem sobre os desejos dela, exaltando, assim, o sistema de gênero heteropatriarcal, na qual a sociedade permanece solidificada.

A participante 7 relatou, na categoria 5.2.2.2, sobre a dificuldade de conseguir trabalho, informando que, como não tem uma rede de apoio no Brasil para auxiliá-la nos cuidados com seus filhos, ela vai à procura de emprego com as crianças, o que dificulta sua contratação, ou seja, a maternidade torna-se um empecilho para ela conseguir emprego, sendo ainda vista como uma responsabilidade que concerne às mulheres.

Além da participante 7, a dificuldade de conseguir emprego no Brasil, como imigrantes ou refugiadas, foram narrativas que se repetiram nas falas das respondentes ao longo das categorias, sendo mencionado também pelas participantes 1, 5, 6 e 8. Desse modo, constata-se a opressão de gênero também em relação à exclusão laboral, assim como também é notória as opressões de raça e condição socioeconômica, identificadas no contexto social e de trabalho dessas mulheres imigrantes ou refugiadas.

Na categoria empírica 5.2.4.2, sobre uso de psicofármacos e processo migratório, a participante 2 relatou sobre o início do uso desses medicamentos, que ocorreu após sua imigração para o Brasil, relacionando seu uso ao medo, insegurança e solidão que o ambiente de trabalho lhe causava, o que inclusive prejudicava seu sono e alterava sua condição mental.

É notável que o processo migratório por si só possui diversos obstáculos e dificuldades relacionados a estar distante dos familiares e de pessoas próximas, além da adaptação ao novo local. Algumas participantes relataram sobre o problema da distância da família, entre elas a participante 7, na categoria 5.2.2.1, em que expôs que sentia falta de compartilhar com a sua família, informando que estava passando por um momento difícil e que se estivesse próxima a eles, poderia contar com esse apoio. Além da participante 2, na categoria empírica 5.2.3.5, em que relatou sobre sentimento de tristeza e medo por estar longe da família, ao citar em sua fala a ausência dos filhos e a sensação de ruptura familiar, agravada com as inseguranças da pandemia.

Outro ponto também exposto por algumas das respondentes foi sobre a separação com o(a) cônjuge no processo migratório, como a participante 5, na categoria 5.2.3.1, em que ao responder sobre as preocupações e sentimentos que estava apresentando devido a sua mudança de país, relatou sobre a separação com o pai de seus filhos e o fato de acreditar que se tivesse

permanecido em seu país de origem ainda estaria casada com ele, mas a imigração ocasionou a separação.

Além disso, outras questões também foram mencionadas pelas mulheres, como suas preocupações e sentimentos relacionados ao processo migratório, devido a fatores econômicos. A participante 1, na categoria 5.2.3.1, mencionou como a dificuldade financeira tornou-se um empecilho para estar mais próxima da família, citando que um familiar havia falecido e que não conseguiu retornar ao seu país, para prestar as condolências nesse momento. Além disso, a participante 4 relatou sobre a preocupação de não poder conceder ajuda financeira à sua mãe que se encontra impossibilitada de trabalhar.

Nota-se que o processo migratório, somado aos eixos de raça, gênero e condição socioeconômica, alteraram de modo significativo a condição de vida dessas mulheres, refletindo na experiência migratória e de refúgio como um todo. Na categoria 5.2.3.4, a participante 5, ao ser questionada se a tristeza que relatou ao longo da entrevista está relacionada à sua vinda para o Brasil, respondeu que um pouco, mas que realizou a imigração devido à necessidade de ajudar o seu filho. Desse modo, são diversos os fatores de opressão, como raça, gênero e condição socioeconômica, além de alguns referentes à própria condição de imigração ou refúgio, que se articulam, podendo causar comprometimento na saúde mental dessas mulheres.

Diante do exposto nos relatos das participantes desse estudo, nota-se que a intersecção dos eixos de gênero, raça e condições socioeconômicas, multiplicam as vulnerabilidades dessas mulheres, agravando e se articulando às dificuldades por estarem desbravando outro país, cultura e estrutura social, sem uma rede de apoio, como possuíam em seus países de origem e com a necessidade de se adaptar à nova realidade na condição de imigrantes ou refugiadas.

A articulação desses núcleos de diferenciação regula a experiência migratória das mulheres e notoriamente influenciam em sua saúde mental. As vivências experienciadas pelas mulheres, por meio dessas categorias, não estão dissociadas umas das outras, sendo, portanto, importante uma análise que interseccione tais experiências, tal como proposto pela perspectiva interseccional.

Assim, diante dessa análise, foi possível identificar que os efeitos do processo migratório na saúde mental das mulheres imigrantes ou refugiadas foram potencializados pelo gênero, condição socioeconômica e raça, ao notar o sofrimento relacionado à discriminação e à exclusão às quais elas foram submetidas em razão de gênero, racismo e dificuldades de acesso a requisitos essenciais de vida, devido às baixas condições socioeconômicas. Esses eixos

influenciam significativamente na experiência migratória e de refúgio, bem como impactam em sua saúde mental.

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo geral analisar os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo. Para isso, foram definidos como objetivos específicos, caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres participantes da pesquisa; identificar as histórias relacionadas aos seus processos migratórios; identificar se as mulheres participantes do estudo apresentavam sofrimento psicossocial relacionado aos processos migratórios e, caso positivo, demonstrar as principais razões que as levavam a isso; identificar se os efeitos dos processos migratórios na saúde mental são potencializados pelo gênero, condição socioeconômica e raça das participantes, além de quais os serviços e estratégias que as mulheres participantes do estudo utilizavam para buscar atendimento voltado ao sofrimento psicossocial. De acordo com esses objetivos e com base no referencial teórico, procurou-se articular, analisar e compreender os resultados alcançados por meio dos questionários sociodemográficos e das entrevistas semiestruturadas.

Diante dos resultados obtidos por meio dos questionários sociodemográficos aplicados, notou-se que as condições de vida das nove mulheres participantes do estudo refletem as dificuldades que parte das mulheres enfrentam ao mudar de país com condições socioeconômicas desfavorecidas. Conforme a *International Organization for Migration – IOM* (2019), as mulheres representam 47,9% dos indivíduos que vivem fora dos seus países de origem. De acordo com o Relatório Anual de 2020, do Departamento de Migrações da Secretaria Nacional de Justiça, elaborado pelo Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), de janeiro a agosto de 2020, as mulheres representaram 43,45% dos registros migratórios e 42,74% das solicitações de refúgio no Brasil (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020). Logo, atualmente as mulheres constituem quase metade dos migrantes internacionais no mundo.

Por meio dos dados sociodemográficos, identificou-se que as participantes possuíam faixa etária entre 20 a 49 anos, com estado civil variando entre solteira, casada e em união estável. A maioria das mulheres se autodeclarou como preta, e as demais como parda ou indígena. É possível verificar que todas as participantes da pesquisa se autodeclararam com as respectivas raças que sofrem com os maiores níveis de vulnerabilidade econômica e social no Brasil, de acordo com o IBGE (2019), o que representa, em particular para as raças preta e parda, subocupação no mercado de trabalho, menores porcentagens na distribuição de renda, piores condições de moradia, maior taxa de analfabetismo, menor representação política e maior risco de sofrer violência. É notável o intenso racismo sofrido por esses grupos no país, tendo em vista que a estrutura da sociedade brasileira segue um padrão de posição social, e a raça, um

dos principais estratificadores estruturais dos determinantes sociais da saúde, influencia na condição de vida e saúde das pessoas.

As participantes da pesquisa são originárias de cinco países, sendo dois da América Latina (Bolívia e Venezuela), um da América central (Haiti) e dois africanos (Angola e República Democrática do Congo). Diante disso, observa-se que se tratam de mulheres originárias de países com grandes indicadores de pobreza, fome e desigualdades socioeconômicas, além de alguns desses países possuírem histórico de catástrofes naturais, como o Haiti, que sofreu um abalo sísmico em 2010, responsável por devastar o país e pelo forte aumento da emigração, inclusive para o Brasil (MORAES; ANDRADE; MATTOS, 2013).

Os dados apontaram que as participantes, em sua maioria, residem em regiões centrais ou na zona leste da cidade de São Paulo. Como descrito por Souchaud (2008), os imigrantes em São Paulo costumam se agrupar em regiões centrais e pericentrais, como os imigrantes antigos portugueses, italianos e japoneses que inicialmente centralizavam-se entre bairros como Bom Retiro, Pari e Liberdade e, com o tempo, o que o autor nomeia de “centro” da imigração em São Paulo foi alterando e abrangendo outras regiões, como modo de acompanhar o crescimento e ocupação da cidade, e a presença dos imigrantes intensificou-se em outros bairros, também centrais nas Zonas Oeste e Sul, como o Morumbi, e na zona Leste, como a Mooca, tradicional bairro de imigrantes italianos.

Conforme Silva (2006), os imigrantes bolivianos estão concentrados em bairros da região central de São Paulo, contudo há uma presença importante deles na Zona Leste, assim como em outras cidades próximas a São Paulo. Os centros são locais que apresentam uma diversidade de opções, sendo escolhidos por pessoas que buscam por oportunidades, portanto se tornam facilmente lugares de moradia para estrangeiros (SOUCHAUD, 2008).

A maioria das mulheres já possuía documentação brasileira, as 22% que informaram não dispor disso esclareceram que já estavam em processo de providenciar. Trata-se de um fator fundamental, pois as famílias que se deslocam para morar no Brasil e não possuem documentação se tornam vulneráveis à deportação e sofrem maior risco de serem traficadas ou de ficarem sujeitas ao trabalho escravo (MAGALHÃES, 2018). Ambos os locais selecionados para a pesquisa, Centro Cáritas Arquidiocesana de São Paulo e a Instituição Missão Paz, fornecem serviço de apoio aos imigrantes e refugiados para obter a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), documento fundamental para todo estrangeiro que reside no país (BRASIL, 2021b).

Em relação às profissões das participantes, algumas mulheres declararam profissões que estavam exercendo no momento da entrevista e outras informaram profissões que exerciam antes do processo migratório, sendo que a maioria das profissões mencionadas se encaixam nas historicamente identificadas como pertencentes ao gênero "feminino", logo os serviços tradicionais relativos à divisão de gênero. Quanto à situação atual de trabalho, nota-se que a maioria se encontrava desempregada ou trabalhando de modo autônomo. Em relação ao mercado de trabalho, nota-se que a problemática da mulher que reside em outro país, que não o seu de nascimento, intensifica-se, pois, além de ter que enfrentar a opressão por ser mulher e mãe, é imigrante ou refugiada, portanto pode ter dificuldades com a língua, desconhecimento do local, perfil de trabalho, assim como o preconceito e receio do próprio contratante, tendo em vista que o mercado é discriminatório com pessoas originárias de outros países, principalmente com as mulheres (SANTOS; MULLER, 2019).

As mulheres estrangeiras enfrentam maiores dificuldades e discriminações do que os homens na mesma situação, inclusive quanto ao perfil de profissões desempenhadas. Essas diferenças de gênero são identificadas nos salários mais altos e maiores oportunidades dos homens no mundo laboral. Assim, essas mulheres são utilizadas como mão de obra barata e, muitas vezes, não recebem os direitos trabalhistas fundamentais (SIMÕES; LUZ, 2018). Além disso, as mães sofrem ainda mais, pois, como apontado no estudo de Guiginski e Wajnman (2019), o fato de a mulher possuir filhos influencia consideravelmente em sua inserção no mercado de trabalho, aumentando as probabilidades de trabalhos desqualificados, de trabalhar de modo autônomo e de cumprir jornadas de trabalho parciais, ao passo que, para os homens, o fato de terem filhos não costuma demonstrar impacto significativo nesses fatores. Logo, os homens, por assumirem menores responsabilidades do que as mulheres com os trabalhos domésticos e filhos, possuem mais tempo para se dedicarem ao trabalho e ao lazer.

A renda mensal individual das participantes é caracterizada por uma renda baixa e, para a maioria das respondentes, incerta. Os valores mais altos são de 1 a 2 salários-mínimos, sendo referente a apenas 33% das mulheres, as demais ganham um valor inferior ou não recebem. A desigualdade de renda é grande e histórica no Brasil, além disso, os homens recebem 29,6% a mais do que as mulheres (IBGE, 2020a), o que aumenta ainda mais sua vulnerabilidade por estarem mais expostas à pobreza.

Os dias de trabalho por semana das mulheres participantes do estudo variam entre sete, dias na semana até dois dias ou nenhum. Ao se avaliar as horas por dia de trabalho, nota-se que algumas participantes ultrapassam a carga de trabalho diária prevista na CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Embora não seja possível afirmar que foi identificada uma condição de

escravidão/tráfico de imigrantes ou refugiadas entre as respondentes, é importante mencionar sobre como essa condição é frequente nesse grupo. Uma pesquisa da Repórter Brasil (2020) sobre a exploração laboral de trabalhadoras no país, realizada com os dados dos registros de fiscalizações do Ministério da Economia entre 2003 a 2018, identificou que, na cidade de São Paulo, de todas as mulheres resgatadas em situação de escravidão, 93,1% eram migrantes internacionais e grande parte dos resgates na cidade ocorreu em oficinas de costura clandestinas. Essas mulheres apresentam maiores fatores de vulnerabilidade, por não receberem qualquer direito trabalhista, além de essa condição aumentar as desigualdades relativas à questão de gênero.

Quanto à escolaridade das participantes, nota-se que 22,22% das mulheres iniciaram o ensino superior, no entanto nenhuma o concluiu, 22,22% possuem o ensino técnico completo, e as demais concluíram até o ensino fundamental ou médio. Diante disso, foi possível caracterizar uma amostra diversificada quanto à escolaridade, com participantes com ensino fundamental completo até ensino superior incompleto. De acordo com o modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde da OMS, a educação demonstra a mudança da posição socioeconômica dos pais para a posição dos filhos na idade adulta, assim como é um importante determinante de futura ocupação e renda. Além disso, o conhecimento conquistado por meio da educação pode tornar as pessoas mais receptivas no que diz respeito à educação em saúde, permitindo melhor comunicação e acesso a serviços de saúde adequados (SOLAR; IRWIN, 2010).

Em relação à renda e composição familiar das participantes, nota-se que, embora a renda familiar tenha aumentado em relação a individual, ela ainda permanece baixa, com 11,11% informando de dois a três salários-mínimos, 33,33% de um a dois salários-mínimos, e as demais com renda que não ultrapassa um salário-mínimo. No Brasil, são classificadas como famílias de baixa renda as que possuem renda familiar total de até três salários-mínimos (SEDES, 2021). Sendo assim, todas as famílias das participantes são consideradas de baixa renda. Conforme o modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde da OMS, a renda é o indicador de posição socioeconômica que determina de modo mais direto os recursos materiais dos sujeitos, podendo influenciar em diversos fatores materiais que podem alterar os resultados em saúde. A renda individual detém a qualidade material, ao passo que a renda familiar é um indicador mais útil, tendo em vista que os benefícios da renda e consumo são partilhados entre a família. Assim, a renda é o principal indicador de padrões de vida materiais (SOLAR; IRWIN, 2010), implicando nas condições de vida e reduzindo o acesso e qualidade dos serviços de saúde para as participantes do estudo, considerando a baixa renda familiar de todas.

A quantidade de residentes na casa da maioria das respondentes restringia-se de uma a quatro pessoas, apenas uma das participantes possui um filho com deficiência, inclusive sendo seu tratamento de saúde o motivo para a mudança para o Brasil.

Quanto à situação de moradia das respondentes, observa-se que a grande maioria reside em casa alugada no Brasil e todas possuem em suas residências recursos básicos como água canalizada, energia elétrica e coleta de lixo. A maioria dispõe de recursos como fogão, geladeira e máquina de lavar roupa, a minoria apresenta computador e rádio e 11,11% possui automóvel.

A análise da estrutura física dos bairros das participantes revela que os pontos mais críticos são os fatores segurança e a ausência de cultura e lazer. Os pontos positivos e de maior acesso são os serviços básicos, escolas e serviços de saúde. Em razão da renda baixa, as mulheres buscam locais de moradia com um valor compatível ao seu rendimento, por isso parte delas residem em locais que não consideram seguros, o que restringe a vivência na região e que, assim como a ausência de locais de cultura e lazer, limitam o processo de socialização, inclusão e capital social, fundamentais para a adequada adaptação das mulheres imigrantes ou refugiadas.

Nota-se que todas as participantes são responsáveis pelo trabalho doméstico, embora algumas dividam as tarefas domésticas com filhos e/ou companheiros. Esse resultado não é uma surpresa, tendo em vista que as mulheres continuam eminentemente assumindo os serviços domésticos, independentemente de trabalharem fora de casa ou não, configurando a conhecida situação da tripla jornada de trabalho, que caracteriza o trabalho feminino na contemporaneidade e, principalmente, de mulheres de baixa renda e em vulnerabilidade social, conforme mostra estudo realizado por Pinheiro et al. (2019) pelo Instituto de Economia Aplicada (IPEA), no Brasil, o trabalho doméstico segue como uma responsabilidade sobremaneira feminina, principalmente para mulheres negras, de baixa escolaridade e oriundas de famílias pobres.

A divisão sexual do trabalho está relacionada a associações hierárquicas em que homens estão ligados à produção, ao passo que as mulheres à reprodução, sendo a associação masculina considerada de ordem cultural, e a feminina, de ordem da natureza (ÁVILA; FERREIRA, 2014), como se as atividades domésticas de cozinhar, limpar a casa e cuidar das crianças fossem um dom feminino e que as mulheres já nascessem com ele. Assim, há uma construção social que gera e reforça, por meio das tradições de gênero, que as mulheres estão destinadas ao cuidado, desvinculando isso dos homens (PINHEIRO et al., 2019).

As participantes consideram a renda familiar insuficiente para as despesas domésticas e pessoais necessárias, sendo preciso algumas vezes solicitar apoio de amigos ou familiares, bem

como para a assistência social (este último exposto nos resultados das entrevistas semiestruturadas). Os principais gastos das mulheres imigrantes ou refugiadas são os itens básicos para manter a subsistência da família, sendo água, luz, gás e alimentação.

Quanto à organização familiar, nota-se que todas as mulheres consideram seus filhos como família e 33,33% também consideram o cônjuge. Em relação à rotina diária das participantes, todas citaram ficar em casa, somente 22,22% frequentam grupos de socialização ou amigos. No entanto, socializar e encontrar amigos são elementos importantes para as mulheres imigrantes ou refugiadas, para estabelecer relações e buscar ou fortalecer redes de apoio.

No que diz respeito às redes sociais de apoio, a maioria das mulheres mencionou que quem fornece apoio quando necessário é a família. Assim, mesmo sendo mulheres estrangeiras, na qual a maior parte dos familiares encontram-se distantes, a família é a principal rede de apoio financeira e emocional. As redes sociais pessoais (família, vizinhos e amigos) e de organizações migratórias são determinantes em todo processo migratório. Conforme Geib (2012), as redes sociais são estabelecidas por amigos, familiares e vizinhos, grupos religiosos, associações, entre outros que proporcionam para determinados grupos de pessoas, relações envolvendo confiança, apoio e solidariedade, determinando o capital social. De acordo com Peixoto (2004), os migrantes não operam o ato de migrar, do momento inicial até o pós-migratório, sozinhos, pois são incorporados nas redes de familiares e conhecidos, ou do que o autor nomeia de “promotores da imigração”, que auxiliam no processo de mudança e adaptação dos indivíduos. Para Silva (2017), as redes sociais podem ser decisivas na inclusão e integração das pessoas em processos migratórios, em especial para os sujeitos a preconceito de raça e classe, como as participantes da pesquisa.

Por meio do capital social, possibilitado pelas redes, é possível diminuir os efeitos das dificuldades relacionadas aos fatores sociais, econômicos e culturais enfrentados pelos imigrantes ou refugiados, através, entre outros, de auxílios para conseguir emprego, disponibilizados pelas redes sociais de organizações que esse grupo pode visitar, como as frequentadas pelas participantes do estudo, Cáritas e a Missão Paz. O capital social é destacado pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS, como um componente notável no enfrentamento a esses determinantes, com características que conectam tanto os determinantes estruturais, quanto os intermediários (SOLAR; IRWIN, 2010). Conforme Ferrelli (2015), capital social é um patrimônio representativo da sociedade referente à qualidade no desempenho de normas e vínculos sociais de solidariedade e confiança mútua, contribuindo para o desenvolvimento tanto pessoal quanto coletivo (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Assim, o enfraquecimento do capital social agrava as iniquidades socioeconômicas, prejudicando os resultados em saúde, tendo em vista que as redes de apoio social são essenciais para sua promoção e proteção (CNDSS, 2008).

Os dados sociodemográficos também demonstraram que os locais que as mulheres conhecem e mais frequentam no bairro são os serviços básicos, seguidos dos postos de saúde. Em relação às políticas sociais: serviços e benefícios sociais, nota-se que a maioria das participantes utilizava programas assistenciais do governo, sendo mencionado auxílio emergencial e bolsa família. Diante disso, nota-se que as participantes do estudo necessitam das políticas sociais do governo para alcançar os recursos básicos de subsistência. Como descrito pelo modelo conceitual de determinantes sociais da saúde da OMS, os sistemas de proteção social influenciam no impacto da posição socioeconômica sobre a saúde e bem-estar das pessoas, sendo mecanismos importantes para o enfrentamento dos determinantes sociais, portanto o estado possui uma função primordial na proteção social, devendo assegurar que os serviços públicos sejam viabilizados com qualidade, equidade e eficácia (SOLAR; IRWIN, 2010).

Os resultados obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas apontam que o fator econômico foi o principal motivo de a maioria das participantes realizarem a migração. Questões como sustentar a família, conseguir melhor estabilidade e trabalho, além de fatores mais agravantes, como passar fome no país de origem, surgiram nas falas das mulheres que apontaram esse fator como motivo para mudar de país.

A possibilidade de propiciar ou amplificar condições materiais de existência, por meio de melhores oportunidades de empregos, salários e qualificação profissional, é frequentemente o motivo para se deixar o local de origem e morar em outro país, sendo, portanto, o principal fator de imigração no mundo, o de base econômica (CARNEIRO, 2017), em particular quando se trata da emigração nos países menos desenvolvidos e em classes economicamente desprivilegiadas.

Então, as condições socioeconômicas estão na base de todo fenômeno migratório e estão associadas à estrutura desproporcional do capitalismo, que intercede no movimento da população, possibilitando que esse fenômeno se transforme conforme as conjunturas desse determinado sistema (BOMTEMPO, 2019).

O fato de o aspecto econômico ter sido o principal motivo para que as mulheres participantes imigrantes mudassem de seus países, está em consonância com o apresentado pela ONU Mulheres (UN WOMEN, 2017), uma vez que houve um aumento na feminização da migração laboral. A organização também demonstra que esses fluxos migratórios são

movimentados, entre outros fatores, pela dificuldade de trabalho adequado para as mulheres em seus países de origem e pelo aumento da procura por mão de obra feminina nos países em que as mulheres se deslocam, tendo em vista que a feminização da migração vem atraindo a atenção de alguns países devido aos benefícios econômicos que ela pode trazer pelo potencial de trabalho das mulheres.

As participantes também responderam, como motivos para realizar o processo migratório, conflitos familiares envolvendo ex-esposo no país de origem, questões de saúde de um dos filhos, acompanhar o esposo que já se encontrava no Brasil, sendo sua vinda por motivos econômicos, além de perseguição política, no caso de uma participante refugiada, que saiu de seu país de origem com a filha mais velha devido a um conflito interno, após uma tentativa de golpe militar realizada pelo seu chefe, sendo o refúgio uma busca pela sua sobrevivência. Nota-se que o motivo da mudança de país é um indicador importante, pois influenciará de modo integral no processo migratório, em particular se houve momentos de perdas e traumas, como no caso dessa participante.

De acordo com a ACNUR (2020), o deslocamento forçado devido a conflitos políticos e sociais, perseguição ou violência, guerras e desastres naturais quase dobrou na última década, atualmente um pouco mais de 1% da população mundial consiste em pessoas refugiadas, além disso apenas um pequeno número desse grupo consegue retornar para casa. No caso da participante da pesquisa, isso ainda não foi possível. Essa população costuma enfrentar uma série de dificuldades no país que a acolhe, como discriminação, fome, problemas com idioma, diferenças culturais e separação da família. Diversas vezes essas condições se somam às experiências traumáticas de pré-refúgio, deixando essas pessoas em situação de intensa vulnerabilidade, aumentando os riscos de sofrimento (GALINA, 2017).

Em relação à história relacionada ao processo migratório, foi identificado que todas as participantes realizaram a mudança de país com familiares ou já tinham um familiar residindo no Brasil, à sua espera. Diante disso, observa-se que nenhuma delas se deslocou essencialmente sozinha, sendo quase todos os processos migratórios, com exceção da participante 9 que solicitou refúgio e da participante 2, caracterizados por ações que rodeavam as relações familiares, principalmente com os filhos e/ou companheiro, objetivando, diante de circunstâncias difíceis, de conflitos e vulnerabilidades, conceder auxílio financeiro ou por meio de serviços domésticos, à família.

Entretanto, evidencia-se que o fato de estarem focando sua atenção e esforço na família, não impediu que a maioria das mulheres adotasse um papel de liderança e autonomia, assumindo o processo migratório como uma escolha realizada por elas. A maioria demonstrou

que a mudança de país foi uma decisão realizada independentemente de cônjuges do gênero masculino e demais familiares, pois, na maior parte das histórias relatadas, nota-se o protagonismo das mulheres diante da decisão e ação no processo migratório, confirmando, portanto, a mudança de perfil da migração feminina, uma vez que anteriormente as mulheres eram vistas como coadjuvantes invisíveis, apenas como acompanhantes dos maridos e filhos, de uma decisão assumida e liderada pelos homens (OIM, 2014).

Ainda foi possível identificar que, mesmo sem muitas das participantes aparentemente possuírem conhecimento da ideologia feminista, o empoderamento feminino, ficou claro, ao longo dos relatos, por meio do domínio, poder e capacidade de decisão sobre suas próprias vidas, ainda que em meio a diversas barreiras e dificuldades, além de permanecerem vivendo sob um regime de discriminação, que não lhes concede os direitos adequados.

Quanto aos meios utilizados para a entrada no Brasil, a maioria fez a travessia de avião, apenas uma teve dificuldade de entrar no país, tendo em vista que não possuía documentação de seu país de origem, Venezuela, pois, conforme a participante informou, não havia material para isso no país. Ela precisou ficar alguns dias na fronteira com seu filho, em situação de insegurança e vulnerabilidade para conseguir realizar a travessia, algo similar à realidade de muitas imigrantes e refugiadas que são alvos de abusos sofridos na fronteira. Os fluxos migratórios de entrada de pessoas da Venezuela, por meio da fronteira terrestre norte do Brasil, vêm se intensificando, principalmente a partir do ano de 2015 (NIÑO, 2020; ROIG, 2018). Conforme nota técnica do ministério do trabalho, de 2 abril de 2018, é certo que os migrantes venezuelanos que entram no Brasil por meio da fronteira terrestre estão em situação de vulnerabilidade, com baixa condição econômica, muitas vezes com fome, além de outras privações, correndo risco maior de exploração laboral e de tráfico de pessoas (BAENINGER; SILVA, 2018). Além disso, as mulheres são mais vulneráveis ao tráfico de seres humanos com fins de exploração sexual, que se trata de um comércio multimilionário e que tende a crescer, expondo as mulheres a diversos riscos, como violência sexual e infecções sexualmente transmissíveis, além de terem acesso limitado aos serviços de saúde (ROIG, 2018).

Apenas uma participante do estudo declarou-se refugiada e informou que não apresentou dificuldades na solicitação de refúgio no país. O refúgio é uma proteção legal que o Brasil e outros países proporcionam a pessoas de outras nacionalidades que estejam sofrendo perseguição no âmbito de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou político, ou que estejam suscetíveis, em seus países de origem, à grave contravenção dos direitos humanos (BRASIL, 2021a). Conforme os dados do Ministério da Justiça e Segurança Pública, em 2019, houve o maior volume de solicitações de reconhecimento da condição de refugiado no Brasil, com um

número de 82.552 de pessoas que solicitaram refúgio em comparação a 1.465, em 2011 (SILVA et al., 2020). De acordo com o Relatório Anual de 2020, da OBMigra, dos solicitantes de refúgio de 2020 (de janeiro a agosto), observa-se que 42,74% eram mulheres e entre os principais países de nascimento desse grupo, encontram-se em primeiro lugar Venezuela, seguido do Haiti e Cuba (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020).

Ademais, foram registrados 1.085.673 imigrantes no Brasil, entre o período de 2011 a 2019, sendo 399.372 mulheres, representando 36,79% do total, no qual notamos um crescimento importante dos fluxos migratórios femininos, ao compararmos que apenas em 2020 (de janeiro a agosto) correspondiam a 43,45% do total. Os três principais países de origem em 2020 foram, respectivamente, Venezuela, Haiti e Colômbia (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2020). Por meio desses dados, nota-se o predomínio atual da migração de países da América Latina e Caribe para o Brasil, diferente do cenário antigo em que o Brasil recebia milhares de europeus e asiáticos.

Foi identificado que algumas participantes moravam em outros países, que não os seus de origem, antes de virem para o Brasil, ou moraram em outra cidade no Brasil, antes de se mudarem para São Paulo. Logo, de acordo com os discursos dessas participantes, é possível notar que algumas mulheres já haviam tentado melhores condições de vida ou refúgio em outros locais, contudo, por não conseguirem emprego ou não alcançarem os objetivos que estavam buscando, realizaram novas tentativas de país, ou de cidade de moradia no Brasil, como uma segunda tentativa de encontrar melhores condições de vida, segurança, desenvolvimento e bem-estar.

As mulheres também relataram sobre o processo de perda e separação ao mudarem de país, embora todas as participantes estavam acompanhadas de familiares no Brasil, o ponto mais destacado por elas, quanto aos principais aspectos da vida que foram alterados com os processos migratórios, foi a separação/distância dos demais familiares, que é demonstrada em meio à solidão e saudade.

Outro aspecto apontado em relação às mudanças que os processos migratórios causaram na vida das mulheres foi referente à religião. Conforme explicado por Pace (2014), como a migração se trata de um fator de grande mudança do contexto social, pode causar pluralização e desterritorialização no campo religioso. Diante disso, foi possível identificar nas falas de uma das participantes que, por não conseguir mais frequentar a mesma instituição religiosa que frequentava em seu país de origem, precisou mudar para outro tipo de Igreja. A participante também relatou que no início sentia falta de sua Igreja anterior, mas agora já se adaptou à nova instituição.

Abandonar o emprego e os estudos também foram situações apontadas por algumas das participantes da pesquisa. Nota-se que parte das mulheres possuía um meio de sustento antes da mudança de país ou estava estudando, em busca de construir uma carreira. Com a mudança para o Brasil, as mulheres abandonaram seus respectivos empregos, profissões e estudos, na procura por algo melhor e mais vantajoso, no entanto algumas demonstraram suas frustrações ao se arriscarem nessa busca, como exposto por uma das participantes que trabalhava em seu país de origem, mas não conseguiu trabalho no Brasil.

Observa-se que a rotina de multitarefas é constante na vida das mulheres imigrantes ou refugiadas, sendo exposto pelas participantes os múltiplos papéis que elas exercem ao longo do dia. As questões de gênero percorrem em conjunto com a evolução da humanidade, em que os papéis de homens e mulheres na sociedade foram separados. Então, durante a maior parte do tempo, o papel que cada sujeito estava exclusivamente incumbido de desempenhar era de algum modo imposto e, portanto, esperado pelo social. Sendo a tarefa das mulheres, a de se dedicarem aos filhos e afazeres domésticos, bem como de agradar e cuidar do esposo, ao passo que a função dos homens era de trabalhar e ser o provedor da casa (SINIGAGLIA, 2018).

Atualmente, em algumas sociedades, a mulher vem também assumindo o papel que anteriormente era considerado exclusivo dos homens. Essa conjuntura ocasionou acentuadas mudanças para a mulher contemporânea, no que condiz aos projetos de vida, escolhas e rotinas diárias (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014). O novo modelo expandiu as possibilidades de escolha e atuações de muitas mulheres, contudo é importante ressaltar que não funciona do mesmo modo em todas as sociedades, pois muitas ainda vem assumindo o modelo antigo, além disso as mulheres passaram a somar múltiplos papéis e funções, tendo em vista que, mesmo com os estudos e a entrada no mercado de trabalho, elas continuam sendo as principais responsáveis pelos cuidados com o lar e a família, sobrecarregando suas rotinas de vida e colocando em segundo lugar o tempo para o lazer, autocuidado e atenção às questões emocionais e de saúde, como exposto na fala das participantes. A mulher acumula funções com responsabilidades incessantes, enquanto os homens seguem o mesmo padrão anterior, resultando em uma divisão desigual de tarefas, tal qual exposto por uma das respondentes ao demonstrar a ausência de participação nas responsabilidades com os cuidados dos filhos, por parte de seu ex-companheiro.

A sociedade vigente, ao mesmo tempo que exalta que os indivíduos devem aproveitar o tempo com possibilidades de lazer para melhorar a qualidade de vida, apresenta uma lógica de ausência de tempo livre, sendo que as desigualdades nesse sentido afetam em particular as mulheres. O patriarcado faz com que as mulheres trabalhem continuamente, enquanto os

homens apresentam maior tempo livre, podendo se dedicar melhor às atividades de lazer. Assim, as mulheres seguem em dupla ou tripla jornada, assumindo grandes responsabilidades e, muitas vezes, com formas de lazer que na verdade são modos de trabalho mascarados, partindo de uma dialética em que se entende que o prazer feminino está ligado exclusivamente ao cuidado com a família, em detrimento dos seus (SILVA; SOUZA, 2015).

Observa-se que, no caso de mulheres imigrantes ou refugiadas, esse processo torna-se ainda mais crítico, por não possuírem a mesma rede de apoio que no país de origem, além da necessidade de adaptação e descobertas no novo lugar. Conforme identificado nas falas das participantes, os cuidados consigo, os momentos de descanso e lazer, bem como a própria saúde física e mental da mulher não são prioridades.

Em relação à dificuldade de adaptação no Brasil, o ponto mais mencionado pelas mulheres foi o desconhecimento do idioma e como isso gerou, principalmente no início do processo migratório e de refúgio, dificuldades na integração social, em razão de a maioria das participantes não compreenderem e não conseguirem falar o português na chegada ao país, além de se tornar um empecilho no momento de auxiliar os filhos com as tarefas escolares e se movimentar na cidade, como apontado pelas respondentes, o idioma também pode se tornar um obstáculo para o acesso a serviços, como os de saúde, e para o conhecimento dos direitos como imigrantes e refugiadas. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2015) realizou uma pesquisa sobre as dificuldades que os imigrantes, refugiados, solicitantes de refúgio e apátridas, depararam-se no que diz respeito ao acesso a serviços e direitos como saúde, educação, documentação e moradia, sendo o idioma a principal dificuldade institucional identificada.

Outros pontos também relatados nas entrevistas em relação aos obstáculos para a adaptação, foram quanto à dificuldade de se movimentar na cidade, por se tratar de algo novo e desconhecido, com necessidade de solicitar apoio a outras pessoas, além do choque cultural devido aos hábitos, costumes e tradições diferentes entre o Brasil e a cultura do país de origem. O choque cultural é uma teoria de Kalervo Oberg, dividida em quatro fases e criada para retratar o processo que os migrantes vivenciam ao se arrisarem a uma nova cultura ou meio social. A primeira fase é a lua de mel, na qual o sujeito fica fascinado pela cultura do novo país, sendo, portanto, a fase de excitação. A segunda fase é a do choque cultural, quando o indivíduo começa a ter desilusões e dificuldades para lidar com a nova cultura e realidade. A terceira fase é a adaptação, quando a pessoa gradativamente consegue realizar ajustes para lidar com as diferenças de cultura, adaptando-se melhor ao país anfitrião. A quarta e última fase é a domínio, na qual o sujeito passa a compreender e aceitar a cultura do novo país, desenvolvendo melhor

capacidade para lidar com essa nova realidade (OBERG, [2006] 1960; BLACK; MENDENHALL, 1991). Todas essas quatro fases são experienciadas de modo individualizado, contudo, tendo em vista que as participantes do estudo haviam realizado o deslocamento para o Brasil há no mínimo um ano e, ao observar as mudanças nas quais essas mulheres vivenciaram ao longo do processo migratório ou de refúgio, demonstrando na fase atual melhor adaptação e aceitação das diferenças culturais, nota-se que todas as participantes estavam na quarta fase do choque cultural, logo na fase domínio.

A cultura racista existente no Brasil também foi citada nos relatos sobre as dificuldades de adaptação, desconstruindo a imagem de democracia racial brasileira, na qual o país seria uma sociedade sem discriminação e com igualdade entre os diferentes grupos raciais, que muitos migrantes acreditam, tendo em vista a forte mestiçagem da sociedade no país. No entanto, mesmo com a miscigenação racial, as desigualdades existentes no Brasil não são apenas no âmbito socioeconômico, mas também são vigorosamente dominadas pelos aspectos étnico-raciais (CUNHA; SANTOS, 2014). Oliveira (2019) explica que o racismo no Brasil é uma construção histórica, e as teorias raciais existentes no país, como as do século XIX sobre a tentativa de “branqueamento” da população, representam o que o imperialismo utilizou e utiliza para garantir a dominação europeia sobre o Brasil e outras regiões. Assim, no Brasil, o racismo toma variadas formas, algumas mais tênues, outras mais evidentes, individualizadas ou institucionalizadas (PASSOS, 2011). Existem diversos discursos que, para muitos, são inocentes, mas carregam significados discriminatórios e racistas, como alguns que as participantes relataram escutar de brasileiros e que estão relacionados aos fatores fenótipos, como a cor da pele, a estrutura dos cabelos, entre outros elementos que indicam pertencimento étnico-racial (PASSOS, 2011).

Almeida (2019) ilustra que o racismo envolve um imaginário social estimulado pelo sistema de educação e meios de comunicação do país, que fazem com que a população acredite, por exemplo, que os homens negros são destinados ao crime, e as mulheres negras, aos serviços domésticos. O autor também explica que o racismo, em todas as suas representações, trata-se de um processo estrutural, por fazer parte das organizações políticas e econômicas, portanto envolve questões profundas enraizadas nos sistemas das sociedades.

Almeida (2019) esclarece que a história do racismo está vinculada aos momentos de crises do capitalismo, que se converteram em exploração e sofrimento para os povos negros. O imperialismo estabeleceu o início do colonialismo e do processo capitalista no âmbito internacional, pela necessidade de expansão do capital e fundamentou-se no racismo com o discurso de que determinadas populações necessitavam da libertação eurocêntrica civilizada

para se protegerem do declínio e ignorância (ALMEIDA, 2019).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020b) apontou que 56% da população brasileira é negra, sendo esse grupo o somatório dos que se declaram pretos ou pardos. Contudo, embora se trate da maioria da população, os resultados quanto à ocupação de trabalho e salário demonstram uma desigualdade entre os grupos populacionais, na qual a população ocupada de cor branca recebe 73,4% mais do que a de cor preta ou parda (IBGE, 2020a).

As atividades econômicas de menores remunerações, como os serviços domésticos, construção e agropecuária, são as que possuem mais trabalhadores de cor preta ou parda (IBGE, 2020a). No caso das mulheres negras, a situação é ainda mais agravante, sendo entre os grupos populacionais, o que recebe menos, com uma distância de menos da metade (44,4%) em comparação ao grupo dos homens brancos, que é o que apresenta maiores vantagens (IBGE, 2019). Um estudo do Dieese (2021), com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) do IBGE, ao comparar o salário de mulheres negras com não negras, apresentou que em 2020 as não negras possuíam aproximadamente um rendimento médio por hora de R\$ 18,15 ao passo que o das mulheres negras era de R\$ 10,95. Comparando com o rendimento médio de homens brancos, a diferença é maior ainda, tendo em vista que a média desse grupo é de R\$ 20,79.

A maioria das participantes respondeu que não se sentia estrangeira no Brasil, mas parte das mulheres, inclusive dessa maioria citada, relatou situações em que foram chamadas de estrangeiras por brasileiros, além de outras graves circunstâncias envolvendo racismo institucional, assédio moral, racismo e xenofobia. Foi observado que algumas participantes que responderam que não se sentiam estrangeiras relacionam isso à presença da família no Brasil, sendo, portanto, a família um componente importante para a adaptação e ambientação das mulheres no novo país.

Quando as participantes foram questionadas diretamente se sofrem ou já sofreram discriminação ou preconceito no Brasil, a maioria respondeu que não, contudo, mais uma vez, ao longo das entrevistas, relataram em diversos momentos situações discriminatórias pelas quais passaram após o processo migratório. Diante disso, nota-se que ou parte das mulheres apresentou dificuldades para identificar determinados comportamentos como discriminatórios, ou elas utilizaram isso como mecanismo de defesa, de modo a buscar minimizar as situações difíceis, para melhor se adaptarem, além da possibilidade de optarem por não falarem sobre o tema ou se sentirem recriminadas por reclamarem de preconceito para a pesquisadora, que é uma pessoa autóctone, ou seja, uma brasileira.

Entre as situações relatadas, foi identificado que algumas participantes foram vítimas de comportamentos de repulsa ao estrangeiro, a xenofobia (FARAH, 2017). A Organização Internacional para as Migrações – OIM (2009) apontou a xenofobia como o preconceito ou conduta que despreza e exclui pessoas devido à comunidade ou identidade nacional, esclarecendo que existe uma forte relação e uma linha tênue entre racismo e xenofobia, sendo muitas vezes difícil de diferenciar.

Com o aumento dos fluxos migratórios, nota-se um contexto cercado de xenofobia, racismo e discriminações contra refugiados e imigrantes no Brasil, bem como no restante do mundo (FARAH, 2017). A Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos demonstrou que, no primeiro semestre de 2020, houve 2.192 denúncias e 7.065 violações que tinham como causas o local de origem das pessoas. Uma mesma denúncia com motivação referente à origem da vítima pode também indicar discriminação de gênero, racial, étnica e religiosa (BRASIL, 2020b). Para muitos brasileiros, o imigrante é uma ameaça ao seu emprego e segurança, como se parte da população desconhecesse as origens do país e de seu próprio passado. Além disso, como explicado por Milesi, Coury e Rovey (2018), a xenofobia acentua ainda mais a vulnerabilidade dos imigrantes e refugiados, dificultando sua integração na sociedade do país receptor e favorecendo, de algum modo, os interesses políticos de determinados grupos.

Contudo, não é possível afirmar que a xenofobia ocorre da mesma forma entre os diferentes grupos de estrangeiros, observa-se por meio da interseccionalidade de diversos fatores, como a região de origem, raça, condição socioeconômica e gênero, que eles influenciam no modo como os estrangeiros são vistos no país. Como é possível inferir do discurso das mulheres imigrantes e refugiadas da pesquisa, no qual não foi apenas o fato de serem estrangeiras que incitou as discriminações sofridas, mas a condição como mulheres latino-americanas, africanas, negras, indígenas, refugiadas, entre outros fatores que influenciam no tratamento que recebem no Brasil, um país no qual se perpetua um pensamento eurocêntrico e colonialista. Além disso, tal qual pontuado por Mohanty (2008), observa-se como as mulheres terceiro-mundistas são vistas de modo inferior, como sem educação, domésticas e limitadas.

O eurocentrismo é relativo aos valores colonizadores e europeus de dominação da Europa em relação às demais regiões. Desde a chegada dos europeus colonizadores na região, a história da América Latina apresenta fortes influências europeias em todos os âmbitos, como o político, econômico e social, levando à invisibilidade de outras experiências e conhecimentos que não os europeus (MAIA; FARIAS, 2020). Santos (2009, 2018) parte do preceito de que há uma divisão global entre o Norte colonialista e o Sul colonizado. Assim, o eurocentrismo e imperialismo do Norte global se impõem sobre as outras regiões, como a América Latina,

criando-se um estereótipo de que o conhecimento procedente do Norte seja considerado correto, civilizado, racional e superior, enquanto o proveniente de outras regiões é visto como secundário ou insignificante, havendo apenas crenças e superstições, sem conhecimentos validados cientificamente (MAIA; FARIAS, 2020; SANTOS, 2009, 2018).

Desse modo, os países latino-americanos seguem em uma lógica de exploração e subalternidade, com suas identidades encobertas por um modelo ou base colonial de poder e dominação social, nomeado de colonialidade, que mantém hierarquias de raça, cultura, trabalho e gênero, de modo em que a imagem de uma superioridade europeia, ou como proposto por Santos (2009), do Norte global, sobre as demais é estabelecida (MAIA; FARIAS, 2020; TONIAL; MAHEIRIE; GARCIA JR., 2017).

Tendo em vista esse cenário no Brasil, o imigrante homem, branco, advindo de um país europeu ou norte-americano e com boas condições econômicas terá um tratamento melhor do que uma imigrante ou refugiada mulher, preta, parda ou indígena, originária de um país pobre e desprestigiado no Brasil e com baixa condição econômica, que é o caso de todas as participantes dessa pesquisa. Como exposto por Pennetta e Neumann (2019), a repulsa ao imigrante é seletiva, uma vez que é mais frequente com a população negra. Assim, de acordo com o grupo de refugiados e imigrantes, a xenofobia articula-se com o racismo, no caso, por exemplo, de africanos, e a intolerância religiosa, como nos sujeitos que seguem religiões africanas e muçulmanas (FARAH, 2017).

Desse modo, por meio dos relatos das participantes, nota-se que parte delas sofreu diversas situações discriminatórias, inclusive de racismo institucional, em que fatores como os culturais, raciais e étnicos das mulheres foram motivacionais. A participante 9, que relatou sofrer discriminação tanto por ser negra quanto por ser africana, realizou uma intersecção entre dois eixos de vulnerabilidades, raça e estrangeira originária de um país africano, ao qual incluímos mais um fator que fica implícito em seu discurso, o gênero. Diante disso, verifica-se uma tripla condição de vulnerabilidade que pode se multiplicar ainda mais se analisados outros fatores como o *status* de refugiada e sua baixa condição socioeconômica.

É importante mencionar que a coleta de dados ocorreu no mesmo período em que estavam ocorrendo diversos protestos após a morte de George Floyd, homem negro norte-americano, assassinado por um policial branco. A morte injusta de Floyd ocasionou uma onda de protestos nos EUA e posteriormente em várias regiões do mundo, com o movimento *Black Lives Matter* à frente. Uma das participantes citou sobre esse movimento e expôs sua preocupação por acreditar que as pessoas levantam a bandeira antirracista temporariamente e depois esquecem a luta, sendo necessárias constantes discussões e ações.

Embora a questão da discriminação ou opressão de gênero não tenha sido apontada diretamente pelas participantes, isso fica implícito em diversos momentos, como na dificuldade para conseguir trabalho em uma condição de mulher, imigrante/refugiada e mãe. Outro ponto que possibilita identificar a opressão de gênero no estudo foi referente à cultura heteropatriarcal, já mencionada anteriormente nessa discussão, por estar relacionada à sobrecarga das mulheres e divisão sexual do trabalho. Apesar de ser a minoria, também foi possível identificar, em algumas falas e comportamentos das participantes, a questão da submissão evidente no discurso de uma das respondentes que priorizava o desejo do esposo, tendo mudado para o Brasil, porque ele precisava de auxílios domésticos.

Conforme Grosfoguel (2009), a cultura patriarcal europeia (Norte global) foi disseminada ao redor do mundo por meio do colonialismo. O colonizador chegou às Américas como um homem, branco, heterossexual, patriarcal, capitalista e cristão, gerando parâmetros hegemônicos globais europeus, capitalistas, coloniais e patriarcais, tornando-se, de certo modo, impossível escapar do que foi definido pelo colonizador como hegemônico. O homem foi classificado e categorizado conforme seu gênero, classe, raça, sexualidade e religião, de modo que nenhuma cultura passasse ileso dessa imagem de superioridade definida pelo Norte global (Grosfoguel, 2009). Assim, tendo em vista esse histórico, não é uma surpresa identificar, no momento atual, falas e padrões de comportamentos que fortaleçam o heteropatriarcado em diferentes culturas.

A cultura heteropatriarcal reforça os papéis sociais atribuídos ao masculino e feminino, assim como apresenta a heterossexualidade cisgênero masculina como soberana em relação às outras identidades de gêneros e orientações sexuais. Dessa forma, nota-se que os fatores opressivos relacionados a gênero também estão presentes e influenciam o processo migratório e de refúgio das mulheres.

De acordo com WHO (2011), a discriminação relacionada a fatores como gênero e etnia-raça, englobam os determinantes estruturais da saúde, que geram estratificação social, influenciam na posição social das pessoas e são as principais causas das iniquidades em saúde. Portanto, as discriminações de gênero e etnia-raça sofridas pelas mulheres imigrantes e refugiadas implicam complicações na saúde delas.

As mulheres também apontaram pontos positivos em relação à imigração e ao refúgio no Brasil, relatando sobre a tecnologia avançada presente no país e melhores condições de alimentação, moradia e acesso a serviços de saúde. Como esclarecido pelo modelo conceitual de determinantes sociais da saúde da OMS, os sistemas de saúde nacionais possuem um papel primordial nos resultados em saúde das populações. O acesso a eles influencia na

vulnerabilidade ao adoecimento de uma sociedade, além deles intermediarem as consequências das doenças e serem capazes de prevenir que as condições de saúde não afetem a população, de modo a diminuir o *status* social, bem como possibilitarem a reintegração social das pessoas portadoras de determinados quadros de saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Outros pontos positivos mencionados pelas mulheres foi que, embora elas tenham sofrido diversas situações de discriminação, algumas relataram que foram bem acolhidas no país e receberam contribuições e auxílios dos brasileiros. O crescimento pessoal ocasionado pela mudança de país também foi citado, sendo observado como esse fenômeno pode possibilitar melhor compreensão social e individual, com aprendizados e experiências valiosas para a vida, proporcionando transformações pessoais e amadurecimento, apesar dos riscos e vulnerabilidades que envolvem.

Em relação aos sentimentos, preocupações e sofrimento psicossocial relacionados ao processo migratório, o ponto mais citado pelas participantes foi relacionado ao fato de elas estarem longe da família, associando esse fator a sentimentos como tristeza, medo e preocupação. Nota-se que as mulheres tentam manter o vínculo, buscando enviar auxílio financeiro ou desejando um momento de reencontro com a família. No entanto, elas demonstraram sensação de frustração por não alcançarem essas aspirações, além de manifestarem tristeza em diversos momentos nas entrevistas por estarem longe de seus familiares e de um convívio com o qual estavam acostumadas.

Uma das participantes relatou se sentir “estranha” ao migrar e ficar longe da família, o que demonstra falta de familiaridade com o novo local, tendo em vista que a família remete geralmente ao conhecido, seguro, além de sua história e passado. Assim, como descrito por Safra (1999), o processo migratório ocasiona um desenraizamento, uma sensação de desalojamento do ser, podendo ser difícil para o sujeito se reconhecer nesse novo ambiente, no qual se nota que, para as participantes, é importante manter a identidade familiar como resgate de sua identidade pessoal.

Algumas participantes, ao relatarem sobre sentimentos, preocupações e sofrimento relacionados ao processo migratório, mencionaram sobre a separação com o cônjuge, esclarecendo que ela estava relacionada a conflitos familiares que motivaram a saída do país de origem, ou ocorreram devido à mudança de país das mulheres, provocada pela imigração ou pelo processo de refúgio. No entanto, independentemente de como ocorreu a separação, esse fator foi demonstrado de modo doloroso por todas as mulheres que o mencionaram. Diante do exposto, observa-se que a imigração e o refúgio não atingiram apenas as mulheres em particular, mas também suas redes familiares, resultando em algumas situações, na separação com o(a)

companheiro(a).

Uma participante relatou somente sobre preocupações da vida diária, como pagar aluguel e plano de saúde, duas não apontaram nenhum fator relacionado às preocupações, sentimentos e sofrimento relacionados ao processo migratório, apenas referiram sentimentos positivos de apoio social e adaptação. Três participantes que, ao longo das entrevistas demonstraram sofrimento de modo mais acentuado, foram interrogadas se relacionavam o sofrimento ao processo migratório. Duas informaram que não, mas uma delas, ao explicar sobre o que lhe causou o sofrimento, citou um trabalho que realizou após a mudança para o Brasil, portanto, relacionado à sua imigração. A terceira participante questionada informou que o seu sofrimento está, em partes, relacionado ao processo migratório, mas que optou pela mudança de país por necessidade.

Relembramos que nesse estudo estamos abordando um sofrimento mais voltado a uma perspectiva antropológica, com vistas a uma condição estabelecida nas relações sociais de violência, que geram sofrimento. Victora (2011), esclarece que esse enfoque antropológico para o sofrimento, também nomeado de sofrimento social, abrange condições sociais, culturais, econômicas e políticas que agem em conjunto, produzindo determinado sofrimento nos indivíduos. Desse modo, não é possível separar os espaços psicológicos, físicos e sociais no sofrimento, fazendo que ele seja compreendido além do aspecto biomédico, no qual nos propomos nesta pesquisa.

Carreiro (2003) explica que o sofrimento social afeta o psíquico dos sujeitos com pequena ou nenhuma visibilidade social, sendo esse um novo olhar para o sofrimento, envolvendo a relação entre processos sociais como racismo, desigualdades de gênero, migração, colonialidade e pobreza a esse estado de mal-estar (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011). Assim, abordamos uma condição que gera um sofrimento psíquico determinado por fatores sociais, logo, possui influência no psíquico das pessoas, levando a sofrimentos de expressão mental e emocional, mas de origem social e, portanto, um sofrimento psicossocial.

Conforme Costa, Silva e Santos (2009), o sofrimento psicossocial envolve a sensação de não pertencer ao grupo, de solidão coletiva, de sentimento de insuficiência frente as injustiças e violências sociais, de modo a diminuir a autoestima das pessoas. Sendo que, como exposto pelo marco teórico dessa pesquisa, o modelo conceitual de determinantes sociais da saúde da OMS, os fatores psicossociais são aspectos importantes na condição de saúde dos sujeitos (SOLAR; IRWIN, 2010).

Foi identificado que a pandemia da Covid-19 afetou demasiado a vida das mulheres participantes da pesquisa. A pandemia da Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2,

responsável pela doença Covid-19, identificada pela primeira vez na China em 31 de dezembro de 2019 e declarada como pandemia oficialmente em 11 de março de 2021 (WHO, 2020a, 2020b), gerou na população não apenas desordens no âmbito da saúde, mas também efeitos sociais, econômicos e políticos a nível global (FIOCRUZ, 2021).

Tendo em vista que o período de coleta de dados da presente pesquisa ocorreu em agosto de 2020, ou seja, durante a pandemia da Covid-19, as participantes da pesquisa apontaram os impactos disso em diversos âmbitos da vida, como na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especificamente de atendimento médico nesse período, no desemprego, em problemas para retornar ao Brasil, após viagem ao país de origem, assim como sentimentos de medo, tristeza e preocupações, causando inclusive agravamento no quadro psicológico de uma das participantes que estava sem fazer uso de psicofármacos há algum tempo, mas teve de retomar o uso desses medicamentos.

Estrela et al. (2020), ao analisarem a literatura, identificaram que gênero, classe e raça são condições que podem tornar as pessoas mais vulneráveis à Covid-19. Para Goes, Ramos e Ferreira (2020), no caso das pessoas negras, tendo em vista que esse público possui maior prevalência entre os grupos vulneráveis e sobremaneira um acesso mais restrito ou inadequado aos serviços de saúde, os efeitos da pandemia da Covid-19 relacionam-se às posições sociais desiguais definidas pelo racismo institucional e estrutural. Desse modo, a pandemia evidencia a desigualdade e o racismo existente no Brasil (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020). Em relação às mulheres, foi registrado um aumento da violência doméstica, dificuldade de conciliação e sobrecarga, devido à tripla jornada do público feminino, além de se identificar que elas estão mais vulneráveis à doenças, tanto no âmbito profissional, quanto familiar, por serem as principais encarregadas pelo processo de cuidado (REIS et al., 2020).

Para Santos et al. (2020), os grupos já negligenciados pela sociedade e pelo estado encontraram-se entre os mais afetados, inclusive com maior risco de morte durante a pandemia da Covid-19. Logo, os determinantes sociais da saúde interferem nos efeitos da Covid-19, seja no processo de disseminação, quanto de mortalidade (FIGUEIREDO et al, 2020). No Brasil, como agravante, a pandemia está ocorrendo em meio ao governo do presidente Jair Bolsonaro que, além de ignorar a pandemia, adotou medidas que reduzem a proteção e o bem-estar social da população (CASTRO, 2020).

Além disso, de acordo com um relatório da *International Labour Organization (ILO)*, evidências demonstram que os trabalhadores migrantes são alguns dos grupos mais afetados pela pandemia da Covid-19, com impactos na renda e salários de parte desse grupo, ocasionando o retorno de muitos aos seus países de origem em razão do desemprego. Nesse

relatório também consta que a pandemia colaborou para que esses trabalhadores vivenciassem mais problemas de discriminação (AGYEI, 2020). Assim, a pandemia da Covid-19 ressaltou que as desigualdades socioeconômicas no Brasil e no mundo influenciam nos resultados em saúde, ficando evidente a vulnerabilidade a que as participantes da pesquisa estão expostas, bem como o impacto negativo disso em sua vida.

Um ponto importante citado por uma das participantes foi o fato de a pandemia ter possibilitado que ela identificasse quais fatores, como possuir a documentação do local e falar a língua nativa do novo país, são importantes no processo migratório, pois, com as dificuldades econômicas e índice de desemprego acentuados pela pandemia, os migrantes que não falam o idioma do país que o acolhe e que estão ilegais terão dificuldades ainda maiores das que já enfrentadas pelos demais.

Em relação às alterações de saúde apresentadas antes dos processos migratórios, nenhuma das participantes manifestou transtornos de saúde mental, antes da vinda para o Brasil. Além disso, nota-se que, após a mudança de país, a utilização dos serviços de saúde gerais foi ampliada, considerando que nem todas as mulheres utilizavam serviços de saúde antes do processo migratório, enquanto no Brasil, todas utilizaram ao menos uma vez. Uma das participantes mencionou que o acesso aos serviços de saúde no Brasil é melhor do que em seu país de origem, Haiti, citando sobre ter conseguido realizar o parto da sua filha aqui. Conforme o modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde da OMS, o sistema de saúde é um relevante determinante intermediário da saúde (SOLAR; IRWIN, 2010), portanto é inevitável refletir quanto à importância do SUS no Brasil, sendo um sistema de referência mundial que realiza desde consultas a procedimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos, oferecendo assistência em todos os âmbitos da saúde, embora parte dos próprios brasileiros não conheça a amplitude de serviços, impacto e relevância na saúde pública desse sistema, considerado um modelo a seguir por diversos países (EEP HCFMUSP, 2021).

Foi observado também um aumento na busca ou acesso a atendimentos de psicologia ou psiquiatria, tendo em vista que nenhuma participante havia utilizado esses serviços antes de morar no Brasil, ao passo que três mulheres realizam ou já realizaram esse tipo de atendimento, após a mudança de país. No Brasil, os atendimentos de psicologia e psiquiatria são ofertados pelo SUS, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, que dispõe das estratégias e diretrizes voltadas ao tratamento e cuidados em saúde mental no país. Os principais atendimentos fornecidos por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), compostos por profissionais como psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais (BRASIL, 2020a).

De acordo com a nova Lei de Migração Brasileira, a Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017, os imigrantes possuem acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social, sem discriminação devido ao local de origem e condição migratória (BRASIL, 2016). Em relação aos refugiados, a Lei n. 9474/97 afirma que eles possuem os mesmos direitos que todos os outros estrangeiros no Brasil, como acesso aos sistemas públicos de saúde (ROGUET, 2009). Além disso, o próprio fundamento constitucional e doutrinário do SUS reforça o acesso universal à saúde (BRASIL, 2016), logo as mulheres imigrantes e refugiadas possuem direitos de acesso aos serviços de saúde gerais e mental disponibilizados pelo SUS.

Conforme pontuado por Pussetti (2010), para que o estrangeiro seja atendido no âmbito da saúde mental de modo eficaz, são necessários serviços que sejam culturalmente sensíveis, apropriados para atuar com pacientes de diferentes contextos sociais, econômicos e políticos, além de outros fatores, como considerar a discriminação sofrida por esse grupo. Contudo, há particularidades próprias dos imigrantes e refugiados que possivelmente os profissionais de saúde desconhecem, além do fato de os próprios estrangeiros não conhecerem o modo como os serviços funcionam, havendo um distanciamento no cuidado. Assim, os profissionais de saúde não apresentam componentes suficientes para lidar com esse fenômeno (MARTIN; GOLDENBERG; SILVEIRA, 2018). As dificuldades identificadas pelos profissionais de saúde nos atendimentos a populações de imigrantes são inúmeras, como a questão da comunicação devido ao idioma, as dificuldades para lidar com a diversidade cultural, desconhecimento do profissional, os fatores socioeconômicos e os estereótipos e preconceitos (BARRETO et al., 2019; RODRIGUES; DIAS, 2012).

Diante dessa realidade, o cuidado transcultural mostra-se essencial na prática dos profissionais de saúde. No âmbito da Enfermagem, o enfoque na Enfermagem transcultural de Madeleine Leininger, que sugere um cuidado desenvolvido de modo transcultural e holístico, é determinante para o atendimento adequado desses grupos, além de um verdadeiro desafio para os profissionais (LEININGER, 1985; VILELAS; JANEIRO, 2012). A assistência individualizada, integral e fundamentada no contexto cultural desses sujeitos, requer a busca pelo entendimento das diversidades culturais, de religiosidade e costumes, sendo necessário maior enfoque na formação dos enfermeiros, quanto aos ensinamentos da Enfermagem transcultural, além das instituições de saúde abordarem a importância da competência cultural para o atendimento em saúde (VILELAS; JANEIRO, 2012).

Para Michel et al. (2010), o cuidado na área da Enfermagem é fundamentado no conhecimento técnico-científico de base humanista, logo, deve ser praticado de modo a compreender a totalidade do ser que recebe esse cuidado, por meio de uma compreensão ampla

e que envolva a complexidade dos aspectos socioculturais, econômicos, políticos e de vivência dos indivíduos. É importante reconhecer que as pessoas possuem autonomia para compreender e identificar as suas necessidades de cuidados, por isso o cuidado de Enfermagem baseado na Enfermagem transcultural deve buscar desenvolver suas atividades de modo que os pacientes participem e compreendam o processo terapêutico determinado (MICHEL et al., 2010).

Em relação ao uso de psicofármacos, apenas uma participante informou que faz uso desse tipo de medicamento, sendo prescrito após a mudança de país. Acompanhando o relato da respondente, nota-se que o uso dos remédios foi desencadeado por sensações de medo, preocupação, insônia e cefaleia tensional, descritos pela participante como crises de pânico que iniciaram após um trabalho doméstico, realizado em um local afastado da cidade onde ela também residia. Isso possibilita observar que o início dos sintomas esteve relacionado a fatores laborais após a mudança de país, por isso relacionado ao processo migratório. Nota-se que a dificuldade de conseguir emprego como mulher imigrante ou refugiada faz com que algumas mulheres se sujeitem a aceitar trabalhar em locais inóspitos para elas, podendo gerar comprometimentos também no âmbito da saúde mental, como foi o caso dessa participante.

A participante também foi questionada se ela relacionava os sintomas e o uso dos psicofármacos com o processo de mudança de país, em resposta a entrevistada disse que acredita que não, por considerar que possivelmente já apresentava esse quadro no segundo país de moradia. No entanto, este outro país foi o primeiro país que migrou, e no seu país de origem, informou que não apresentava os sintomas ainda. Além disso, o fato de ela estar fazendo uso dos medicamentos infere uma piora no quadro, considerando que no Brasil o quadro se tornou insustentável, resultando na busca por ajuda e início de tratamento com psicofármacos. Também se observa que o fato de a participante não relacionar os sintomas com a sua mudança de país pode estar associado a uma tentativa de amenizar os elementos estressores do processo migratório, como modo de adaptação à realidade, além de não relacionar às condições de trabalho, poucas oportunidades e falta de apoio social com a migração em si.

Um estudo sobre o uso de medicamentos antidepressivos em migrantes realizado na Finlândia identificou que o uso desse tipo de remédio variava consideravelmente conforme o gênero, sendo a prevalência maior entre as mulheres, além disso a compra dos medicamentos foi maior entre os grupos de pessoas que estavam desempregadas e possuíam baixa renda. Em relação aos países de origem dos indivíduos, a prevalência foi maior entre os oriundos de países que, de acordo com os pesquisadores, possivelmente incluíam o maior número de refugiados e requerentes de asilo em estudo (BOSQUI, et al., 2019). Nessa pesquisa, observa-se que, além dos dois processos migratórios, os fatores socioeconômicos e as condições laborais estavam

diretamente relacionados ao quadro psicológico e uso dos medicamentos psicofármacos para a participante mencionada. Como esclarecido pelo modelo conceitual de determinantes sociais da saúde da OMS, os estressores psicossociais, como a tensão no trabalho e a falta de suporte social, são determinantes intermediários de saúde que, por meio de exposições a determinadas situações amedrontadoras da vida, podem influenciar negativamente na condição de saúde dos sujeitos. Pessoas desfavorecidas são expostas a um nível maior de insegurança e situações estressantes, o que afeta nas desigualdades sociais em saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Segundo Achotegui (2009), há uma associação direta entre o nível de estresse que os imigrantes vivenciam e o surgimento de sintomas de saúde mental. No processo migratório, o sujeito sofre uma série de eventos estressores somados ao luto migratório, que podem desencadear sintomas psíquicos. Esse luto é definido como processo de reestruturação após a perda de algo importante, como a separação com a família ou eventos traumáticos relacionados ao trabalho, como ocorrido com a participante citada anteriormente. Esse luto trata-se de um processo complexo e difícil, em particular se as situações, sejam elas sociais ou pessoais, do indivíduo são conflituosas (ACHOTEGUI, 2009, 2012).

Achotegui (2012) reforça que historicamente o processo migratório é frequente e natural, somos descendentes de pessoas que migraram diversas vezes com êxito. Portanto, para a autora, o processo migratório em si não é considerado uma causa de transtorno mental, mas um fator de risco se ocorrer em uma dessas 3 condições: em que houver vulnerabilidade (indivíduo não saudável); níveis altos de estresse (meio adverso); ou ambas as situações. Nessa pesquisa, considera-se que os fatores de vulnerabilidade vão além da condição de saúde física do imigrante e refugiado, tendo em vista que determinantes, como fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, ambientais, psicossociais e comportamentais, influenciam na saúde e nos fatores de risco da população (WHO, 2011), aumentando a vulnerabilidade dessas pessoas e influenciando em toda condição de vida e experiência imigratória e de refúgio.

Para Lussi (2015), a vulnerabilidade dos imigrantes e refugiados está vinculada às desigualdades que discriminam e separam esses sujeitos. A autora defende que apenas o fato de ser imigrante ou refugiado não representa um fator de vulnerabilidade, mas o processo migratório caracteriza circunstâncias que propiciam o desenvolvimento dessas vulnerabilidades.

O processo migratório provoca diversas rupturas no ambiente e vida dos sujeitos, sendo uma espécie de transição social, que resulta em mudanças acerca de todo contexto de vivência das pessoas, não apenas físico, mas também social, político e todos os outros no qual se está inserido. Assim, torna-se necessária a adaptação à outra língua, cultura e a um meio que, em

diversas situações, é desfavorável e ameaçador, sendo substancial buscar se adaptar à nova realidade para resistir aos impasses da condição de imigrante (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2012).

Para Moro (2015), o processo migratório não envolve apenas fatores sociais, mas também questões psíquicas, por apresentar um corte no contexto social, cultural, político e econômico que cerca a pessoa, causando um processo de desorganização do contexto cultural interno. Assim, a autora reforça que a migração é um fenômeno sociológico, que ocasiona diversas consequências para os indivíduos. Dantas (2017) descreve sobre o processo de aculturação a que os imigrantes e refugiados estão sujeitos, tratando-se de um modo de ressocialização após uma troca de contexto cultural, sendo o estresse causado pela aculturação, capaz de afetar a saúde física e mental das pessoas.

Nessa perspectiva, os imigrantes e refugiados possuem significativos riscos no âmbito de saúde mental, fazendo um corte de gênero, os estudos apontam que as mulheres imigrantes e refugiadas apresentam ainda maiores riscos de sofrimento psicológico que os homens na mesma condição (VONNAHME et al., 2015; GODINHO et al., 2008; ZANGANEH, 2018; TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013; COUTINHO; RODRIGUES; RAMOS, 2012).

Conforme Topa, Neves e Nogueira (2013), os estudos demonstram que as mulheres migrantes apresentam uma maior vulnerabilidade, tanto em relação à saúde física quanto à mental, do que as mulheres nativas ou os homens migrantes, sendo essa vulnerabilidade identificada em diferentes níveis de acordo com o grupo de mulheres. Coutinho, Rodrigues e Ramos (2012), ao realizarem uma pesquisa sobre transtornos mentais comuns no processo migratório, identificaram que, entre suas amostras, a prevalência dos transtornos era de 43,73% entre as mulheres e 26,63% entre os homens.

Zapata et al (2016) demonstraram, em estudo com mulheres imigrantes latinas que a exposição ao conflito familiar, discriminação e instabilidade econômica estavam associados a sintomas depressivos nessa população. Straiton, Ledesma e Donnelly (2017) identificaram que a angústia de um grupo de mulheres que imigraram para a Noruega foi intensificada pela sobrecarga de papéis transnacionais que as mulheres absorviam após a mudança de país. Goodman et al. (2017) apontaram, em um estudo com mulheres refugiadas e imigrantes sem documentação, que as interseções com fatores de gênero, conjuntura sociopolítica, questões econômicas, *status* de imigração e refúgio, entre outros, propiciaram que as mulheres fossem vulneráveis a diversas experiências traumáticas e de estresse, com impacto na saúde mental.

Delara (2016) relata que a saúde mental das mulheres imigrantes ou refugiadas é uma consequência de diversos determinantes sociais da saúde, que interagem em vários âmbitos,

como o social, cultural e do próprio sistema de saúde, uma vez que elas muitas vezes experienciam posições sociais desfavoráveis, por causa do papel de gênero, racismo enfrentado, fatores socioeconômicos e vitimização. Para o autor, embora o processo imigratório e de refúgio indique diversos benefícios para as mulheres, também apresenta muitos desafios e barreiras que influenciam na saúde mental dessas pessoas.

A feminização da migração, nome dado devido ao aumento do número de mulheres migrantes no mundo, assim como na maior visibilidade e mudança de perfil desse grupo, trata-se de um importante fenômeno que pode inovar e favorecer ao desenvolvimento individual e social, contudo é importante caracterizar as vulnerabilidades e riscos aos quais essas mulheres estão expostas, como a discriminação social, racial, econômica, de gênero, exploração laboral e sexual (NEVES et al., 2016; LIRA; LAGO; LIRA, 2019; MILESI; MARINUCCI, 2015).

No caso em particular das mulheres refugiadas, é necessário discutir alguns pontos à parte, tendo em vista que se trata de um grupo específico que, embora muitos estudos tratem como pessoas nas mesmas condições que os imigrantes, possui particularidades distintas e que não podem ser negligenciadas. Assim, sabemos que os fatores pré-migratórios são indispensáveis para a experiência migratória de todos, mas principalmente para os refugiados, sendo importante não desconsiderar questões como a motivação para realizar a migração e os eventos que a antecedem. Situações comuns relacionadas a torturas e violências nos países de nascimento influenciam significativamente a vivência após a mudança de país dos refugiados (MORO, 2015). De acordo com Martins-Borges (2013), os sujeitos que vivenciam o deslocamento forçado frequentemente apresentam sofrimento psicológico relacionado ao trauma que vivenciaram. Para Antunes (2017), os refugiados demonstram uma prevalência maior de alterações no âmbito da saúde mental do que o restante da população e os imigrantes, sendo necessário um cuidado terapêutico que considere as exposições e vivências no momento de pré-migração, assim como os estresses e desafios do pós-migração.

Parte das mulheres refugiadas são originárias de países que estavam em conflito, como a participante 9 dessa pesquisa. De acordo com uma estimativa da OMS, realizada por Charlson et al. (2019), a prevalência de pessoas que vivem em áreas acometidas por conflitos apresentando quadros de transtornos mentais é de uma em cada cinco pessoas, além disso a depressão mostrou-se maior entre as mulheres. O estudo também realizou uma comparação com o parecer global e identificou que a suscetibilidade desses indivíduos relacionada a transtornos mentais é consideravelmente mais alta, tendo em vista que a estimativa global é de que uma em cada 14 pessoas seja atingida por uma dessas condições. Ademais, outros estudos também apontam que pessoas afetadas por conflitos costumam apresentar níveis de saúde

mental mais baixos, sendo alguns dos fatores mais determinantes, o gênero feminino, idade avançada, condições de vida, fatores socioeconômicos, insegurança e vivência de eventos violentos e traumáticos (ROBERTS; BROWNE, 2011).

Desse modo, alguns estudos demonstram que os refugiados possuem maior vulnerabilidade e risco de comprometimento referente à saúde mental, sendo as mulheres refugiadas mais acometidas que os homens. As questões socioeconômicas e discriminações sofridas pelos refugiados e imigrantes indicam serem fundamentais para esse comprometimento, tal qual identificado nesse estudo e apresentado por Zanganeh (2018), ao estudar a saúde mental de refugiados na Europa, indicando que as causas dos transtornos psicológicos dos refugiados, além de envolverem questões relacionadas aos países de origem, estão relacionadas a dificuldades nos países de destino, como discriminação racial, questões sociais, políticas, econômicas e divergências culturais, sendo as mulheres mais suscetíveis.

No caso da participante refugiada da pesquisa, ao narrar sobre sua história de refúgio, informou que essa memória a deixa bastante emocionada, isso demonstra o impacto que o trauma do refúgio ocasionou em sua história de vida, além disso foi a participante que mais relatou sofrer discriminação no Brasil. Contudo a respondente demonstrou resiliência diante de todo esse processo, exaltando o fato de que conseguiu salvar a sua vida e que não sentiu necessidade de buscar ajuda psicológica.

Assim, em consonância com os estudos mencionados anteriormente, que demonstram que as mulheres imigrantes ou refugiadas apresentam um nível significativo de vulnerabilidade, podendo causar comprometimento da saúde mental, por meio da discussão dos resultados apresentados nesse estudo, identifica-se que quase todas as mulheres imigrantes ou refugiadas participantes apresentaram algum nível de sofrimento psicossocial relacionado à imigração ou ao refúgio, sendo identificado alto nível de vulnerabilidade associado ao *status* de imigrantes ou refugiadas e que se agrava fortemente devido às condições de gênero, raça e classe.

No entanto, concordamos com Pussetti (2010), ao citar que é preciso ter cuidado com a imagem estereotipada do imigrante, como sujeito mentalmente fragilizado e com uma grande possibilidade de desenvolver transtornos mentais, portanto passíveis de medicalização. Para a autora, essa condição pode esconder as particularidades individuais das pessoas ao reforçar uma imagem estereotipada do imigrante como paciente psiquiátrico, resumindo costumes e peculiaridades socioculturais a sintomas de saúde mental, tornando adversidades sociais, econômicas e políticas desse grupo, em fatores psicopatológicos que precisam ser tratados por meio de medicamentos, o que estimula um processo de medicalização da experiência de migração dos indivíduos.

Em relação às estratégias utilizadas para romper com o sofrimento psicossocial, um dos pontos mencionados pelas participantes foi de se aproximar dos familiares, onde notamos, assim também como outros estudos (ZAPATA et al., 2017; LEE et al., 2016), que a família é um mecanismo protetor para o sofrimento dessas mulheres. Outro aspecto citado pelas participantes foi recorrer à religiosidade para lidar com o sofrimento. Soares e Lanes (2020) relatam que a relação espiritual é capaz de fortalecer e criar circunstâncias para as mulheres imigrantes, favorecendo a diminuição do sofrimento e da vulnerabilidade. Neves et al. (2019) demonstram que a religiosidade pode ser uma maneira de as mulheres imigrantes lidarem com as experiências difíceis, como as de violência doméstica, contudo a autora aponta que, apesar de a religiosidade apresentar um papel importante na saúde mental dessas mulheres, por conceder, muitas vezes, consolo, apoio e sentido, pode ter também um papel negativo no âmbito de como as mulheres aceitam situações de violência.

Outros pontos citados pelas participantes, como modo de romper com o sofrimento mediante os eventos estressores do processo migratório foram trabalhar, realizar terapia, dançar e buscar maneiras para se distrair. Logo, nota-se que parte das estratégias utilizadas envolve mecanismos de distrações, seja por meio do trabalho ou de outro modo, são elementos utilizados pelas mulheres imigrantes ou refugiadas para fugir da realidade que se apresenta, muitas vezes, de maneira hostil.

Nos resultados referentes a gênero, raça e condições socioeconômicas em uma perspectiva interseccional, foi apresentada a intersecção desses elementos para melhor compreensão da experiência imigratória e de refúgio das mulheres e dos resultados em saúde mental. A interseccionalidade foi descrita por Kimberly Crenshaw, responsável por citar pela primeira vez o termo, do seguinte modo:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. (CRENSHAW, 2002, p. 177)

O conceito da interseccionalidade nasceu de mulheres feministas negras, cujas vivências e necessidades eram invisíveis ao feminismo branco, voltado a mulheres feministas brancas, assim como pelo movimento antirracista, representado e imerso nos homens negros (AKOTIRENE, 2019). A interseccionalidade auxilia na descoberta e debate acerca das

opressões, como as de classe, raça, sexualidade, gênero, etnia, entre outras, tendo em vista que, ao mesmo tempo que se oprime, é possível oprimir (AKOTIRENE, 2019).

Assim, nesse estudo, identificou-se, por meio da interseccionalidade de elementos, que o processo migratório, com seus impasses e vulnerabilidades, foi intensificado pelos eixos de gênero, raça e condição socioeconômica das participantes. Tais eixos somam-se e articulam-se entre eles e influenciam diretamente na vida das mulheres imigrantes e refugiadas. Conforme exposto por Almeida (2019), a raça influencia na vida das mulheres de modo a instituir com que, por exemplo, as mulheres negras sejam consideradas incapazes para determinados serviços, devido a um sistema econômico e político que intensifica essa interpretação da mulher negra como alguém subordinada, de modo que esse grupo permaneça sofrendo diversos tipos de violência, recebendo salários mais baixos e em condições de exploração.

Como já discutido ao longo desse estudo, o racismo e o colonialismo estão conectados, Almeida (2019) esclarece que a conjuntura histórica do século XVI, com as expansões coloniais, viabilizou para que posteriormente a filosofia moderna utilizasse a imagem do homem, europeu e branco como universal, e as demais culturas que não seguem esse padrão, como menos evoluídas. No capitalismo colonial moderno, os povos são classificados socialmente conforme o gênero, trabalho e raça/fenótipo, que influem em relações de poder social. A colonialidade do poder utilizou as características fenotípicas de modo a diferenciar as raças e criou identidades raciais divididas entre os superiores europeus e os inferiores não europeus (QUIJANO, 2009), logo mulheres pretas, pardas, indígenas, originárias de países do Sul global e com baixas condições econômicas, fogem em todos os aspectos do padrão hegemônico.

O fim do período colonial não resultou no fim das relações desiguais criadas pelo mesmo, mantendo os povos colonizados ainda em um lugar de subalternidade, logo o Sul global, que envolve a África, América Latina e a Ásia, está em uma condição de opressão pela dominação capitalista e colonial do Norte global (SANTOS; MENESES, 2009). Diante disso, as relações de poder no mundo seguem sob uma ótica europeia, norte-americana, colonial, patriarcal e capitalista (GROSFOGUEL, 2009) que intensifica a experiência migratória das mulheres imigrantes e refugiadas.

Desse modo, para melhor compreensão do contexto que cerca essas mulheres, é necessário não apenas considerar o fator gênero, mas interseccioná-lo com os demais fatores identificados. Esse estudo está de acordo com Villela (2009), ao explicar que o fator gênero não age isolado dos demais fatores. A autora esclarece que existe entre os fatores de gênero, classe social e etnia/raça, uma coesão que pode resultar em desigualdades sociais, assim, não é

possível pensar em gênero, sem considerar classe social e raça, uma vez que cada fator influencia diferentemente nas pessoas, de acordo com sua história e realidade. Assim, gênero não é o único determinante que interfere na vida das mulheres, assim como os determinantes de raça e classe não agem sozinhos, esses fatores operam juntos, expondo as mulheres a diversos tipos de discriminação e dificuldade de acesso (CRENSHAW, 2004).

Para Crenshaw (2004), a interseccionalidade não diz respeito apenas a diferentes grupos de indivíduos, mas grupos que estão sobrepostos a diversos fatores, como gênero e raça. A autora demonstra que é sobreposto, por exemplo, o grupo do gênero feminino com o de pessoas negras e pobres. Assim, Piscitelli (2008) explica que, segundo Crenshaw, ocorre uma interação entre as categorias de opressão, podendo ser compreendida como a imagem de diversas avenidas, sendo que em cada uma passa um fator de opressão e em alguns pontos esses fatores se cruzam, possibilitando que as mulheres enfrentem mais de um fluxo de uma vez, o que torna complexa a condição das mulheres e as oprimem.

A socióloga brasileira, Heleieth Saffioti, ao apresentar sua teoria do nó, em que os três determinantes: raça, gênero e classe estão ligados por um nó, não podendo, portanto, serem avaliados de modo isolado, esclarece que se trata de um nó frouxo, em que existe uma mobilidade entre os três eixos, eles não agem isoladamente, mas realizam uma dinâmica específica. Para Saffioti, a teoria do nó existe para tratar da coligação entre patriarcado, racismo e capitalismo, que são fatores que estão ligados e que um reforça o outro. Além disso, a autora relata sobre a importância de compreender a relação entre gênero, raça e classe como fatores de discriminação que envolvem relações de poder, explicando que o patriarcado é baseado no controle e poder, servindo ao interesse das classes dominantes, assim o sexismo não é apenas um preconceito, mas uma relação de poder e medo (SAFFIOTI, 2011).

A interseccionalidade possibilita a compreensão da interação das identidades consideradas subordinadas e inferiores, expostas ao preconceito e discriminação, submissão e subjugação de gênero, classe e raça, além das opressões estruturantes do colonialismo (AKOTIRENE, 2019). Para Akotirene (2019), o padrão colonial moderno é o agente causador do sexismo e racismo institucionais presentes na sociedade.

Ao analisarmos as dificuldades enfrentadas nos processos migratórios e os motivos relacionados ao sofrimento psicossocial apresentados pelas mulheres participantes da pesquisa, tais como estarem distantes da família, sofrerem discriminação racial ou xenofóbica, separarem-se dos cônjuges no processo imigratório ou de refúgio, dificuldades de conseguir emprego na condição de mulher, mãe, imigrante ou refugiada, entre outros apresentados ao longo dos relatos, nota-se que a intersecção dos eixos de gênero, raça e condições

socioeconômicas interferem de modo significativo na experiência de imigração ou refúgio, potencializando os efeitos do processo migratório na saúde mental das mulheres. Além disso, identifica-se um contraditório entre a imagem que se vende do Brasil no exterior e, portanto, o que se espera encontrar no país, logo, a expectativa de se conseguir melhores condições de vida e a realidade árdua na qual as migrantes se deparam, apesar de alguns aspectos positivos pontuados pelas participantes. Ao mesmo tempo que o Brasil é admitido como um país receptivo a imigrantes e refugiados, limita e seleciona os estrangeiros, conforme os seus interesses econômicos (MIRANDA, 2018).

Portanto, como supracitado, foi identificado sofrimento psicossocial relacionado ao processo migratório das participantes, embora algumas não reconheçam, o que se compreende até mesmo como um mecanismo de defesa, no qual nota-se que buscam minimizar as situações difíceis e sofrimentos, como modo de se adaptarem melhor à realidade gerada pelo processo migratório, assim como algumas das participantes negarem terem sofrido situações de discriminação e racismo, quando expuseram, de maneira clara, eventos relacionados a esses tipos de violências e declararam sofrimento gerado por essas situações.

Nesse ponto, reforçamos que as participantes da pesquisa não são apenas mulheres imigrantes ou refugiadas, mas mulheres imigrantes ou refugiadas e negras, ou pardas, ou indígenas, além de uma infinidade de particularidades e individualidades específicas de cada uma, não sendo possível compreender seus processos migratórios e histórias de vida sem reconhecer que todos esses determinantes agem em conjunto. Assim, por meio das entrevistas semiestruturadas e questionários sociodemográficos, nota-se que houve o entrecruzamento das experiências das participantes da pesquisa no que diz respeito às opressões vivenciadas, por meio da xenofobia, machismo, patriarcado, colonialismo e capitalismo. A intersecção dessas violências e opressões aumentam a vulnerabilidade e notadamente influenciam na saúde mental das participantes da pesquisa.

Desse modo, torna-se essencial refletir sobre os contextos socioeconômico e político, uma vez que esses determinantes estruturais produzem e reforçam o racismo, a desigualdade de classe, gênero e escolaridade nessas mulheres, de modo a refletir nas condições materiais de vida e, portanto, nos determinantes intermediários, como condições precárias de trabalho, habitação e vizinhança; os estressores psicossociais presentes e a deficiência no acesso a bens essenciais apresentadas pelas mulheres, impactando no bem-estar e na saúde mental delas. Analisar o quadro conceitual dos determinantes sociais da saúde da OMS possibilita identificar essas situações de iniquidades nas quais as participantes se encontram e como esse processo se mantém, tendo em vista a posição econômica, social e política desigual em que essas mulheres

permanecem (SOLAR; IRWIN, 2010). O sistema de saúde mostra-se de extrema relevância ao possibilitar o acesso aos serviços e atendimentos, por meio do SUS, atenuando os efeitos na saúde física e mental das mulheres, com as próprias participantes exaltando esse sistema de maneira positiva.

A compreensão desses determinantes sociais, capazes de gerar e manter desigualdades, encontra-se na base para as ações e intervenções necessárias para a promoção da saúde mental de milhares de mulheres imigrantes e refugiadas que buscam uma nova trajetória de vida nesse país.

7. CONCLUSÃO

O objetivo geral proposto neste estudo destinou-se a analisar os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo. A pesquisa foi realizada em dois locais: a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo e a Missão Paz São Paulo, com mulheres imigrantes ou refugiadas frequentadoras desses espaços. Os resultados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e da realização de entrevista semiestruturada com as participantes.

A pesquisa demonstrou como os efeitos dos processos migratórios afetaram negativamente a saúde mental das participantes, evidenciando o alto nível de vulnerabilidade ao qual estão submetidas, devido às condições como imigrantes ou refugiadas, articulado aos fatores de opressão de gênero, raça e condição socioeconômica.

O perfil sociodemográfico das participantes caracterizou um grupo de mulheres em vulnerabilidade social, com faixa etária de 20 a 49 anos, que se autodeclararam com as respectivas raças que sofrem com os maiores níveis de preconceito e vulnerabilidade econômica e social no Brasil, originárias de países do Sul global com altos níveis de pobreza e desigualdades socioeconômicas. Todas as famílias das participantes foram consideradas de baixa renda, a maioria recebe benefícios do governo e reside em locais com segurança precária e com poucos espaços destinados à cultura e lazer. Essa caracterização evidenciou um grupo com acesso restrito às condições básicas de vida no âmbito de alimentação, moradia, condições sanitárias, ambientais, trabalho, estudo e serviços de saúde física e mental, o que demonstra a condição de vulnerabilidade das participantes.

A história relacionada ao processo migratório indicou que das nove participantes, oito eram imigrantes e uma refugiada. A motivação da maioria das participantes imigrantes foi o fator econômico relacionado à busca por melhores condições de vida, em meio às desigualdades socioeconômicas que estavam inseridas. Para a participante refugiada, o motivo apontado foi a perseguição política em seu país de origem, sendo o refúgio a possibilidade de sobrevivência nesse contexto. Quase todas as participantes não demonstraram dificuldades em relação às questões legais para a imigração ou refúgio.

Além disso, foi evidenciado que a maioria das mulheres concebeu o processo migratório como uma escolha realizada por elas, sem interferência de companheiros do gênero masculino e demais familiares, por meio do qual se evidencia o protagonismo das mulheres, pois, embora nenhuma participante tenha realizado a mudança de país exclusivamente sozinha, a maioria assumiu um papel de liderança nesse processo, em consonância com o fenômeno da feminização da migração, que demonstra a mudança de perfil das mulheres migrantes, em uma verdadeira quebra de arquétipo, no qual anteriormente a mulher era ilustrada apenas como

coadjuvante do processo e possuía sua migração exclusivamente vinculada ao gênero masculino. Além disso, foi possível identificar que, embora muitas participantes aparentemente não possuíssem conhecimento sobre a ideologia feminista, o empoderamento feminino estava presente em suas histórias de vida e no processo de imigração ou refúgio. Evidencia-se a emergência de maior destaque aos processos migratórios femininos que, apesar da relevância e do longo contexto histórico que estão inseridos, foram sempre omitidos e desvalorizados.

Foi identificado que a maioria das mulheres participantes do estudo apresenta sofrimento psicossocial relacionado ao processo migratório, contudo vale esclarecer que, nessa pesquisa, não se partiu de um ponto de vista de saúde e doença em termos médicos, mas da identificação de um sofrimento com enfoque social, sendo as principais razões do sofrimento o fato de elas estarem longe da família e a separação do(a) companheiro(a) no processo migratório ou de refúgio. Além disso, foram identificadas diversas situações de discriminação, racismo, assédio moral e xenofobia sofridas pelas mulheres, em razão do fator racial e aos *status* como mulheres, imigrantes ou refugiadas, originárias de países pobres, que aumentaram a vulnerabilidade das participantes, bem como demonstraram influenciar significativamente no sofrimento psicossocial. Assim, evidenciou-se que fatores como o país de origem, raça, condição socioeconômica e gênero influenciam no modo como as imigrantes ou refugiadas são vistas e tratadas no Brasil, devido a uma concepção nortecêntrica e colonialista, que subjuga populações não brancas e valoriza apenas o conhecimento e identidades advindas do Norte, impondo um sistema de dominação deste sobre o Sul.

Ademais, a questão laboral também se mostrou como uma importante razão para o sofrimento psicossocial relacionado ao processo migratório, especialmente para uma participante em particular, em que os fatores laborais e, portanto, relacionados às condições socioeconômicas na migração, foram elementos desencadeantes para o adoecimento psíquico e uso de psicofármacos. Notou-se que a dificuldade em conseguir emprego na condição de mulher, imigrante ou refugiada e mãe favorece para que as mulheres aceitem trabalhos precários e com ambientes hostis, aumentando os fatores de vulnerabilidades e de riscos de comprometimento da saúde mental.

Parte das participantes demonstraram não relacionar esse sofrimento psicossocial ao processo migratório, o que denota uma estratégia para amenizar as dificuldades e angústias, com o intuito de aceitar e melhor se adaptar a essa realidade.

Observou-se que, de modo geral, a rotina das mulheres participantes após o processo migratório, envolve uma tripla jornada, com diversas responsabilidades e papéis exercidos. São rotinas descritas como multitarefas que resultam em pouco tempo para o lazer e os cuidados

peçoais. A falta da rede de apoio existente no país de origem agrava a condição de vida das mulheres, por diminuir ou limitar o suporte social e emocional, benéfico para elas. Portanto, as redes sociais de apoio, que envolvem o capital social, demonstram serem significativas para a adaptação e o bem-estar das mulheres imigrantes ou refugiadas.

Os resultados também possibilitam afirmar que os fatores opressivos relacionados a gênero interferem no processo migratório das mulheres, ao identificarmos elementos da cultura heteropatriarcal que as oprimem e exploram, como pela limitação ao conseguir emprego, divisão sexual do trabalho e sobrecarga feminina.

Além disso, os resultados demonstraram que a pandemia da Covid-19 afetou sobremaneira a condição de vida das mulheres participantes da pesquisa no âmbito de acesso aos serviços de saúde, no fator econômico, laboral, de mobilidade social entre o Brasil e o país de origem e nos aspectos psíquicos, resultando em maiores iniquidades sociais, econômicas e de saúde, portanto, aumentando as condições de vulnerabilidade das mulheres.

Observa-se que as estratégias utilizadas para romper com o sofrimento psicossocial foram se aproximar dos familiares, realizar terapia, trabalhar, dançar e buscar maneiras para se distrair. A família mostrou-se, ao longo dos resultados, com um papel fundamental como rede de apoio, além de um componente importante para a adaptação e ambientação das mulheres no novo país de moradia, e em consonância com outros estudos, um mecanismo protetor para o sofrimento dessas mulheres. Quanto aos serviços utilizados para lidar com o sofrimento, foram citados terapia com psicólogo, por meio do SUS, além de atendimento com médico de família, também pelo Sistema Único de Saúde, observando-se um aumento na busca ou acesso a serviços de psicologia/psiquiatria após a imigração ou refúgio, no entanto nota-se um acesso limitado a esses tipos de serviços, tanto no que condiz à entrada em si, quanto em sua duração.

A pesquisa evidenciou que entre as mulheres imigrantes ou refugiadas a intersecção dos eixos de gênero, raça e condições socioeconômicas, multiplicam as vulnerabilidades, ao entrecruzar as opressões da xenofobia, machismo, patriarcado e capitalismo, potencializando os efeitos dos processos migratórios na saúde mental das participantes. Portanto é fundamental nas discussões sobre saúde mental de mulheres imigrantes e refugiadas ressaltar as diferenças culturais, desigualdades socioeconômicas, violência e discriminação de gênero e racismo, sob uma perspectiva interseccional.

Desse modo, baseado no referencial teórico desse estudo, sobre os determinantes sociais da saúde da Organização Mundial da Saúde (SOLAR; IRWIN, 2010), identificou-se que os DSS, em especial os referentes a gênero, classe social, condição socioeconômica, raça, escolaridade e ocupação, apresentam significativa influência sobre a saúde mental das mulheres

imigrantes e refugiadas, produzindo e reforçando as iniquidades sociais em saúde, sendo uma base fundamental para essa discussão, permitindo uma adequada compreensão das vulnerabilidades e riscos, além de demonstrar a necessidade da interferência do governo na equidade em saúde dessa população.

Os resultados revelaram a participação do estado, no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde e programas assistenciais do governo, contudo verificou-se que essa atuação foi ineficiente para operar na vulnerabilidade social desse grupo estudado, além do preconceito identificado na prestação dos serviços, ao lidar com pessoas originárias de outros países e culturas. Contudo, exalta-se a relevância indiscutível do SUS, uma vez que sem esse sistema as participantes estariam desamparadas no âmbito do acesso e assistência à saúde, sendo um ponto destacado e valorizado pelas próprias participantes. Nota-se a importância de políticas públicas voltadas a imigrantes e refugiados com enfoque no gênero, na conscientização e na capacitação dos profissionais que prestam atendimento a esse público, de modo a contribuir com a equidade em saúde.

No que concerne às limitações desse estudo, é possível apontar a diferença das línguas, pois, embora as mulheres participantes conseguissem se comunicar em português, em alguns momentos, a compreensão foi deficitária, o que prolongou os encontros e a aplicação dos questionários e realização das entrevistas. Em razão de a pesquisa ter sido realizada durante a pandemia da Covid-19, os encontros ocorreram em ambiente aberto para reduzir a possibilidade de transmissão do vírus, bem como em local afastado de demais pessoas que frequentavam o ambiente para se manter a privacidade na coleta dos dados. Ainda, devido à pandemia, algumas participantes foram entrevistadas por telefone, o que restringiu o contato físico e vínculo entre a pesquisadora e respondentes, possivelmente ocasionando com que essas participantes se sentissem menos à vontade para expor suas histórias e condições de vida. A amostra do estudo mostrou-se um fator limitante, uma vez que ocorreu em apenas duas instituições com perfis de atendimento e apoio social similares e, portanto, ter demonstrado a realidade de frequentadores desse tipo de serviço.

Notou-se uma lacuna de estudos sobre esse tema, em especial na América Latina, sendo necessário o investimento em pesquisas aprofundadas nesse âmbito, além disso, sugere-se aos futuros pesquisadores que pretendem realizar estudos sobre esse tema ampliar a amostra, incluir participantes de diferentes níveis socioeconômicos e outras variáveis para possíveis estudos comparativos.

Por fim, esse estudo apresenta significativas contribuições no que concerne à compreensão de como as vulnerabilidades sociais incidem e produzem riscos de

comprometimento da saúde mental das mulheres imigrantes e refugiadas na cidade de São Paulo, de modo a fornecer conhecimento para futuros estudos acerca dessa temática, contribuir na capacitação de profissionais de saúde que atuam com essa população, apoiar na elaboração de políticas públicas dirigidas à conscientização da população quanto ao respeito às diferenças culturais, raciais, socioeconômicas e de gênero, além de colaborar com a criação de estratégias para oferta de mais oportunidades e suporte, tanto de acesso aos serviços de saúde, quanto a políticas sociais, econômicas e de inserção social desse público.

Espera-se que o Brasil se torne um exemplo de tratamento e oportunidade para os imigrantes e refugiados, que a população brasileira compreenda o quanto esses grupos têm a agregar e contribuir, e que as mulheres possam cada vez mais se sentirem livres para conquistarem seus propósitos de vida, onde e da maneira que optarem, sempre em segurança e sem opressões.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHOTEGUI, J. La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises. **Temas de psicoanálisis**. Núm. 3, Enero, 2012. Disponível em: <<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2012/01/01/la-crisis-como-factor-agravante-del-sindrome-de-ulises-sindrome-del-duelo-migratorio-extremo1/>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

ACHOTEGUI, J. Limitação de estresse e saúde mental: a síndrome imigrante com estresse múltiplo e crônico (Síndrome de Ulisses). **Gac Med Bilbao**. 106: p. 122-133, 2009. Disponível em: <<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-pdf-S0304485809746657>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Refugiado ou Migrante? O ACNUR incentiva a usar o termo correto**. Genebra, 2015. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2015/10/01/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Protegendo Refugiados no Brasil e no Mundo**. Brasília/DF, 2018. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/wpcontent/uploads/2018/02/Protegendo-Refugiados-no-Brasil-e-no-Mundo_ACNUR-2018.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Dados sobre refúgio**, 2020. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>>. Acesso em: 06 fev. 2021.

ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Acnur no Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/acnur-no-brasil/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

AGYEI, S. A. **The migrant pay gap: Understanding wage differences between migrants and nationals**. International labour organization (ILO), 2020. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_763803.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade** (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro). São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 159 p. ISBN 978-85-98349-69-5.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Dec. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000400953&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2021.

ALENCAR-RODRIGUES, R.; STREY, M. N.; ESPINOSA, L. C. Marcas do gênero nas migrações internacionais das mulheres. **Psicologia & Sociedade**; v. 21, n.3, p. 421-430, 2009. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/205783461.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2020.

ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural** (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro). São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 264 p. ISBN: 978-85-98349-74-9.

ANTUNES, J. A. P. J. Refugiados e saúde mental-acolher, compreender e tratar. **Psicologia, Saúde e Doenças**. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal, v. 18, n. 1,

p. 115-130, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481010.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V. Trabalho produtivo e reprodutivo no cotidiano das mulheres brasileiras. In: ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V. (Orgs.). **Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres**. Realização SOS Corpo Instituto, Feminista para Democracia, Instituto Patricia Galvão. Recife, 2014. 105 p. Disponível em: <https://soscorpo.org/wp-content/uploads/livro_trabalho_versaoonline-1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Coord.). **Migrações Venezuelanas**. Campinas, NEPO UNICAMP, 115-125 p., 2018. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig_venezuelanas/migracoes_venezuelanas.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BARRETO, M. S. et al. Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes. **Esc. Anna Nery Rev de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e20190003, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0003>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/VnvWXQRfrDtRsVfqRJGVPZb/?lang=pt>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEDRAN-MARTINS, A. M. B. **Análise da Produção Científica sobre os Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP**. 2010. 117 f. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BEDRAN-MARTINS, A. M. B.; ZIONI, F. Comunicação do conhecimento em determinantes sociais de saúde: uma revisão da produção científica. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1431/1206>>. Acesso em: 5 fev. 2021.

BERTOLDO, J.; RICARDO, K. H. Diálogos entre gênero e migrações: mulheres imigrantes no Brasil. **Captura Crítica: direito, política, atualidade**. Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 83-106, 2017.

BIRCHALL, J. **Gender, Age and Migration: An extended briefing**. Bridge, Uk: Institute of Development Studies, 2016. Disponível em: <<http://www.bridge.ids.ac.uk/news/new-publication-gender-age-and-migration-extendedbriefing>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

BLACK, J. S.; MENDENHALL, M. The U-Curve adjustment hypothesis revisited: A review and theoretical framework. **Journal of International Business Studies**, v. 22, n. 2, p. 225-247, 1991. Disponível em: <<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.844.2515&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BOMTEMPO, D. C. Migração Internacional, economia urbana e territorialidades. **Revista UFG, Bol.Goia. Geogr.** v. 39, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/bgg/article/view/55885/32985>>. Acesso em: 06 fev. 2021.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, UFSC. vol. 2, n.1 (3), p. 68-80, janeiro-julho, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BOSQUI, T. et al. Uso de medicamentos antidepressivos entre migrantes de primeira geração em idade produtiva residentes na Finlândia: um estudo de ligação de dados administrativos. **Int J Equity Health**, v. 18, n. 157, 2019. DOI: 10.1186/s12939-019-1060-9. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1060-9>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRANDT, G.; WASSERMAN, M. O estereótipo como elemento discursivo: reflexões a partir da figura do imigrante no Brasil. **Aedos**, Porto Alegre, v. 12, n. 27, março de 2021. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/aedos/article/view/108379/61254>>. Acesso em: 9 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Decreto, de 13 março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 1 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**, 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-mental>>. Acesso em: 01 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Painel de dados direitos humanos**, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. Governo do Brasil. Justiça e Segurança. **Solicitar Refúgio pela primeira vez no Brasil**, 2021a. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-refugio>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

BRASIL. Governo do Brasil. **Registrar-se como Estrangeiro no Brasil**, 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/registrar-se-como-estrangeiro-no-brasil>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 317p.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006.019>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2020.

CANIATO, A. M. P. Da violência no ethos cultural autoritário da contemporaneidade e do sofrimento psicossocial. **PSI - Revista de Psicologia Social e Institucional**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 197-215, 2000. Disponível em: <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/artigo%204.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CARITAS SÃO PAULO. **Serviço de Acolhida e Orientação para Refugiados**, 2021a. Disponível em: <http://www.caritassp.org.br/servico-de-acolhida-e-orientacao-para-refugiados/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

CARITAS SÃO PAULO. **Quem somos**, 2021b. Disponível em: <http://www.caritassp.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

CARITAS BRASILEIRA. **História**, 2021. Disponível em: <https://caritas.org.br/historia>. Acesso em: 21 abr. 2021.

CARNEIRO, C. S. Migrações internacionais e precarização do trabalho: o contexto global, os acordos de residência do Mercosul e os imigrantes sulamericanos no Brasil. **Argumenta Journal Law**, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 26. p. 337-374, 2017. Disponível em: http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/749/pdf_1. Acesso em: 3 abr. 2021.

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psusp/a/zf93H9zv7b7JqmJ5Csgs99P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2021.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 2. p. 19-38, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmypdf/noronha-9788581100166-03.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2020.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.121-142, 2014.

CASTEL, R. **A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”**. CADERNO CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997. Disponível em:

<<https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18664/12038>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. São Paulo: Educ, 2000. p. 17-50.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 5a ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTRO, J. A. Proteção social em tempos de Covid-19. **Saúde em debate**, v. 4, n. spe4, p. 88-99, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E405>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4VYSSSLsmZ4754Cv6tsfJDy/?lang=pt> >. Acesso em: 5 ago. 2021.

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.

CHARLSON, F. et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, vol. 394, issue 10194, p. 240-248, July 20, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1). Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30934-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext)>. Acesso em: 12 mar. 2021.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

COSTA, M. A. C.; SILVA, A. P. T.; SANTOS, C. P. Mídia e intervenção psicossocial nas comunidades: em busca de novas possibilidades. **Revista lusófona de educação**, v. 14, p. 101-110, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/349/34912396007.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

CRENSHAW, K. W. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem, 2004. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4587063/mod_resource/content/1/KimberleCrenshaw.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

CRENSHAW, K. W. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponível em:

<https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

COUTINHO, M. P. L.; RODRIGUES, I. F.; RAMOS, N. Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional. **Psico**. v. 43, n. 3, p. 400-407, Jul./Set. 2012. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3143/1/IF%2c%20MPC%2c%20NR.pdf%20Transtornos%20Mentais%20Comuns%20no.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

CUNHA, R. R. T.; SANTOS, A. O. Aníela Meyer Ginsberg e os estudos de raça/etnia e intercultura no Brasil. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 317-329, Dec. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-656420130013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642014000300317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2021.

DANTAS, S. Saúde mental, interculturalidade e imigração. **Revista USP**, n. 114, p. 55-70, 2017. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i114p55-70. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142368/137500>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies. Stockholm: institute of Future Studies, Arbetsrapport, 2007: 14. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> >. Acesso em: 11 dez. 2020.

DELARA, M. Social Determinants of Immigrant Women’s Mental Health. **Advances in Public Health**, v. 2016, Artigo ID 9730162, 11 p., 2016. DOI: 10.1155/2016/9730162. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/aph/2016/9730162/>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

DIEESE. **Brasil A inserção das mulheres no mercado de trabalho**, 2021. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2021/graficosMulheresBrasilRegioes2021.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2021.

DUTRA, D.; BOTEAGA, T. Migrações internacionais: a problemática das mulheres migrantes. In: Equipe de Pesquisa do CSEM. **Mulher Migrante: Agente de resistência e transformação**. Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios. – Brasília: Csem, 2014. Disponível em: <https://csem.org.br/wpcontent/uploads/2018/07/Relatorio_de_pesquisa_CSEM_Mulheres_migrantes.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2020.

DUTRA, D. Mulheres, migrantes, trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. **REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 21, n. 40, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/remhu/a/SHpdGQt7Mdq3rw4KWvZkyzn/>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ESCOLA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE HCFMUSP. **SUS: a importância do sistema público no Dia Mundial da Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://eephcfmusp.org.br/portal/online/sus/>>. Acesso em: 4 ago. 2021.

ESTRELA, F. M. et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, Set 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.14052020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n9/3431-3436/pt/>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

FARAH, P. D. Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. **Revista USP**, São Paulo, n. 114, p. 11-30, Julho/agosto/setembro, 2017. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/1-Paulo-Daniel-Farah.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

FARINHUK, P, S; SAVARIS, L, E; FRANCO, R, S. Transtorno mental e sofrimento psíquico: representações sociais de profissionais da Atenção Básica à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021. e24010313267-e24010313267. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13267>.

FERRELLI, R.M. Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 4: p. 272–277, 2015. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18375/v38n4a2por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

FIGUEIREDO, A. M. et al. Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 2, e20200673, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0673. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672020001400158&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2021.

FIOCRUZ, **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**, 2021. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FIORATI, R.C.; ARCÊNCIO, R.A.; SOUZA, L.B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, p. e2687, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0945.2687. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt>>. Acesso em: 5 jun. 2021.

FRAENKEL, J. R.; WALLEN, N. E.; HYUN, H. H. **How to design and evaluate research in education** (8th ed.). New York: Mc Graw hill, 2012.

FRANKEN, I.; COUTINHO, M. P. L.; RAMOS, M. N. P. Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n. 1, p. 202-219, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100015>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/PQYkFTZgXX5zDV3k6KT49pB/?lang=pt#>>. Acesso em: 2 jan. 2021.

GALINA, V.F. et al. Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees. **Interface -Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 61, p. 297-308, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0929>. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/icse/a/bYJGXPkXXnjwvMtxcBX8MXP/?lang=en#>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, janeiro de 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000100015. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2021.

GROSGOUEL, R. Para Descolonizar os Estudos de Economia Política e os Estudos Pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: SANTOS, B.; MENESES, M. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina, 2009, p. 383-417.

GODINHO, M. et al. Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal. In: **Conferência Europeia de Saúde Pública – EUPHA'**, 16., Poster. Lisboa, 2008. Disponível em: <http://uepid.wdfiles.com/local--files/projectos-de-investigacao/EUPHA_psychological%20distress.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n3/0102-6909-tes-18-3-e00278110.pdf>> Acesso em: 31 mar. 2021.

GOODMAN, R. D. et al. Trauma and resilience among refugee and undocumented immigrant women. **Journal of Counseling & Development**, v. 95, n. 3, p. 309–321, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcad.12145>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcad.12145>>. Acesso em: 9 dez. 2020.

GUIGINSKI, J.; WAJNMAN, S. A penalidade pela maternidade: participação e qualidade da inserção no mercado de trabalho das mulheres com filhos. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 36, e0090, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0090>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982019000100159&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2021. Epub Nov 04, 2019.

HENNEBRY, J.; PETROZZIELLO, A. Closing the Gap? Gender and the Global Compacts for Migration and Refugees. **International Migration**, vol. 57, n. 6, p. 115–138, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/imig.12640>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

HENNING, C. E. Interseccionalidade e pensamento feminista: As contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações**, Londrina. v. 20, n. 2, p. 97-128, jul./dez. 2015. DOI: 10.5433/2176-6665.2015v20n2p97. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/18588/5/Artigo%20Carlos%20Eduardo%20Henning%20%20-%202015.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2021.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, June, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010320702014000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2020.

IBGE. **IBGE Cidades São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. 148 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 12 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). **World Migration Report**, UN, New York. DOI: <https://doi.org/10.18356/b1710e30-en>, 2019. Disponível em: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2020.

IPEA. Ministério da Justiça. **Migrantes, apátridas e refugiados: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil**. Ministério da Justiça, Secretaria de Assuntos Legislativos (SAL): IPEA. Série pensando o direito, Brasília, n. 57, 169 p., 2015. Disponível em: <http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PoD_57_Liliana_web3.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2021.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, n. 55, p. 693-700, 2001. DOI: 10.1136/jech.55.10.693. Disponível em: <<https://jech.bmj.com/content/55/10/693>>. Acesso em: 03 dez. 2020.

LEE, J. et al. Hwabyung Experiences Among Korean Immigrant Women in the United States. **Fudan J. Hum. Soc. Sci.** 9, p. 325–349, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40647-015-0112-9>.

LEININGER, M. A. relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: **Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem**, 1, Florianópolis, 1985 – Anais. Florianópolis, UFSC, 1985, p.232-54.

LEININGER, M. Teaching Transcultural Nursing in Undergraduate and Graduate Programs. **Journal of Transcultural Nursing**, Winter, v. 6, n. 2, p. 10 - 26, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1177/104365969500600203>.

LEININGER, M. What is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? **Journal of Transcultural Nursing**, v. 10, n. 1, Janeiro de 1999. DOI: <https://doi.org/10.1177/104365969901000105>.

LIRA, R. A. V.; LAGO, M. B. M.; LIRA, F. I. A. V. Feminização das migrações: a dignidade da mulher venezuelana, migrante e refugiada, e o papel das políticas públicas. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 247, mai./ago., p. 322-340, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n247.p322-340>. Disponível em: <<https://periodicos.ucsul.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/528/459>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

LOPES, I. O. **O discurso da comissão dos determinantes sociais da saúde: avanço político ou mudança retórica?** 2017. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde27042018112616/publico/dissertacao_final_corrigida.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-18>. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018>. Acesso em: 18 fev. 2021.

LUGÓ, R. **Roteiro de entrevista com imigrante/migrante, para os alunos da segunda série do ensino médio**, 2015. Disponível em: <<http://sociogenese.blogspot.com/2015/03/roteiro-de-entrevista-com.html>>. Acesso em: 2 ago. 2019.

LUSSI, C. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-144, agosto de 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140014>. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/k94mXDJWVbcqC7JhWSf7qnF/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 abr. 2021.

MAGALHAES, B. Dançando cirando com a lei: a Funai e a recepção de migrantes indígenas. In: BAENINGER, R; SILVA, J. C. J. (Coord). **Migrações Venezuelanas**, Campinas, NEPO UNICAMP, p. 126-134, 2018. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/default/files/Publications/migracoes_venezuelanas%20%281%29.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

MAIA, F. J. F.; FARIAS, M. H. V. Colonialidade do poder: a formação do eurocentrismo como padrão de poder mundial por meio da colonização da América. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 21, n. 3, p. 577-596, jul./set., 2020. DOI: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i3.2300>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151870122020000300577&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2021.

MARINUCCI, R. Feminization of migration? **REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 15, n. 29, p. 5-22, 2007. Disponível em: <<http://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/55/47>>. Acesso em: 8 jan. 2021.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/26-36/pt/#>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

MARTINS-BORGES, L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Zumbir**. Brasília, v. 21, n. 40, p. 151-162, junho de 2013. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1980-85852013000100009>. Disponível em
<<https://www.scielo.br/j/remhu/a/5ybFYzvWhw9K6TXFHY9QVpD/?lang=pt>>. Acesso em:
03 abr. 2021.

MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing and healthcare**. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2014. 624 p.

MENDES, A. A.; BRASIL, D. R. A Nova Lei de Migração Brasileira e sua Regulamentação da Concessão de Vistos aos Migrantes. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 84, p. 64-88, Abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2020v43n84p64>. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/seq/a/m857phqNWZFzQDZ8vqhLDLM/?lang=pt>>. Acesso em: 17 maio 2021.

MICHEL, T. et al. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. **Cogitare enferm.** v. 15, n. 1: p. 131-7, 2010. DOI:
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i1.17184>. Disponível em:
<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17184/11319>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, P. Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual. **Aedos**, Porto Alegre, v. 10, n. 22, p. 53-70, Ago. 2018. Disponível em:
<<https://www.seer.ufrgs.br/aedos/article/view/83376/49791>>. Acesso em: 27 fev. 2021.

MILESI, R.; MARINUCCI, R. Mulheres migrantes e refugiadas a serviço do desenvolvimento humano dos outros. In: OLIVEIRA, A. C. et al. **Cadernos de Debates Refúgio, Migrações e Cidadania**, Brasília: Instituto Migrações e Direitos Humanos. v. 10, n. 10, 2015.

MIRANDA, S. C. A. História em espiral: compreendendo a receptividade brasileira à imigração haitiana a partir de suas determinações. **Aedos**, v. 10, p. 29-52, 2018. Disponível em:
<<https://www.seer.ufrgs.br/aedos/article/view/82960/49788>>. Acesso em: 4 fev. 2022.

MIRANDA, C. A.; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Aval. psicol.** Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 249-257, Ago. 2008. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MISSÃO PAZ. **Quem Somos**, 2021a. Disponível em:
<<http://www.missaonspaz.org/menu/quem-somos>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

MISSÃO PAZ. **História**, 2021b. Disponível em: <<http://www.missaonspaz.org/menu/quem-somos/historia>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

MOHANTY, C. T. Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discursos coloniales. In: NAVAZ, L. S.; HERNÁNDEZ, A. (editoras). **Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes**. Madrid: Editora Cátedra, 2008. Disponível em:
<https://www.feministas.org/IMG/pdf/articulo_libro_descolonizando_el_feminismo-.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

MORAES, I. A.; ANDRADE, C. A. A.; MATTOS, B. R. B. A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios. **Revista Conjuntura Austral**, v. 4, n. 20, p. 95-114, 2013. Disponível em:

<<https://seer.ufrgs.br/ConjunturaAustral/article/view/35798/27329>>. Acesso em: 16 mar. de 2021.

MORO, M. R. Psicoterapia transcultural da migração. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 186-192, Agosto de 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140017>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642015000200186&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2021.

NEVES, A. S. A. et al. Mulheres imigrantes em Portugal: uma análise de gênero. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 33, n. 4, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400723>. Acesso em: 3 maio 2021.

NEVES, B. S. et al. Violência doméstica e religiosidade na vivência de mulheres brasileiras imigrantes: percepções da psicóloga de um Consulado-Geral do Brasil em Portugal. **Bol. – Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 11-24, Jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2019000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 abr. 2021.

NEPO UNICAMP. **Banco Interativo – números da imigração internacional para o Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/>>. Acesso em: 2 jun. 2021.

NIÑO, E. A. L. Migração, Cidades e Fronteiras: a Migração Venezuelana nas Cidades Fronteiriças do Brasil e da Colômbia / Migration, Cities and Borders: Venezuelan Migration to Brazilian and Colombian Border Towns. **Espaço Aberto**, v. 10, n. 1, p.51-67, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/EspaçoAberto/article/view/29956/19444>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

NOBRE, A. R. **A Proteção Internacional dos Direitos Humanos frente à Vulnerabilidade das Mulheres e Crianças Migrantes (ênfase para a União Europeia)**. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas) - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

OBERG, K. Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments. Reprint in 1960, **Curare** 29, p. 142-146, 2006. Disponível em: <http://culturaladjustment.weebly.com/uploads/7/5/4/8/7548819/culture_shock_oberg.pdf >. Acesso em: 3 jan. 2021.

OLIVEIRA, E. N. et al. Qualidade de vida de imigrantes brasileiras vivendo em Portugal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 824-835, Sept. 2017. DOI: 10.1590 / 0103-1104201711412. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4vwF4YdYqVJPtGtd38qttzd/?lang=pt>>. Acesso em: 31 jan. 2020.

OLIVEIRA, N. Miscigenação e a questão racial no Brasil: interpretações sobre as cotas raciais. **Anais VI CONEDU**, Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_S A6_ID9451_22092019171530.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Glossário sobre migração**. Genebra, Suíça, 2009.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM). Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Las mujeres migrantes y la violencia de género Aportes para la reflexión y la intervención**, 2014. Disponível em: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/las_mujeres_migrantes_y_la_violencia_de_genero.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Política sobre etnia e saúde**. 29a Conferência Sanitária Pan-Americana. CSP29/7, Rev. 1, 28 de setembro de 2017. Disponível em: <[file:///ethnicityhealth-policy-2017-po%20\(3\).pdf](file:///ethnicityhealth-policy-2017-po%20(3).pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2021.

PACE, E. Religion in Motion: Migration, Religion and Social Theory. In: VILAÇA, H. et al. (editors) **The Changing Soul of Europe Religions and Migrations in Northern and Southern Europe**, Londres: Routledge, p. 9-24, 2014.

PACHI, P. São Paulo e os novos fluxos migratórios. XIII ENANPEGE A geografia brasileira na ciência-mundo: produção, circulação e apropriação do conhecimento, São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.enanpege.ggf.br/2019/resources/anais/8/1562015833_ARQUIVO_ARTIGOENANPEGE.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2021.

PASSOS, F. J. A urgência de um processo de desconstrução do racismo institucional: uma proposta didático-pedagógica. **REGS Educação, Gestão e Sociedade: revista da faculdade Eça de Queirós**. Ano 1, n. 2, p. 1 - 19, 2011.

PASSOS, L.; GUEDES, D. Participação feminina no mercado de trabalho e a crise de cuidados da modernidade: conexões diversas. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 50, 2018. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/847>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

PEIXOTO, J. As teorias explicativas das migrações: teorias micro e macro-sociológicas. **Socius Working Papers** Centro de Investigação em Sociologia Econômica das Organizações (SOCIOUS), Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa, n.11, 2004. Disponível em: <<https://socius.rc.iseg.ulisboa.pt/publicacoes/wp/wp200411.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

PENNETTA, G.; NEUMANN, M. Xenofobia e racismo com os imigrantes haitianos no Brasil: uma perspectiva analítica. Jornada de Iniciação Científica e Mostra de Iniciação Tecnológica - ISSN 2526-4699, Brasil, jan. 2019. Disponível em: <<http://eventoscopq.mackenzie.br/index.php/jornada/xvjornada/paper/view/1438>>. Acesso em: 27 fev. 2021.

PERES, R. G.; BAENINGER, R. Migração Feminina: um debate teórico e metodológico no âmbito dos estudos de gênero. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 desafios atuais do feminismo, 2013, Florianópolis. **Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero**. Florianópolis, 2013. Disponível em:

<http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1386697149_ARQUIVO_RobertaGuimaraesPeres.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

PINHEIRO, et al. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2019, 52 p., Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9538/1/td_2528.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, Universidade Federal de Goiás, Goiania, Brasil, v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/703/70311249015.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2021.

PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-113, março de 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2021.

PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica**, v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ab71/ffa75084a7ebabd2bdc986f096850e2ee6ee.pdf?_ga=2.184589550.617032591.1635501576-1635115073.1632739769>. Acesso em: 28 out. 2021.

QUIJANO, A. Colonialidade do Poder e Classificação Social. In: SANTOS, B.; MENESES, M. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina, 2009. p. 73-117.

RAMOS, M. C. P. Migrações e gênero: trabalho, empreendedorismo e discriminações. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010, Florianópolis, **Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero**. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278297633_ARQUIVO_ComunicacaoFlorianopolisMCPR.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.

RAPHAEL, D. **Social determinants of health – Canadian Perspectives**. Toronto: Canadian Scholars Press Inc., 2004. 435 p.

REICHERT, E. H. Notas sobre o eurocentrismo no Brasil. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 129, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13690/8690>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

REIS, A. P. et al. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de COVID-19 implicações para o controle no Brasil. **Saúde debate**, v. 44, n. especial 4, p. 324-340, Dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E423>. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/324-340/>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

REPÓRTER BRASIL. **Trabalho escravo e gênero: Quem são as trabalhadoras escravizadas no Brasil?** SUZUKI, N. (org.); Equipe ‘Escravo, nem pensar’. São Paulo, 2020. 10 p. Disponível em: <<https://escravonempensar.org.br/wp->

content/uploads/2020/09/GENERO_EscravoNemPensar_WEB.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

RESSTEL, C. C. F. P. Fenômeno migratório. In: **Desamparo psíquico nos filhos de dekasseguis no retorno ao Brasil**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 35-52. ISBN 978-85-7983-674-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xky8j/pdf/resstel-9788579836749-04.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2021.

ROBERTS, B.; BROWNE, J. A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. **Global Public Health**, v. 6, n. 8, December 2011. DOI: 10.1080 / 17441692.2010.511625. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20859816/>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ROCHA, C. F. et al. Percepções de mulheres imigrantes acerca das dificuldades de acesso e da qualidade do atendimento de saúde em Portugal. In: MOCUMBI, A. O. (Editora). **Revista Moçambicana de Ciências de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 39-44, 2015. Disponível em: <<https://ins.gov.mz/wp-content/uploads/2020/10/RMCS-V2.pdf#page=39>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

RODRIGUES, R.; DIAS, S. Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. **Forum Sociológico**, n. 22, p. 63-72, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.583>. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/sociologico/583>>. Acesso em: 1 abr. 2021.

ROGUET, P. **Direitos e deveres dos refugiados na Lei n 9.474/97**, 2009, 183 f. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2009. Disponível em: <<http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/1261/1/Patricia%20Roguet.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2021.

ROIG, J. M. Migrações internacionais e a garantia de direitos – um desafio no século XX. In: BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Coord.). **Migrações Venezuelanas**, Campinas, NEPO UNICAMP, p. 27 - 30, 2018. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/default/files/Publications/migracoes_venezuelanas%20%281%29.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. 1º ed. 2º reimp. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011. 151 p.

SAFRA, G. **A face estética do self: teoria e clínica**. São Paulo. Unimarco editora, 1999. 174 p.

SANTOS, B.; MENESES, M. (Org.). Introdução. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina, p. 9-19, 2009.

SANTOS, B. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B.; MENESES, M. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina, 2009. p. 23-71.

SANTOS, B. **Construindo as Epistemologias do Sul: Antologia Essencial. Volume I: Para um pensamento alternativo de alternativas / Boaventura de Sousa Santos**. MENESES, M. P. et al (comp.) 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, v. 1, 2018, 688 p.

SANTOS, S. M. M.; OLIVEIRA, L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-19, June 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2021.

SANTOS, M. F.; MULLER, L. J. Migração e inserção no mercado de trabalho decente: o trabalho doméstico informal como destino das mulheres migrantes no Brasil. In: II Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade, 2019, Criciúma. **Anais do Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade**, v. 2, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/AnaisDirH/article/view/5795/5209#>>. Acesso em: 15 mar. 2021

SANTOS, M. P. A. et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, Aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142020000200225&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SAYAD, A. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. Tradução Cristina Murachco. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo (edusp), 1998, 299 p.

SCIELO, SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. A cidade de São Paulo [online]. **Scielo em Perspectiva**, 2013. Disponível em: <<https://blog.scielo.org/blog/2013/07/15/a-cidade-de-sao-paulo/>>. Acesso em: 25 maio 2021.

SEDES, SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **O que é cadastro único?** Brasília, 2021. Disponível em: <<http://www.sedes.df.gov.br/cadastro-unico/>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, S. A. G. J. **Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: na perspectiva da saúde do trabalhador**. 2017. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, G. J. et al. **Refúgio em Números**, 5ª ed. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra, 2020, 76 p. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/Ref%C3%BAgio%20em%20n%C3%BAmeros/REF%C3%9AGIO_EM_N%C3%9AMEROS_5%C2%AA_EDI%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

SILVA, S. A. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. **Estud. av.**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 157-170, agosto de 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142006000200012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142006000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2021.

SILVA, S. A. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 99-117, Apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982017000100099&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2021.

SILVA, A.; SOUZA, L. Trabalho, lazer e relações de gênero na ótica de mulheres imigrantes. **Revista Electrónica de Psicología Política**, San Luis, v. 13, n. 35, p. 72-109, 2015. Disponível em: < <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/2015-Diciembre-05.pdf> > Acesso em: 25 mar. 2021.

SILVA, V. V. As contribuições de Heleieth Saffioti para os estudos de gênero na contemporaneidade. **Revista Feminismos**. v. 7, n. 1, Jan.-Abr. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/33391/21191>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SIMÕES, B. H.; LUZ, C. K. As condições de trabalho das mulheres imigrantes no Brasil e a proteção dos direitos fundamentais. **Revista Científica da FASETE**, 2018. Disponível em: <https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/19/as_condicoes_de_trabalho_da_s_mulheres_imigrantes_no_brasil_e_a_protecao_dos_direitos_fundamentais.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

SINIGAGLIA, B. **O papel laboral da mulher na sociedade brasileira contemporânea: uma análise sobre sua evolução, a partir de um estudo de caso em uma empresa do município de Santa Rosa-RS**. 2018. 159 f. Dissertação (Mestrado em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social) – Universidade de Cruz Alta, Programa de Pós-Graduação Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social, Rio Grande do Sul, 2018.

SOARES, M. B.; LANES, M. B. A função social da religião no acolhimento de mulheres imigrantes brasileiras em Portugal. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n.7, p. 48684-48692, jul. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n7-494. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13535/11343>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion**. Paper 2 (Policy and Practice). Geneva; World Health Organization, 2010.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/06.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SOUZA, M. F. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. In: Políticas Públicas de Saúde: textos e contextos. **Tempus, actas de saúde colet**. Brasília, v. 8, n.1, p. 11-16, mar, 2014.

SOUZA, L. B. **A condição de vida de famílias em vulnerabilidade social e sua potencial relação com a saúde mental e o desempenho ocupacional escolar de crianças e adolescentes**. Ribeirão Preto, 2017. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

STRAITON, M.; LEDESMA, H.; DONNELLY, T. A qualitative study of Filipina immigrants' stress, distress and coping: The impact of their multiple, transnational roles as women. **BMC Women's Health**, 2017. DOI: 10.1186/s12905-017-0429-4. Disponível em: <<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0429-4>>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SOUCHAUD, S. A imigração boliviana em São Paulo. **Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante**, Rio de Janeiro, Brazil, Garamond, p. 267-290, Sep 2008. Disponível em: <<https://hal.ird.fr/ird-00486059>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**. n. 3, p. 20-27, 2009. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.

TONIAL, F. A.; MAHEIRIE, K.; GARCIA JR., C. A. A resistência à colonialidade: definições e fronteiras. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n. 1, p. 18-26, 2017.

TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: uma (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, pág. 328-341, junho de 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200006>. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2021.

TOPA, J.; NOGUEIRA, C.; NEVES, A. S. Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 3, p. 366-373, jul./set. 2010. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8166/5858>>. Acesso em: 7 abr. 2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UN WOMEN. **Policy Brief No. 2: Women Migrant Workers' Contributions to Development**. 8 p., 2017. Disponível em: < <https://www.refworld.org/pdfid/5a1bfcce4.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 3-13, Dez., 2011. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/764/1406>>. Acesso em: 25 out. 2011.

VILLELA, W. V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 48, nov. 2009. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122009000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2021.

VILELAS, J. M.; JANEIRO, S. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *remE – Rev. Min. Enferm.*; v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>>. Acesso em: 2 abr. 2021.

VONNAHME, L. et al. Factors Associated with Symptoms of Depression Among Bhutanese Refugees in the United States. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*, v. 17, n. 6, 1705-1714, 2015. DOI: 17. 10.1007/s10903-014-0120-x.

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, v. 12, n. 1, p. 90-114, 2011. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13239>>. Acesso em: 8 maio 2021.

WHO. **How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity**, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. Disponível em <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2018.

WHO. **Strengthening mental health promotion**. Geneva, CH: World Health Organization (Fact sheet no. 220), 2001. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>. Acesso em: 7 maio 2020.

WHO. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. **Social determinants of mental health**. Geneva, World Health Organization, 2014. 54 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 5 maio 2020.

WHO, Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1. 21, January, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4>. Acesso em: 31 mar. 2021.

WHO, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51. 11 March, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10>. Acesso em: 31 mar. 2021.

YAJAHUANCA, R. S. A. **A experiência da gravidez, parto e pós parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo**. 2015, 192 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

ZAMBERLAM, J. et al. **Desafios das Migrações – buscando caminhos**. Porto Alegre. Solidus, 84 p, 2009. Disponível em: <<https://emigratecaportuguesa.files.wordpress.com/2015/04/2009-desafios-das-migrac3a7c3b5es.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2021.

ZANGANEH, S. Analysis of Mental Health Indicators of Refugees in Supporting Cultural Environments in European Countries. **J Ment Disord Treat**, vol 4, n. 2, 2018. DOI:10.4172/2471-271X.1000163.

ZAPATA ROBLYER, M. I. et al. Interpersonal and social correlates of depressive symptoms among Latinas in farmworker families living in North Carolina, **Women & Health**, v. 56, n. 2, p. 177-193, 2016. DOI: 10.1080/03630242.2015.1086464.

ZAPATA ROBLYER, M. I. et al. Psychosocial factors associated with depressive symptoms among Latina immigrants living in a new arrival community. **Journal of Latina/o Psychology**, v. 5, n. 2, p. 103–117. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1037/lat0000068>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**1. Identificação:**

Número de ID: _____

Nome: _____

Gênero: () Feminino

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone/Celular: _____

País/Cidade de Origem: _____

Raça:

() branca

() preta

() parda

() amarela

() indígena

Data de nascimento: _____

Estado civil:

() casado(a)

() solteiro(a)

() viúvo(a)

() divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)

() união estável

() outro: _____

Profissão: _____

Você continua como estrangeira ou já possui documentação como brasileira?

2. Mercado de Trabalho

a) *Qual é sua situação atual de trabalho?*

- Empregada assalariada com carteira de trabalho assinada
- Empregada assalariada sem carteira de trabalho assinada
- Funcionária Pública
- Conta própria ou autônoma
- Aposentada
- Desempregada
- Outra. Qual? _____

b) *Quanto você recebe?*

- Até ½ salário-mínimo (R\$ 468,50)
- Mais de ½ salário até um salário-mínimo (R\$ 468,50 a R\$ 937,00)
- De um salário até dois salários (R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00)
- De dois salários até três salários (R\$ 1.874,00 a R\$ 2.811,00)
- De três salários até cinco salários (R\$ 2.811,00 a R\$ 4.685,00)
- Acima de cinco salários (R\$ 4.685,00 ou mais)

c) *Quantas horas por dia você costuma trabalhar?*

- 6 horas por dia
- 8 horas por dia
- Mais de 8 horas por dia
- Trabalho só de vez em quando
- Não trabalho mais

d) *Quantos dias da semana você trabalha?*

e) *Em caso de desemprego, do que você e sua família vive?*

3. Educação

Grau de instrução pessoal:

- () Sem estudo
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino médio completo
- () Ensino técnico incompleto
- () Ensino técnico completo
- () Ensino superior incompleto
- () Ensino superior completo

4. Família

a) Qual a renda de sua família (soma dos salários de todos os membros/pessoas)?

- () Até ½ salário-mínimo (R\$ 468,50)
- () Mais de ½ salário até um salário-mínimo (R\$ 468,50 a R\$ 937,00)
- () De um salário até dois salários (R\$ 937,00 a R\$ 1.874,00)
- () De dois salários até três salários (R\$ 1.874,00 a R\$ 2.811,00)
- () De três salários até 5 salários (R\$ 2.811,00 a R\$ 4.685,00)
- () Acima de cinco salários (R\$ 4.685,00 ou mais)

b) Membros da família:

Número de pessoas que vivem com você atualmente? _____

Você tem alguma deficiência? () Sim () Não

Tem algum filho com algum tipo de deficiência? () Sim () Não

5. Domicílio

a) Condição de domicílio:

- () casa própria
- () alugada
- () cedida
- () outros _____

b) Situação da moradia:

Recursos disponíveis	Sim	Não
Em sua casa tem escoamento de esgoto sanitário?		
Você tem acesso à água canalizada?		
Em sua casa tem coleta de lixo?		
Em sua casa tem energia elétrica?		
Você tem telefone fixo?		
Você tem televisão?		
Você tem geladeira?		
Você tem fogão?		
Você tem filtro de água?		
Você tem rádio?		
Você tem televisão em cores?		
Você tem automóvel?		
Você tem máquina de lavar roupa?		
Você tem computador?		
Você tem acesso à internet?		
Você tem celular?		

6. Redes de inserção social, vizinhança e comunidade

6.1. Estrutura física do bairro em que vive:

a) Seu bairro tem e você tem acesso a quais serviços?

- () Escolas;
- () Serviços de saúde;
- () Locais de lazer (esporte, praças, clubes e outros);
- () Locais de cultura (cinema, teatro, música e outros);
- () Ambiente seguro.

b) *Que aspectos são positivos (bons) no seu bairro?*

- Tranquilidade
- Segurança
- Lazer e cultura
- Serviços de saúde e escolas adequados
- Serviços básicos (comércio – mercado, padarias, farmácias)

c) *Que aspectos são negativos (ruins) no seu bairro?*

- Falta de tranquilidade
- Insegurança
- Falta de lazer e cultura
- Poucos serviços de saúde e escolas
- Poucos serviços básicos (comércio – mercado, padarias, farmácias)

d) *O que precisa melhorar?*

- Segurança
- Serviços de saúde
- Escolas
- Cultura e lazer
- Serviços básicos

6.2. Geração de renda e gastos familiares:

a) *Quem faz o trabalho doméstico em sua casa?*

- O Senhor (a)
- Seu companheiro (a)
- Filhos
- Funcionária contratada
- Diarista

b) *A renda familiar atual é suficiente para:*

- Alimentação e roupas
- Alimentação, água e luz
- Alimentação, água, luz e gás

- () Água, luz, gás e telefone
- () Recursos de saúde

c) O que você faz quando o dinheiro não dá?

- () Deixa de pagar alguma conta
- () Pede ajuda a algum filho ou familiar
- () Reduz algum gasto necessário, como por exemplo, alimentação
- () Utiliza meios de conta para pagamento futuro
- () Não houve necessidade

d) Quais são os principais gastos familiares?

- () Alimentação
- () Roupas
- () Água, luz e gás
- () Telefone
- () Recursos de saúde

6.3. Organização familiar:

a) Quem é a sua família (quem você considera como sendo parte de sua família)?

- () Cônjuge
- () Filhos
- () Filhos e netos
- () Cônjuge e filhos
- () Sou sozinho

b) Qual é a sua rotina diária da sua família (o que você faz diariamente)?

- () Fica em casa.
- () Visita os filhos com frequência.
- () Recebe visitas dos filhos e netos.
- () Frequenta grupos de socialização ou amigos.
- () Cuida de netos ou sobrinhos? Quantos?

Idade dos netos: _____

7. Sistema de Proteção Social:

7.1. Acesso aos mecanismos de proteção social – públicos e privados e Políticas Sociais – serviços e benefícios sociais:

a) *Quais locais você conhece e mais utiliza de seu bairro?*

- Posto de saúde.
- Hospital.
- Serviços básicos.
- Todos os locais acima citados.
- Nenhum desse locais acima citados.

b) *Você utiliza algum programa assistencial do governo?*

Exemplos: Benefício de Prestação Continuada (BPC), LOAS e Aposentadoria ou Benefício doença?

- Não
- Sim. Qual? _____
- Valor: _____

8. Redes Sociais de Apoio

8.1. Redes sociais:

a) *Em caso de necessidade, quem te dá mais apoio?*

- Família
- Vizinhos
- Amigos
- Parentes
- Não tem a quem recorrer

b) *Que tipo de apoio você recebe deles?*

- Financeiro
- Apoio emocional
- Recursos na saúde
- Ajuda nas AVDs
- Não recebe ajuda

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
IDENTIFICAÇÃO:

Número de ID: _____

1. Qual foi o motivo que a levou a sair do seu país e vir para o Brasil?
2. Como se deu a sua migração? Conte-me a história de sua migração desde o momento de partida até o momento atual?
3. Há quanto tempo está nesse país e na cidade de São Paulo?
4. Quais foram as suas principais dificuldades de adaptação no Brasil?
5. Ainda se sente uma estrangeira? Se sim, quais situações mais a fazem se sentir uma estrangeira, uma pessoa de outro lugar?
6. Já teve a oportunidade de voltar ao seu país, mesmo que em situação de férias? Se sim, como foi a sua volta?
7. Foi vítima de alguma discriminação ou preconceito após a migração? Continua sendo? Descreva as situações em que isso ocorreu ou ainda ocorre.
8. Conte sobre a sua rotina em São Paulo.
09. Quais os principais aspectos da sua vida que foram alterados com a migração?
10. Quais as preocupações e sentimentos que você vem sentindo devido a sua migração?
11. O que você fez ou vem fazendo em relação a essas preocupações e sentimentos?
12. Quais serviços de saúde você procurou após chegar aqui e quais tem procurado atualmente? Após sua chegada você já buscou atendimento psicológico/psiquiátrico?
13. Antes de vir para cá, quais problemas de saúde você teve em seu país? Quais serviços de saúde você acessava em seu país?
14. Você fez tratamento psicológico/psiquiátrico em seu país? Já fez uso de medicamentos psiquiátricos?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTAS POR TELEFONE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa “Os efeitos da imigração na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas que vivem na cidade de São Paulo”. O estudo tem como objetivo analisar os efeitos do processo migratório na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo. Sua participação será por meio de perguntas referentes a um questionário sociodemográfico, com questões sobre a composição familiar, como idade, sexo, renda, condições de moradia, escolaridade e posteriormente uma entrevista sobre sua história de migração e saúde mental. O registro do consentimento será gravado, assim como toda a ligação para o registro das informações levantadas. Posteriormente, as gravações serão transcritas na íntegra para análise dos dados. O tempo estimado será de aproximadamente uma hora e 20 minutos. A entrevista ocorrerá por meio de um contato telefônico, com data e horário determinados pela Sra.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis momentos de desconforto com relação às questões abordadas. Contudo, informo que, nesse caso, poderá expor isso para a pesquisadora que tomará as providências necessárias para sanar o seu desconforto, mediante acolhimento e esclarecimento total sobre o procedimento. Garanto ainda que se algum dano for causado a você em razão da pesquisa será devidamente indenizada por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Se a Sra. aceitar participar, vai contribuir para o maior conhecimento sobre questões que envolvem a vulnerabilidade social, que trata das condições de vida não favoráveis e o impacto à saúde mental e nas tarefas cotidianas, beneficiando assim o planejamento de novas ações e construções de políticas públicas voltadas à população.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será mantida em sigilo. Ao participar deste estudo, a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A Sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora. Ao aceitar participar do estudo, a Sra. declara que ouviu e compreendeu as informações desse termo de consentimento e que concorda em participar da pesquisa. Uma via desse termo de consentimento será enviada para seu e-mail.

São Paulo, _____ de _____ de 2020.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Em caso de dúvidas a respeito dos procedimentos ou aspectos éticos deste estudo, a Sra. poderá consultar a qualquer momento a pesquisadora responsável, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa que tem a função de proteger eticamente os participantes da pesquisa.

Pesquisadora responsável

Luana Carvalho de Oliveira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP

E-mail: luanadeoliveira@usp.br

Telefone: (91) 98896-0887

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário

Monte Alegre – Ribeirão Preto/SP – CEP: 14040-902

Telefone: (16) 3315-9197

Funcionamento: De segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTAS PRESENCIAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa “Os efeitos da imigração na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas que vivem na cidade de São Paulo”. O estudo tem como objetivo analisar os efeitos do processo migratório na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo. Sua participação será por meio do preenchimento de um questionário sociodemográfico, com questões sobre a composição familiar, como idade, sexo, renda, condições de moradia, escolaridade e posteriormente uma entrevista sobre sua história de migração e saúde mental. Após o preenchimento deste, será realizada uma entrevista e para isso a pesquisadora fará uso de um gravador para o registro das informações levantadas. Posteriormente, as gravações serão transcritas na íntegra para análise dos dados. O tempo estimado para preenchimento do questionário é de aproximadamente vinte minutos, e para a entrevista é de aproximadamente uma hora. Ambos ocorrerão através de visita a Instituição de Imigrantes e Refugiados que você frequenta, ou em outro local de sua preferência, em um espaço reservado, para garantir privacidade, com data e horário determinados pela Sra.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possíveis momentos de desconforto com relação às questões abordadas. Contudo, informo que, nesse caso, poderá expor isso para a pesquisadora que tomará as providências necessárias para sanar o seu desconforto, mediante acolhimento e esclarecimento total sobre o procedimento. Garanto ainda que se algum dano for causado a você em razão da pesquisa será devidamente indenizada por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Se a Sra. aceitar participar, vai contribuir para o maior conhecimento sobre questões que envolvem a vulnerabilidade social, que trata das condições de vida não favoráveis e o impacto à saúde mental e nas tarefas cotidianas, beneficiando assim o planejamento de novas ações e construções de políticas públicas voltadas à população.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será mantida em sigilo. Ao participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A Sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Eu, _____, declaro ter clareza sobre as informações recebidas e estar de acordo em participar da pesquisa e das condições informadas. **Li e compreendi o que consta neste documento e após assiná-lo em duas vias, ficarei com uma via assinada pela pesquisadora.**

São Paulo, _____ de _____ de 2020.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL PARTICIPANTE DA PESQUISA

Em caso de dúvidas a respeito dos procedimentos ou aspectos éticos desse estudo, a Sra. poderá consultar a qualquer momento a pesquisadora responsável, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa que tem a função de proteger eticamente os participantes da pesquisa.

Pesquisadora responsável

Luana Carvalho de Oliveira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP

E-mail: luanadeoliveira@usp.br

Telefone: (91) 98896-0887

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto



Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário

Monte Alegre – Ribeirão Preto/SP – CEP: 14040-902

Telefone: (16) 3315-9197

Funcionamento: De segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP

	USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DA EMENDA										
Título da Pesquisa: Os efeitos da imigração na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas que vivem na cidade de São Paulo										
Pesquisador: LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA										
Área Temática:										
Versão: 3										
CAAE: 29626719.5.0000.5393										
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 4.258.364										
Apresentação do Projeto:										
Trata-se de emenda com as seguintes modificações sugeridas após exame de qualificação:										
1- inclusão, no título e objetivo geral, de "mulheres imigrantes ou refugiadas";										
2- foi inserido outro local de estudo: ONG Missão Paz, com algumas entrevista sendo realizadas por telefone;										
3- nos critérios de exclusão, aumentou-se o tempo das participantes que estão morando no país (de 10 para 12 anos).										
Objetivo da Pesquisa:										
Tópico já apreciado.										
Avaliação dos Riscos e Benefícios:										
Tópico já apreciado.										
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:										
Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".										
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:										
Foram apresentados os seguintes documentos: ofício de encaminhamento, folha de rosto, projeto de pesquisa, autorização do novo local de coleta de dados e TCLE (para entrevista por telefone e presencial).										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Endereço: BANDEIRANTES 3600</td> <td>CEP: 14.040-902</td> </tr> <tr> <td>Bairro: VILA MONTE ALEGRE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: RIBEIRÃO PRETO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (16)3315-9197</td> <td>E-mail: cep@eerp.usp.br</td> </tr> </table>			Endereço: BANDEIRANTES 3600	CEP: 14.040-902	Bairro: VILA MONTE ALEGRE		UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO	Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br
Endereço: BANDEIRANTES 3600	CEP: 14.040-902									
Bairro: VILA MONTE ALEGRE										
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO									
Telefone: (16)3315-9197	E-mail: cep@eerp.usp.br									
Página 01 de 03										



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.258.264

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP-EERP/USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_161424_9_E1.pdf	19/08/2020 19:45:26		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_da_instituicao_co_participante_Missao_Paz.pdf	19/08/2020 19:24:50	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento_numero_2_emenda.pdf	19/08/2020 16:37:09	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_numero_2_emenda.pdf	19/08/2020 16:17:15	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_Projeto_de_pesquisa_SAUDE_MENTAL_DE_MULHERES_IMIGRANTES_oficial_numero_3_emenda.pdf	19/08/2020 16:14:41	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TELEFONE_NUMERO_4_DOC_2.pdf	18/08/2020 12:52:08	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRESENCIAL_NUMERO_4_DOC_1.pdf	18/08/2020 12:51:53	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Oficio_de_resposta_as_pendencias_emitidas_pelo_CEP.pdf	28/03/2020 20:41:48	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3600
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.258.264

Cronograma	CRONOGRAMA_numero_2.pdf	28/03/2020 20:39:04	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	oficio_de_encaminhamento_.pdf.pdf	31/08/2019 17:25:16	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO_.pdf.pdf	31/08/2019 17:07:31	LUANA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 04 de Setembro de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eeerp.usp.br

ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA – CARITAS ARQUIDIOCESANA DE SÃO PAULO



"Deus é amor: quem permanece no amor, permanece em Deus, e Deus permanece nele." 1Jo 4,16

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A Caritas Arquidiocesana de São Paulo autoriza a realização da pesquisa intitulada: "Os efeitos da imigração na saúde mental de mulheres imigrantes que vivem na cidade de São Paulo" de responsabilidade do pesquisador "Luana Carvalho de Oliveira" mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Milton Farias de Carvalho

Nome do responsável institucional

Assessoria de Comunicação

Cargo

Milton Farias de Carvalho

Assinatura e carimbo do responsável

DATA 20/08/2019

Caritas Arquidiocesana de São Paulo
Centro de Referência para Refugiados
Rua José Bonifácio nº 107 - Sé
CEP: 04003-001 - São Paulo - SP
INP: 62.071.308/0001-70

ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA – MISSÃO PAZ SÃO PAULO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A Instituição Missão Paz de São Paulo autoriza a realização da pesquisa intitulada: “Os efeitos da imigração na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas que vivem na cidade de São Paulo” de responsabilidade do pesquisador “Luana Carvalho de Oliveira” mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Paulo Perise

Nome do responsável institucional

Diácono

Cargo

[Assinatura]

Assinatura e carimbo do responsável institucional

DATA 13/08/2020