



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Sociais  
Departamento de Sociologia

## **Acesso à saúde de mulheres imigrantes, solicitantes derefúgio e refugiadas no Distrito Federal**

**Raquel Beutel Semenzato Proazzi**

**Brasília – DF**

**Julho/2022**

# **Acesso à saúde de mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Distrito Federal**

**Raquel Beutel Semenzato Proazzi**

Monografia apresentada ao Curso de Sociologia,  
do Instituto de Ciências Sociais, Universidade de  
Brasília, como requisito parcial para obtenção do  
grau de Bacharel em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Mara Passarelli  
Tonhati.

**Brasília – DF**

**2022**

# **Acesso à saúde de mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Distrito Federal**

**Raquel Beutel Semenzato Proazzi**

Monografia apresentada ao Curso de Sociologia,  
do Instituto de Ciências Sociais, Universidade de  
Brasília, como requisito parcial para obtenção do  
grau de Bacharel em Sociologia.

**Avalidores:**

---

**Profa. Dra. Tânia Mara Passarelli Tonhati (orientadora) - SOL/UnB**

---

**Me. Nayara Belle Nova da Costa (examinador/a) - UnB**

## **Agradecimentos**

Sou grata à minha mãe, Patrícia, minha incentivadora e apoiadora em todas as minhas escolhas, ela é e sempre será meu maior exemplo. Às minhas irmãs Júlia, Camila e Natália, que deixaram essa jornada mais leve e são torcedoras incansáveis de cada um dos meus passos. Aos amigos e familiares que me acompanharam antes e durante a graduação, o apoio e a companhia cotidiana foram essenciais neste processo. Agradeço também à minha orientadora, Tânia Mara Passarelli Tonhati, que acreditou em meu projeto e ajudou a construí-lo. Deixo, ainda, minha profunda gratidão aos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde, que se disponibilizaram a participar e a construir conjuntamente este trabalho.

## Resumo

Este trabalho visa analisar e mapear as condições de acesso à saúde pública das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas, no Distrito Federal, entre os meses de março de 2020 a julho de 2022. O estudo é realizado a partir da narrativa de profissionais de saúde que atenderam mulheres imigrantes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com esses profissionais, entre os meses de abril e maio de 2022, na UBS. Os relatos indicam como principais barreiras de acesso à saúde desse grupo social: a falta de informação, a língua, a cultura, a dificuldade de compreender o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a falta de diretrizes, orientações e protocolos voltados às particularidades dos imigrantes. Foram também identificados elementos positivos capazes de atenuar essas barreiras. O estudo conclui que fatores sociais, culturais, relacionais e sistêmicos afetam diretamente o acesso à saúde dessas mulheres, de modo que identificá-los é um caminho inicial para a superação das dificuldades enfrentadas.

**Palavras-chave:** Saúde; Migrações Internacionais; Gênero; Atenção Primária; SUS

## Abstract

This paper aims to analyze and map the conditions of access to public health for immigrant women, refugees, and asylum seekers, in Brasilia, from March 2020 to July 2022. The study is based on the narrative of health professionals who received immigrant women at Basic Health Unit (UBS) in Brasilia. The information was collected through semi-structured interviews conducted with these professionals from April to May, at UBS, in 2022. The reports indicate that the main barriers to access health care for this social group are: lack of information, language, culture, difficulty in understanding how the Unified Health System (SUS) works, the lack of guidelines, orientations, and protocols focused on the particularities of immigrants. Positive elements capable of mitigating these barriers were also identified. The study concludes that social, cultural, relational, and systemic factors directly affect access to health care for these women. Identifying them is an initial path to overcome the difficulties they face.

**Keywords:** Health; International Migration; Genre; Primary Care; SUS

## Sumário

<b>Capítulo 1</b>	
<b>Introdução</b>	
<b>A migração internacional no Brasil: um breve histórico.....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Literatura: Migração e Saúde .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Procedimentos: Mapeamento político-normativo e Trabalho de campo na UBS.....</b>	<b>28</b>
<b>Capítulo 4</b>	
<b>Atenção à Saúde da Mulher Imigrante no Brasil e no Distrito Federal.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 Normas, Políticas e Diretrizes .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2 A UBS: estrutura e política de atendimento.....</b>	<b>40</b>
<b>4.3 Perfil das mulheres imigrantes atendidas.....</b>	<b>44</b>
<b>4.4 Acesso à saúde: fatores impeditivos e facilitadores .....</b>	<b>47</b>
<b>4.4.1 Compreensão do Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>49</b>
<b>4.4.2 Idioma e Cultura... ..</b>	<b>51</b>
<b>4.4.3 Confiança.....</b>	<b>57</b>
<b>4.4.4 Condições de trabalho dos profissionais de saúde da UBS.....</b>	<b>58</b>
<b>4.4.5 Orientações e Diretrizes .....</b>	<b>59</b>
<b>4.5 Pandemia da Covid-19.....</b>	<b>62</b>
<b>4.6 Sugestões/Propostas dos profissionais de saúde .....</b>	<b>63</b>
<b>Capítulo 5</b>	
<b>Considerações Finais</b>	
<b>Saúde, Migração e Gênero: um tema em construção... ..</b>	<b>67</b>
<b>Referências .....</b>	<b>71</b>
<b>Anexo 1 – Carta de Apresentação. ....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 2 – Tópico Guia.....</b>	<b>78</b>

# Capítulo 1

## INTRODUÇÃO

### **A migração internacional no Brasil: um breve histórico**

Na última década o tema das migrações internacionais ganha novamente destaque no debate sociológico, assim como nas esferas políticas e midiáticas. Tal fato, pode ser explicado como sendo resultado de políticas econômicas e demográficas, além de relações internacionais estabelecidas ao longo dos anos, responsáveis por atuar ativamente na composição e na dinâmica da sociedade brasileira. Diante disso, entende-se a necessidade de discutir acerca dos períodos mais marcantes de imigração e de emigração que afetaram o atual cenário das migrações no Brasil e que, como consequência, fazem parte de sua história até os dias atuais. A partir disso, é possível estabelecer um arcabouço sócio-histórico basilar à construção de estudos referentes ao atual cenário das migrações no Brasil.

Para Abdelmalek Sayad (1998, pp. 13-23), a migração é compreendida como “fato social total”, pois ela diz respeito à sociedade como um todo. A necessidade de compreender a imigração e a emigração não deve ser enfrentada como o estudo de fatos e processos separados na história, mas sim como parte de um mesmo fenômeno, pois, de acordo com o autor, todo imigrante é, primeiro, um emigrante. Por esse motivo, é fundamental compreender os caminhos dos fluxos migratórios presentes e vivos no contexto brasileiro, para que seja possível debater, estudar e questionar as questões históricas e as mais atuais que envolvem a migração no Brasil. Esta pesquisa iniciará com uma breve apresentação de aspectos históricos estruturantes das migrações no Brasil. Em seguida, será delineado um panorama geral que concerne ao cenário atual, marcado por crises econômicas e sociais, desencadeadas, muitas delas, pela crise sanitária causada pela pandemia da Covid-19. Compreendido esse cenário, adentrar-se-á no foco deste estudo, isto é, nos fatores que incidem no acesso, ou não, à saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Brasil. Posteriormente, o estudo se restringirá ao cenário estabelecido no Distrito Federal, onde foi desenvolvida a pesquisa de campo, com a realização de entrevistas com os profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da região. Dessa forma, o presente trabalho apresenta enfoque às interseccionalidades entre gênero, migração e saúde, buscando compreender quais são as condições de acesso à saúde das mulheres migrantes

no Brasil. Para tanto, compreende-se acesso à saúde como um processo que engloba o acolhimento, o atendimento e o tratamento de eventuais doenças.

Os momentos históricos das migrações internacionais que marcaram as atuais migrações no Brasil, iniciam-se pela migração do Norte para o Sul Global, entre o final do século XIX e o início do século XX. Posteriormente, em meados do século XX, os fluxos mudam de direção e se encaminham do Sul para o Norte. Por fim, dá-se início às migrações sul-sul, já no século XXI, bastante presentes no Brasil desde 2011 e que perduram até hoje (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2020, pp. 8-14).

Os primeiros movimentos migratórios internacionais livres para o Brasil, ocorreram no século XIX e início do século XX, nesse momento, foram implementadas políticas migratórias no país, que geraram um fluxo intenso de migração, bastante incentivados por políticas de Estado, as quais visavam não só a ocupação do território, mas também o “branqueamento” da população brasileira (CAVALCANTI, 2014, p. 13). É interessante notar, portanto, os motivos de incentivo à migração direcionada ao Brasil, buscava-se um grupo específico de imigrantes, assim, enquanto a vinda de europeus era incentivada, africanos e asiáticos não se encaixavam nas motivações eugenistas brasileiras da época (REIS; SALES, 1999, p. 11).

No final do século XIX, portanto, destaca-se a forte presença, sobretudo em São Paulo, de italianos, portugueses, espanhóis e japoneses, agentes importantes na urbanização e industrialização do país (VÉRAS; DANTAS, 2014, p. 8). Diante dos acontecimentos destacados, é possível perceber a importância desses fluxos migratórios que se destinaram ao Brasil e estiveram presentes na formação populacional e territorial do país, assim como na sua dinâmica política, cultural e econômica. Ademais, destaca-se que além das políticas migratórias, fenômenos históricos e sociais também foram incentivadores da migração do Norte para o Sul Global, como o êxodo rural e as guerras (CAVALCANTI, 2021, p. 8-9), tais como a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, já adentrando o século seguinte.

Tal cenário de migração do Norte para o Sul Global perdurou até meados do século XX, quando o fluxo mudou de direção e os deslocamentos passaram a ter o Sul como ponto de partida e o Norte como destino (CAVALCANTI, 2020, p. 9), principalmente para países europeus e os Estados Unidos. É importante destacar que as transformações e as mudanças na lógica das migrações internacionais, e até mesmo nacionais, estão diretamente ligadas a fatores socioeconômicos. Nesse sentido, ao se deparar com a mudança intensa dos fluxos migratórios, é necessário resgatar a ideia apresentada por Sayad (1998), que compreende a migração como

fato social total, de modo que diferentes fatos sociais, culturais, econômicos e políticos se interligam e constroem cenários que incentivam deslocamentos humanos.

O Brasil faz parte dessa dinâmica de deslocamentos do Sul para o Norte Global no final do século XX. Nesse cenário, põe-se em evidência o fenômeno migratório ocorrido após a Ditadura Militar (1964 – 1985), nos anos de 80, 90 e 2000, em que um grande número de brasileiros se destinou aos Estados Unidos, a países Europeus e ao Japão. Essas migrações tiveram como finalidade, principalmente, a busca pelos imigrantes do Sul à inserção no mercado laboral desses países, de modo que brasileiros passaram a ocupar postos de trabalho que demandavam por mão-de-obra de baixa remuneração (REIS; SALES, 1999, p. 307-310) no Norte Global. Assim, o Brasil perdeu força como país de destino da migração internacional e passou a ser enquadrado no grupo de países exportadores de mão de obra (CAVALCANTI, 2014, p. 12).

O início do século XXI foi marcado por novas mudanças no cenário internacional e nacional, crises políticas, econômicas e sociais, dos anos 2007, nos países Europeus (por exemplo: Espanha, Portugal, Itália e Reino Unido) e Estados Unidos, destinos tradicionais dos brasileiros e outros migrantes, fizeram com que diferentes rotas migratórias fossem criadas, incluídas e ampliadas na dinâmica das migrações internacionais. De acordo com Cavalcanti (2021, p. 9-10), as políticas de migração desses principais destinos, tornaram-se mais seletivas e restritivas, de modo que a saída e o destino dos deslocamentos passaram também a ser o Sul Global. Assim, foram ampliadas e destacadas as chamadas migrações sul-sul, que perduram até os dias atuais e foram bastante presentes no Brasil na década de 2011 a 2020. Isto posto, nota-se a importância de destacar fatores condicionantes desse novo cenário que se reflete nas migrações internacionais.

A inserção de determinadas localidades na lógica internacional, a reestruturação do capitalismo global, as alterações dos papéis exercidos pelos países na geopolítica mundial e das políticas migratórias, além das mudanças na divisão internacional do trabalho, afetam os fluxos migratórios ao redor do globo (BAENINGER; PERES, 2017, p. 121). Diante disso, como mencionado, o Brasil e outros países do Sul passaram a caminhar na direção contrária às crises que atingiram os países do Norte no início do século.

Nesse sentido, aspectos políticos e econômicos incentivadores das migrações começaram a se consolidar no Brasil, Cavalcanti (2021, p. 11) destaca alguns desses fatores. O primeiro importante aspecto foi a ratificação do “Acordo sobre Residência para os Nacionais dos Estados Partes do Mercosul”, responsável por garantir mecanismos aos cidadãos do

Mercosul que buscam residência legal no território de outro Estado Parte. O Acordo teve início em 2009 e permanece vigente para nove países da América do Sul, incluindo o Brasil<sup>1</sup>. Ademais, o reposicionamento do Brasil no cenário econômico internacional também foi um incentivador para a busca do país como destino. Assim, destaca-se o relevante crescimento do país, consolidando-se como potência emergente, o que permitiu sua participação nos BRICS e a organização de importantes eventos mundiais (CAVALCANTI, 2021). Dessa forma, o Brasil assumiu um lugar de destaque em relação a outros países do Sul Global, passando a atrair importantes fluxos migratórios (OLIVEIRA, 2021).

Somando-se a esse cenário internacional, internamente o país executou mudanças normativas que não só alteraram os procedimentos legais de imigração, mas também passaram a tratar o fenômeno migratório com mais humanidade. Em 19 de agosto 1980, durante a ditadura militar (1964 - 1985), foi sancionado o Estatuto do Estrangeiro (Lei n° 6.815/80), que esteve vigente até 2017, quando iniciou a vigência da Lei de Migração (Lei n° 13.445/2017). O Estatuto do Estrangeiro apresentava caráter restritivo e visava, principalmente, a segurança nacional, de modo que tratava o imigrante como um inimigo potencial e buscava monitorá-lo constantemente (SILVA; JÚNIOR, 2019). Dessa forma, o Estatuto traçava interesses contrários às migrações destinadas ao Brasil, o que não se sustentou dadas as transformações sociais, políticas, econômicas e culturais ocorridas dentro e fora do país. Nesse sentido, alterações normativas além do Acordo de 2009 buscaram enfraquecer as medidas restritivas do Estatuto do Estrangeiro, assim, foram traçados contornos que traziam um caráter mais humanitário e inovador para a relação do país com a migração. Exemplos disso são as Resoluções Normativas que visavam a acolhida humanitária de haitianos (Resolução Normativa do CNIg n° 97/2012) e de venezuelanos (Resolução Normativa do CNIg n° 126/2017) (CAVALCANTI, 2021, p. 11).

O Estatuto do Estrangeiro, portanto, passou a não mais corresponder aos anseios e valores de uma sociedade democrática e mais atenta à efetiva aplicação e realização dos Direitos Humanos. Diante disso, entrou em vigor em 21 de novembro de 2017 a Lei de Migração, norma que responde aos atuais valores e anseios não só da sociedade brasileira, mas também de toda a comunidade internacional<sup>2</sup>. Percebe-se tais valores em diretrizes presentes na Lei, como: os direitos humanos; a não criminalização da migração; a acolhida humanitária; e o repúdio às

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/cidadãos/residir/>>. Acesso em: 08 de jan. de 2022.

<sup>2</sup> A sociedade internacional do século XXI compreende uma pluralidade de agentes, de modo que a esfera internacional não consiste mais em um ambiente de interação e negociação apenas entre Estados, dado que compreende uma comunidade internacional, composto pelos mais diversos agentes, como os indivíduos, as organizações internacionais, as organizações não governamentais, entre outros (TRINDADE, 2017).

práticas de expulsão e deportação coletivas. À vista disso, a Lei de Migração de 2017 preocupa-se não só com o imigrante, mas com todos os migrantes, ou seja, com o imigrante, o visitante e o emigrante (SILVA; JÚNIOR, 2019, p. 11).

Deve-se destacar, portanto, a importância e a relevância da Lei de Migração para o cenário migratório que o Brasil tem vivido na última década. No entanto, ressalta-se que a simples vigência da Lei não assegura a efetividade da proteção de garantias e direitos. Por esse motivo, enfatiza Oliveira (2020, p. 77) a necessidade de haver um avanço na inserção digna dos imigrantes à sociedade brasileira e da essencialidade de se estabelecer políticas migratórias que garantam maior facilidade ao acesso à moradia e ao mercado laboral pelos imigrantes, além do acesso à saúde, elemento foco deste estudo.

Todos esses desdobramentos, portanto, traçaram um cenário que beneficiou e incentivou a migração com destino ao Brasil, bastante significativa na segunda década do século XXI, isto é, entre 2011 e 2020. A década, no entanto, pode ser dividida em duas partes, de modo que a primeira metade de fato representa a migração sul-sul, marcada pela inserção de imigrantes de regiões diversas do Sul Global à sociedade brasileira, como é o caso dos haitianos, senegaleses, congolese, bengalis, sul-americanos, entre outros. Todavia, a segunda metade da década apresenta um fluxo migratório mais concentrado em latino-americanos e caribenhos, de forma que paraguaios, argentinos, bolivianos e, principalmente, haitianos e venezuelanos tornaram-se as nacionalidades mais presentes nesse fluxo migratório destinado ao território brasileiro (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2020, p. 9).

A partir de 2010, o Brasil passou a receber considerável fluxo de migrantes haitianos em razão do terremoto que assolou o país caribenho no mesmo ano, gerando crises econômicas e sociais que forçaram um fluxo de emigração do Haiti, o que pode ser chamada de a quarta grande migração de haitianos. Para além da mudança do papel ocupado pelo Brasil no cenário internacional, os empecilhos da política migratória estadunidense<sup>3</sup> e francesa, e a presença militar brasileira no Haiti, foram fatores que abriram espaço para a vinda de haitianos ao Brasil. Nesse contexto, o governo brasileiro estabeleceu resoluções normativas, como a Resolução Normativa do CNIg nº 97/2012 que garantiu o visto humanitário aos nacionais do Haiti (BAENINGER; PERES, 2017). Destaca-se, ainda, que em 2013, os haitianos tornaram-se a principal nacionalidade a ocupar o mercado de trabalho formal brasileiro (CAVALCANTI,

---

<sup>3</sup> Os Estados Unidos foram país de destino do terceiro fluxo migratório de haitianos, que ocorreu a partir dos anos de 1960. Outros dois processos de emigração marcaram o Haiti, foram estes, o fluxo com destino à República Dominicana, ocorrido no final do século XIX até a década de 1930, e a migração para Cuba, entre 1915 e 1930 (BAENINGER; PERES, 2017, p. 123).

2021, p. 14). A imigração haitiana foi fator fundamental para colocar as migrações internacionais como pauta importante nas discussões sobre o tema no Brasil.

Em seguida, já na segunda metade da década, em 2016, ocorreu intenso crescimento da imigração venezuelana no Brasil, que passou a se desenvolver em paralelo à migração haitiana. Desse modo, ambas as nacionalidades passaram a compor os principais fluxos migratórios destinados ao país (CAVALCANTI, 2021, p. 14). A crise humanitária enfrentada pela Venezuela, geradora de crises econômica, política e sociais, levou seus nacionais a sofrer violações de direitos fundamentais, queda no poder de compra e violências constantes, tais como furtos, em função da fome, e repressões policiais. As violações sofridas se estabelecem como razão impulsionadora da intensa emigração de venezuelanos rumo não só ao Brasil, mas também à Colômbia, aos Estados Unidos e à Espanha (MILESI; COURRY; ROVERY, 2018, p. 53-54). Apesar de esses três últimos países serem os principais destinos dos venezuelanos, três principais fatores incentivam venezuelanos a migrar para o Brasil, são esses: proximidade geográfica entre Brasil e Venezuela; as dificuldades e restrições migratórias para o Norte Global; e a atual política de migração, que entende os migrantes venezuelanos como refugiados (DOMENICONI; BAENINGER, 2019, p. 3-4).

A segunda década do século XXI, além de apresentar um novo contexto migratório para o Brasil, com a imigração principalmente de haitianos e venezuelanos, também é marcada pela maior presença de mulheres migrantes, de modo que Tonhati e Pereda (2021, p. 156) afirmam a inauguração de um processo de feminização das migrações no Brasil. As autoras acrescentam, ainda, a importância das mulheres haitianas e venezuelanas nesse processo. A partir de 2013, houve um aumento no número de haitianas que imigraram para o Brasil, e ao longo da década, esse quantitativo aumentou de forma constante, o que corroborou para a afirmação de que as migrações no Brasil estavam se tornando mais feminizadas (TONHATI; PEREDA, 2021, p. 155). Tonhati e Pereda (2021), enfatizam, também, a importância das imigrantes venezuelanas na intensificação desse processo de feminização, pois além de avolumarem o número de mulheres imigrantes no país, também corroboraram para o aumento de sua inserção no mercado de trabalho formal. Dado o significativo papel que essas mulheres ocupam no atual cenário migratório do Brasil e a necessidade de lhes direcionar um olhar atento e particular, esta pesquisa as considera como grupo social central deste trabalho.

Os fatos e processos históricos expostos, demonstram que as migrações não são um fenômeno independente, assim, é necessário salientar que elas são parte de movimentos sociais complexos, pois envolvem decisões e movimentos coletivos, tanto dos que ficam,

quanto dos que partem. É notório que fatores sociais, econômicos, políticos e culturais se entrelaçam nessa dinâmica e os fluxos se constroem, muitas vezes, como resposta às transformações, inevitavelmente, humanas. Nesse sentido, os atores que circulam e que se integram também mudam, é o que se nota, por exemplo, no fenômeno da feminização da migração, onde mulheres passam a assumir papéis protagonistas nas suas trajetórias migratórias.

Entretanto, quando os deslocamentos humanos são postos em discussão, é essencial considerar fatores ou eventos que fogem do controle humano, pois também são motivadores importantes do redirecionamento de fluxos e do estabelecimento de novas dinâmicas e políticas migratórias. Eles afetam não só os deslocamentos dos migrantes, mas também a situação daqueles que já se encontram na condição de imigrantes. São exemplos desses eventos o terremoto no Haiti e a pandemia da Covid-19, responsável por novas preocupações, debates e decisões políticas, desde o seu início, em 2020.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020 declarou que o estado de contaminação da Covid-19 passou a ser classificado como pandemia, em função de sua rápida disseminação geográfica (UNA-SUS)<sup>4</sup>. Esse cenário de emergência sanitária global, afetou diretamente as migrações internacionais, demonstrando desigualdades no tratamento de determinados fluxos migratórios pelos países. Essa tendência pode ser percebida pelas ações do próprio governo brasileiro, que publicou 21 portarias entre março e novembro de 2020, as quais demonstravam restrições mais duras, principalmente, aos imigrantes venezuelanos, como é o caso dos bloqueios feitos nas fronteiras terrestres (BAENINGER; DEMÉTRIO; FERNANDES; DOMENICONI, 2021, pp. 2-15). Contudo, não só os fluxos migratórios foram atingidos pela pandemia, a permanência e a sobrevivência nos países receptores, de imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio, também foram e estão sendo afetadas por essa crise, pois estes “constituem um estrato potencialmente mais vulnerável da população” (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2020, p. 17).

Durante os últimos anos, é sabido que a pandemia da Covid-19 e suas sequelas, foram responsáveis por causar danos imensuráveis a milhares de pessoas, seja pela perda da vida, seja pelas sequelas da doença, ou até mesmo pela precarização socioeconômica intensificada no contexto de crise mundial. Apesar de a doença não ver cor, gênero, condição econômica, ou nacionalidade, são notórios os diferentes efeitos que o vírus trouxe para os mais diversos grupos

---

<sup>4</sup> ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. UNA-SUS, 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 11 mai. De 2021.

sociais, de modo que gerou mazelas de desiguais intensidades nos mais diversos campos da vida desses grupos humanos. Judith Butler, ainda em março de 2020, início da pandemia, já previa o cenário desigual e catastrófico que a pandemia trouxe para a humanidade, especialmente àqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, afirmando que: “A desigualdade social e econômica garantirá a discriminação do vírus. O vírus por si só não discrimina, mas nós humanos certamente o fazemos, moldados e movidos como somos pelos poderes casados do nacionalismo, do racismo, da xenofobia e do capitalismo”<sup>5</sup>. Percebe-se a realização das palavras da filósofa nos desdobramentos da pandemia em todo o globo.

Nesse sentido, compreende-se que a pandemia da Covid-19 trouxe à superfície desigualdades estruturantes da sociedade Ocidental, de forma que a vulnerabilidade social dos indivíduos que já se encontravam nessa condição, não só foi intensificada como também transbordou das margens sociais e mostrou uma realidade ainda mais caótica. Nesse contexto, o Brasil, palco de uma sociedade arraigada em desigualdades e preconceitos que se perpetuam tanto entre os nacionais, quanto entre aqueles que chegam, mostra um cenário onde a pandemia promove sequelas ainda mais profundas e trágicas para aqueles vítimas dessa estrutura excludente.

Voltar a atenção aos migrantes em momentos marcados por crises dos mais diversos âmbitos sociais é fundamental, pois estes podem vir a sofrer danos ainda mais profundos em decorrência da pandemia e de suas múltiplas crises. Nota-se, ainda, que os imigrantes, no Brasil, formam um grupo heterogêneo, não só em decorrência das nacionalidades diversas, mas também devido ao aumento da participação das mulheres e crianças nesse fenômeno, sendo possível confirmar que elas se tornaram um importante grupo de migração no Brasil (TONHATI; MACÊDO 2020, p.113). Pode-se dizer, em soma, que as mulheres migrantes atingem um grau ainda mais crítico de vulnerabilidade social, pois carregam não só a condição de migrante, como também um peso social relacionado à questão de gênero, que reflete nas relações, no trabalho, na saúde e nas próprias condições de sobrevivência.

Diante disso, a pesquisa propõe um olhar atento às mulheres imigrantes, refugiadas e solicitantes de refúgio no contexto, ainda bastante vivo, da pandemia da Covid-19 no Brasil. Assim, como já destacado, essas mulheres são o grupo social protagonista das discussões, dos debates e dos estudos aqui apresentados e traçados.

---

<sup>5</sup> Blog da Boitempo. Judith Butler sobre a Covid-19: O capitalismo tem seus limites. Judith Butler escreve sobre a pandemia da Covid-19 e suas relações com nosso imaginário político social. Tradução Artur Renzo. São Paulo, 20 mar. De 2020. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/20/judith-butler-sobre-o-covid-19-o-capitalismo-tem-seus-limites/>>. Acesso em: 31 out. de 2021.

Esta pesquisa tem como pressuposto o entendimento de que a vulnerabilidade social é fruto não apenas de um aspecto socioeconômico, mas sim resultado de um conjunto de fatores que levam à fragilização das condições de sobrevivência de um determinado indivíduo. Sendo possível inferir que, em um primeiro momento, é reflexo das situações laborais e de seu retorno econômico. E, em um segundo momento, a insuficiência das condições econômicas impedem que o indivíduo possua condições básicas garantidoras do direito à moradia que, de acordo com o Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, compreende: segurança de posse; disponibilidade de serviços, materiais, instalações e infraestrutura; economicidade; habitabilidade; acessibilidade; localização; e adequação cultural<sup>6</sup>. Essa fragilidade também se reflete na alimentação precária. E, por fim, todos esses fatores geram, quase como consequência direta, um quadro de saúde debilitada no indivíduo em situação de vulnerabilidade social. É possível dizer, portanto, que o corpo humano absorve as desigualdades estruturais e as expõe em uma saúde fragilizada.

Há uma série de condições sociais que fazem com que determinados indivíduos se enquadrem no grupo das minorias, isto é, condições que levam um grupo a ser marginalizado pela sociedade e ter aprofundada as suas condições de vulnerabilidade social. É sabido que a pobreza, raça, gênero, religião, etnia, nacionalidade, entre outros, são fatores que geram exclusões sociais e estas se intensificam quando há interseções entre esses elementos, especialmente em cenários de crise. Nesse sentido, o migrante, por trazer na sua condição uma multiplicidade de causas sociais, apresenta vulnerabilidades intrínsecas, que podem dificultar o acesso à saúde (COLLARES, 2021, p. 226) e a sua preservação. Diante disso, percebe-se que as mulheres imigrantes, refugiadas e solicitantes de refúgio no Brasil, principalmente vindas do Sul Global, apresentam um quadro intensificado de vulnerabilidade social. Por esse motivo, é fundamental questionar como é tratada, atendida e acolhida a saúde dessas mulheres.

Isto posto, surgem dois questionamentos que relacionam saúde, gênero e migração. Neste trabalho, busca-se compreender quais são as condições de acesso à saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Brasil, mais especificamente, no Distrito Federal. Além disso, indaga-se quais foram as implicações da pandemia da Covid-19 no acesso dessas mulheres aos serviços de saúde pública, dada a hipótese de que tenha havido uma intensificação das possíveis barreiras enfrentadas por elas quando buscam por acolhimento e atenção à sua saúde. Assim, o estudo objetivou , em termos gerais compreender como se dá

---

<sup>6</sup> Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Direito à moradia adequada. Brasília: Coordenação Geral de Educação em SDH/PR, Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013, p. 13.

o acesso à saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Brasil. De forma mais específica, quais são as condições de garantia do direito à saúde no Distrito Federal, compreendendo as nuances subjetivas e estruturais que desencadeiam no acesso, ou não, à saúde.

A análise, compreensão e reflexão acerca de como as mulheres imigrantes<sup>7</sup> estão acessando os serviços de saúde pública, têm o objetivo de contribuir para os estudos sobre migrações internacionais de mulheres. A temática que envolve mulheres imigrantes e a assistência à sua saúde é ainda pouco explorada nos estudos referentes às migrações internacionais. Todavia, entende-se a importância de tratar sobre essa questão no contexto atual, visto que a pandemia demonstrou a fragilidade da saúde humana e a necessidade de voltar o olhar às suas condições de cuidado e atenção. Diante disso, é relevante tratar de saúde, no atual contexto brasileiro, pois além de o país apresentar desigualdades crônicas, exibe um papel importante nas migrações internacionais, principalmente na última década.

Frente a isso, entende-se a capacidade do estudo apresentado nesta pesquisa de colaborar com a compreensão dos fatores que circundam a adaptação e integração social das mulheres migrantes no Distrito Federal, não somente ao que se refere à saúde, mas também a todos os outros aspectos que, de uma forma ou de outra, refletem-se no tema central deste trabalho. Nesse sentido, considera-se “saúde” o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, de acordo com a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de 1978<sup>8</sup>. Ademais, seguindo o previsto no Artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde<sup>9</sup>, entende-se como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Assim, percebe-se a não homogeneidade das condições de saúde gerais na sociedade.

Traçar discussões referentes ao tema, portanto, é fundamental para sociedades construídas com base na divisão do trabalho e nos papéis sociais exercidos por cada gênero. As mulheres migrantes são, cada vez mais, parte constituinte das sociedades contemporâneas, assim, é indispensável compreender os espaços ocupados por elas nestes deslocamentos, assim como os impactos desses espaços nas suas camadas mais individuais ou particulares

---

<sup>7</sup> Ao longo do trabalho, ao fazer referência às “mulheres imigrantes”, engloba-se as mulheres refugiadas e solicitantes de refúgio inseridas o mesmo contexto.

<sup>8</sup> Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 15 fev. de 2022.

<sup>9</sup> Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

# Capítulo 2

## Literatura: Migração e Saúde

A área de estudos das migrações internacionais é vasta, neste campo de estudo é possível discutir questões políticas, sociais, econômicas, legais, sanitárias, relacionais, psicológicas, entre tantas outras possibilidades de abordagem e compreensão do tema. Diante disso, a literatura acerca dos estudos referentes às migrações internacionais é bastante explorada e desenvolvida nos mais diversos países do globo e nas mais diversas áreas de conhecimento acadêmico. No entanto, notou-se uma escassez de literatura que relacione e discuta as migrações internacionais e suas ligações com a saúde. A partir disso, entende-se a urgência de desenvolver mais fontes de compreensão acerca dessa relação, especialmente quando percebidas as consequências devastadoras que a fragilidade da saúde pode trazer não só para o indivíduo, mas também para toda a sociedade.

A pandemia da Covid-19, acendeu o sinal de alerta para a realização de um olhar mais atento aos grupos em maiores condições de vulnerabilidade social. Nesse sentido, tornou-se necessário o desenvolvimento de estudos que tratam não só de fenômenos em um contexto generalizado, mas também de situações e fatores que ocorrem em cenários mais restritos. Em outras palavras, é necessário analisar cenários delineados, de forma mais detalhada, possibilitando aprofundamentos nem sempre possíveis em trabalhos mais abrangentes. Além disso, o período adotado nesses trabalhos apresenta aspectos importantes, dadas as mudanças sociais, econômicas e políticas próprias da dinâmica das sociedades, que acabam por refletir na saúde. Nesse sentido, entende-se a importância da realização de um estudo que trate sobre as condições de acesso à saúde das mulheres imigrantes no Distrito Federal, especialmente em um contexto marcado pela pandemia da Covid-19.

Foram identificados, nos estudos preliminares para a realização dessa pesquisa, trabalhos que tratam sobre a saúde dos migrantes nos mais diversos contextos sociais. Serão discutidas aqui algumas literaturas selecionadas que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa, seja por meio de suas compreensões, seja devido às suas limitações. Foram selecionados para análise, textos recentes, publicados a partir de 2016, pois são capazes de abordar as questões dos tempos atuais. Ressalta-se, ainda, que serão feitas breves análises e descrições, pois a finalidade não é o estudo profundo desses materiais, mas sim demonstrar o que já é trabalhado nos estudos de saúde e migrações internacionais, além de suas eventuais lacunas.

A relação entre saúde e migração é muitas vezes identificada na literatura em seu contexto macro, isto é, trata-se do assunto traçando elementos essenciais, de forma mais generalizada, muitas vezes tratado como mais um fenômeno comum, fruto dos deslocamentos humanos entre os países. A exemplo, o artigo “Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana” (GRANADA; CORRENO; RAMOS; RAMOS, 2017), apresenta uma discussão abrangente acerca do assunto. De início, os autores realizam uma necessária contextualização histórica dos movimentos migratórios, tanto de imigração quanto de emigração do Brasil. Em segundo lugar, são apresentados pontos de discussão, como estudos que tratam do acesso à saúde de imigrantes em São Paulo, traçando relações entre esses e os contextos presentes na Europa e na América do Norte.

Além disso, o estudo destaca pesquisas realizadas com imigrantes haitianos no Amazonas e em outros estados do Brasil, assim como, o programa “mais médicos”, que atraiu cubanos para o país. No campo da saúde, mais especificamente, o estudo perpassa uma série de condições sociais, tais como condições precárias de vida e de trabalho, que interferem na saúde e no acesso à saúde dos migrantes, seja no contexto nacional, seja no contexto internacional. Por fim, enfatiza a necessidade delinear associações entre os “aspectos multidimensionais da saúde e qualidade de vida” e as políticas públicas, em busca de eficácia na sua realização (p. 291). O texto analisado, apesar de não realizar aprofundamentos nas questões e assuntos apontados, demonstra um panorama interessante para o desenvolvimento de posteriores estudos de saúde e migração. Como, por exemplo, resultados de trabalhos realizados com imigrantes bolivianos em São Paulo, com imigrantes haitianos no Amazonas e diagnósticos realizados na Europa e na América do Norte.

De forma mais contextualizada, o artigo “Migração e saúde: inter-relações, legislação e acesso” (COSTA; GURGEL; MATOS, 2020), apresenta discussões interessantes que permeiam o assunto, já centralizado no contexto brasileiro. As autoras, ao iniciarem a discussão acerca da saúde do migrante, relacionam fatores sociais, culturais e econômicos que afetam, direta ou indiretamente a saúde desses indivíduos. Alguns desses fatores, são: a irregularidade na situação migratória, a discriminação, as condições precárias de trabalho e moradia e as divergências linguísticas e culturais. Ainda, destacam que a vulnerabilidade social desse grupo é um fator de atenção, quando se pensa sobre a sua saúde. É ressaltado, em soma, que tais condições referem-se não só às condições de sociabilidade e de qualidade de vida no país de destino, mas também ao contexto em que estava inserido no país de origem, muitas vezes marcado por violências e privações. Nesse sentido, são referenciados uma série de autores que

discutem o tema, demonstrando suas diferentes abordagens, subdividindo-se, principalmente, em discussões a respeito da aculturação e da interseccionalidade, na realidade desses indivíduos.

Nesse sentido, o estudo aponta que, para além das questões que se referem diretamente ao processo migratório, a própria lógica sistêmica e estruturante das sociedades pode representar barreiras ao efetivo e pleno acesso dos migrantes ao sistema de saúde. A quebra dessas barreiras, por outro lado, propicia a realização da integração social e contribui para o desenvolvimento econômico do país, de acordo com a afirmação da Organização Internacional para as Migrações (OIM), presente no artigo em análise. A partir disso, as autoras demonstram relevantes acordos internacionais que visam o alcance de condições propiciadoras de um processo migratório mais protegido e saudável .

Nessa perspectiva, o estudo expõe a legislação brasileira, garantidora do acesso a serviços de saúde por migrantes no país, são essas: a Constituição Federal de 1988, a Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) e a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90). Tais dispositivos legais garantem, portanto, a imigrantes e refugiados o direito ao acesso aos serviços de saúde no Brasil. É importante ressaltar, no entanto, que o direito não significa sua efetiva realização. Diante disso, as autoras debatem acerca dos elementos socioeconômicos que circundam o acesso aos serviços de saúde, tanto dos serviços para com os migrantes, quanto dos migrantes para com os serviços. Este trabalho discute questões fundamentais no estudo do tema, são elas: as intersecções entre as condições próprias do imigrante, como nacionalidade, gênero, raça, cultura e língua, as condições socioeconômicas desse imigrante, que englobam classe social e trabalho, e a estrutura do país de destino, especialmente no que se refere às suas políticas migratórias e ao seu sistema de saúde. Essas questões são, portanto, centrais à análise das relações entre migração e saúde, focando, portanto, no âmbito macro desse fenômeno.

Enquanto o artigo analisado tem enfoque no contexto brasileiro, o texto “O direito ao acesso à saúde reprodutiva de mulheres migrantes: desvelando processos de precarização da vida” (NIELSSON; STURZA; WERMUTH, 2019), foca no grupo social “mulheres migrantes”, sem, todavia, estabelecê-lo em um território ou apontar as especificidades das mulheres que o compõem. O trabalho apresenta como finalidade analisar as relações entre os direitos humanos e os direitos humanos das mulheres, com enfoque no acesso à saúde reprodutiva das mulheres migrantes.

O estudo é iniciado com reflexões acerca da biopolítica e das condições de vida das mulheres migrantes, uma vez que constituem um grupo cada vez mais relevante no cenário das

migrações internacionais. O trabalho tem como pressuposto a ação contínua de biopoder, “biopatriarcalista”, que visa controlar os corpos femininos. Em função disso, o cuidado da saúde reprodutiva dessas mulheres estaria precarizado, com reflexos e consequências nos mais diversos aspectos de suas vidas. Nessa dinâmica, estão também presentes os condicionantes socioeconômicos que fazem parte dos processos migratórios, desde o início da emigração, até a chegada das mulheres migrantes aos países de destino. É destacado, ainda, que o estado de saúde das populações imigrantes não é um “problema” setorizado, mas que diz respeito a todo o sistema de saúde dos países. Por fim, os autores iniciam uma discussão mais centrada no acesso à saúde reprodutiva das mulheres migrantes, nesse momento, são apresentadas pesquisas realizadas em Portugal que demonstram os impactos da condição de vulnerabilidade das mulheres migrantes em sua saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, expõem um estudo promovido no Brasil, que destaca a importância da Lei Nacional de Migração e das políticas de saúde no avanço do acesso aos serviços de saúde pública pelos imigrantes e refugiados. Além disso, os autores indicam os riscos, como infecções e mortalidade infantil e materna, a que estão sujeitas essas mulheres, muitas vezes em função da desinformação e das divergências culturais.

As pesquisas analisadas, até este momento, apesar de discutirem a partir de diferentes perspectivas, têm em comum a característica de não adentrar com mais profundidade nos fenômenos discutidos. Há a impressão de que encaram as questões que permeiam saúde e migração de forma homogênea, como se os grupos e os contextos em análise fossem dotados de características muito similares. Aqui, advogo que são necessárias análises generalizantes, para que seja possível visualizar os fenômenos em sua amplitude, de modo que sejam pensadas ações e possíveis soluções aplicáveis nas mais diversas localidades. Todavia, não se deve descartar a necessidade e importância de compreender quem são esses indivíduos e as localidades em que estão inseridos. Os elementos sociais, culturais, religiosos, linguísticos e econômicos podem diferir drasticamente a depender, por exemplo, da nacionalidade do migrante ou do país de destino. Tais diferenças refletem, de forma direta ou indireta, nas condições de saúde, de acesso à saúde e nas interpretações dos cuidados com a saúde.

Nesse sentido, quando, em primeiro lugar, restringe-se o campo de análise ao contexto brasileiro, entende-se fundamental destacar sua particularidade no provimento de serviços de saúde, uma vez que a própria configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) é simultaneamente facilitador e dificultador do acesso à saúde dos migrantes. A partir desse pressuposto, destaca-se o artigo “Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos” de Jairnilson Silva Paim (2018), que discute os processos passados pelo SUS nos seus primeiros 30 anos,

desdobrando-se em aspectos tanto negativos, quanto positivos, refletidos na ponta do sistema, nos usuários. O autor inicia o texto com a afirmação de que o SUS, apesar de ter sido implementado, não está consolidado. Para embasar tal compreensão, o autor busca responder uma série de perguntas ao longo do estudo.

O SUS é sustentado por agentes públicos e privados que militam em prol de sua disseminação, estabilidade e concretização na realização nos mais diversos setores de atuação. Além disso, destaca-se a ação de agentes que circundam o Sistema Único de Saúde, como a mídia e o Judiciário, sendo capazes de difundir a informação e garantir o direito à saúde, respectivamente. São esses, de acordo com o artigo, vetores positivos de sustentação do SUS. No entanto, medidas legislativas e estatais que visam o sucateamento do sistema, tornaram-se ameaças e obstáculos ao pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde. Ademais, entende o autor, que há falta de articulação e mobilização social e política em defesa do direito à saúde, condição basilar à realização da cidadania. Nessa dinâmica, vários fatores internos e externos acabam por fragilizar e boicotar o sistema, além de abrir espaço para ações que caminham em direção à privatização de seus serviços, de privatização da saúde. Por fim, o autor articula alternativas para sanar tais empasses presentes nos últimos 30 anos do Sistema Único de Saúde, especialmente por meio da participação de agentes públicos e privados, capazes de reforçar as bases de sustentação do sistema.

Este artigo, apesar de não adentrar no âmbito da articulação entre saúde e migração, tem importância fulcral para a discussão do tema, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) é porta de entrada para o acesso à saúde, especialmente das camadas sociais em condição de vulnerabilidade social. Assim, quando há, no sistema de saúde, fragilidades e deficiências que refletem na sua precarização e nas barreiras entre o direito à saúde e sua plena garantia aos que buscam atendimento, é certo que os migrantes serão igualmente atingidos por essas dificuldades. Por esse motivo, compreender o Sistema Único de Saúde é essencial para que as barreiras enfrentadas pelas migrantes na busca de acesso à saúde no Brasil, sejam devidamente contextualizadas e compreendidas.

Ainda sobre os serviços de saúde pública, discorre o artigo “Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)” (LEAL; et al, 2018, p. 1915 - 1928), apresentando intervenções do Sistema Único de Saúde e indicadores importantes referentes à saúde de mulheres e crianças, isto é, de saúde reprodutiva, neonatal e infantil, no período compreendido entre os anos 1990 e 2015. Os autores apresentam informações referentes à fertilidade, aborto, acompanhamento e atenção dada à mulher durante a gestação,

condições e consequências do parto, índices de aleitamento materno, questões referentes à nutrição infantil, índices de mortalidade na infância e de mortalidade materna. O estudo também apresenta a evolução de programas do Estado que visam a atenção e o cuidado da saúde da mulher e da saúde infantil, além de políticas que visam equalizar as condições de acesso à cidadania e à saúde. De forma similar, o artigo “Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios”, de Rosana Teresa Onocko-Campos (2019), discute os avanços na atenção à saúde mental desenvolvidos na história recente brasileira.

O primeiro artigo, como evidenciado, apresenta os processos de consolidação, do Sistema Único de Saúde nos seus últimos 30, que ainda está em adamento devido à baixa mobilização social e, especialmente, em razão do desinteresse político. A instabilidade, os altos e baixos, do SUS durante suas mais de três décadas, demonstrados por Paim (2018), expõem um panorama importante para pensar o acesso à saúde no Brasil. No mesmo sentido argumenta Onocko-Campos (2019), ao apresentar os avanços e retrocessos do cuidado e atenção à saúde mental no Brasil, na história recente do país. Segundo a autora, houve um avanço a partir de 2006, quando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a receber mais investimento, em detrimento dos hospitais psiquiátricos. Esse fato positivo reflete-se, de acordo com estudos expostos pela autora, em uma rede de serviços articulada, que leva à diminuição das internações. Em outra perspectiva, há estudos que reclamam acerca da alta burocratização e pouco acolhimento aos familiares. Nota-se, portanto, que assim como em uma perspectiva macro do sistema de saúde, os serviços de atenção à saúde mental ainda são precários, dada não só a distribuição de recursos aquém do necessário, como defendido por Paim, mas também a distribuição desigual desses serviços no país, conforme salientado por Onocko-Campos.

Em relação à saúde da mulher, o trabalho que discute saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (LEAL, et al, 2018), apresenta importantes avanços nos 30 anos do SUS, tais como a democratização do acesso a assistência médica no que se refere ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, aleitamento e programas de imunização, o que levou o país a atingir indicadores positivos, principalmente à saúde infantil. Por outro lado, os autores destacam a ainda elevada “razão de mortalidade materna”, justificada por eles pelas deficiências qualitativas da atenção ao parto e a mudança constante da gestante de um serviço para outro.

Os três últimos artigos apresentados, embora não adentrem discussões referentes ao âmbito da migração, apresentam dados e informações fundamentais aos estudos que buscam compreender e analisar o acesso à saúde da mulher migrante. Seja descrevendo as fragilidades e bases do SUS, seja ao demonstrar os índices referentes à saúde da mulher e à saúde infantil,

ou até mesmo ao apresentar as condições dadas ao cuidado da saúde mental no Brasil. Assim como outros grupos sociais em condição de vulnerabilidade social, as mulheres imigrantes também acessam o Sistema Único de Saúde, em busca de cuidado à sua saúde física e mental, além de buscarem atendimento aos seus filhos. Nesse sentido, estarão sujeitas a condições semelhantes às vividas pelas mulheres brasileiras, quando buscam atendimento e cuidado nos serviços de saúde pública. Por esse motivo, conforme argumentado anteriormente, entende-se essencial compreender o sistema e os dados desse sistema, para que seja compreendido e visualizado o cenário onde as mulheres imigrantes se encontram quando buscam a garantia de seu direito à saúde, no Brasil.

No entanto, destaca-se a necessidade de traçar relações entre as particularidades do sistema de saúde brasileiro e os migrantes. Assim, o artigo “A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas”, de Fabiane Venente dos Santos (2016), cumpre tal demanda. O texto destaca a necessidade de identificar os grupos sociais usuários do sistema, uma vez que alguns desses acabam por enfrentar mais obstáculos do que outros. Nesse sentido, o artigo foca sua atenção nos migrantes haitianos concentrados no estado do Amazonas, entre março de 2010 até o mesmo mês do ano de 2012, analisando a forma pela qual é dado o relacionamento com o Sistema Único de Saúde. Para tanto, é utilizado o método etnográfico, e as bases históricas e teóricas, gerais e específicas, que sustentam o estudo em questão.

O perfil dos haitianos identificado pelo estudo, consiste em homens entre 20 e 35 anos e algumas poucas mulheres, na mesma faixa etária, que se estabelecem em casas alugadas e compartilhadas em diferentes bairros de Manaus, principalmente na periferia. A autora relata a alta rotatividade dos imigrantes nessas residências, o que levaria a alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) demonstrarem, eventualmente, relutância em incluir os haitianos em suas ações de promoção da saúde. Argumenta-se que a alta rotatividade poderia impedir o acompanhamento a longo prazo desses indivíduos. Outro elemento levantado por Santos, são as barreiras linguísticas e culturais, que dificultam os possíveis tratamentos, isto pois, as diferenças sociais, culturais e religiosas levam a possíveis alterações dadas a determinadas doenças e aos cuidados de saúde.

Outra abordagem é dada por Ana Cristina Collares, no artigo “Migração e acesso à saúde no Brasil: uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes” (2021). O contexto aqui trabalhado difere do estabelecido no artigo anterior, uma vez que, como sabido, pensar o serviço público de saúde nos municípios, é diferente de enfrentar tal questão

nos estados. A autora inicia o texto traçando as discussões internacionais presentes no plano da migração e saúde, além dos movimentos realizados no cenário internacional. Em segundo lugar, a discussão é trazida para o cenário nacional, abordando as principais nacionalidades, os efeitos da pandemia da Covid-19 nos fluxos migratórios e a atuação do Sistema Único de Saúde.

A principal metodologia utilizada no estudo foi análise das bases de dados como a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) e a Pesquisa de Regiões de Influência das Cidades (REGIC), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir dessas informações, foi desenvolvido o trabalho. Os principais aspectos analisados foram as cidades que atraíam os migrantes em função de seus serviços de saúde e os instrumentos de gestão migratória e os recursos de saúde dos municípios. A realização deste estudo mostra a necessidade de compreender as condições regionais e territoriais para responder, conforme explicitado no estudo, a demanda cada vez maior de migrantes por acesso aos serviços de saúde. A fim de que sejam formuladas soluções ou propostas efetivas, isto é, que, de fato, estejam atentas às dificuldades e às condições de realização do serviço de saúde nas mais diversas localidades do país.

Na perspectiva da nacionalidade, o artigo “Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética” (ROCHA, et al, 2020), realizou grupo focal com imigrantes haitianos em Curitiba, Paraná, de modo a compreender seu ponto de vista e seus enfrentamentos na busca de realização do pleno acesso à saúde. Nesse estudo, identificou-se que o principal obstáculo ao acesso à saúde enfrentado pelos haitianos, é a linguística, que afeta ambos os atores dessa comunicação, ou seja, tanto os haitianos quanto os profissionais sentem as dificuldades que a barreira idiomática causa. Essa dificuldade é seguida pelos choques de horários das unidades básicas e da própria rotina de trabalho dos imigrantes, dificuldade de adequação e compreensão da organização territorial do Sistema Único de Saúde, a falta de medicamentos, demora nos atendimentos, barreiras que podem também ser enfrentadas pelos nacionais quando buscam atendimento na saúde pública. Diante dos enfrentamentos narrados pelos próprios haitianos, os autores afirmam a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde, para que seja possível a realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que regem o SUS.

Por fim, no que tange à saúde dos refugiados no contexto da pandemia da Covid-19, o texto “Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil” (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020), dá voz a essa discussão. Os autores iniciam ressaltando a importância de discutir a saúde dos grupos mais vulneráveis da sociedade, especialmente em cenários de pandemias e epidemias. Dentre esses, portanto, destacam-se os refugiados, que são

vulneráveis e sujeitos a impactos negativos nas suas condições de saúde. Os autores ressaltam que os refugiados apresentam uma condição de saúde precária durante toda a trajetória de migração, ou seja, antes, durante e após a chegada (2020, p. 3, apud FAERTEIN; TRAJMAN, 2018). Diante disso, afirma-se que, devido à pandemia da Covid-19, estabeleceram-se movimentos internacionais em prol da proteção da saúde dos refugiados.

Além da crise sanitária, os autores ressaltam fatores sociais, políticos e jurídicos que afetam, de forma direta ou indireta, a saúde dos refugiados nesse cenário. Assim, o fechamento de fronteiras nos mais diversos países do mundo, incluindo o Brasil, é levantado como um fator de atenção, que acaba por criar um contexto de maior agravamento das fragilidades dos indivíduos. Ademais, casos de racismo e xenofobia, que relacionam o perigo sanitário ao estrangeiro, condicionam não só a um cenário de violência, mas também de exclusão, de modo que incide na possível precarização da qualidade de vida do refugiado. Somado a isso, quando se trata da infecção pelo vírus Sars-Cov-2, foi identificada uma lacuna nos registros, pois não houve preocupação em documentar a nacionalidade e a condição dos indivíduos infectados. Desse modo, não foi possível verificar qual foi o real impacto da pandemia na saúde dos refugiados e, diante dessa falta, foi ressaltado pelos autores a importância desses registros, pois tais dados podem nortear medidas de atenção às especificidades desse grupo. Caso contrário, argumentam, será reproduzido o cenário em que estão presentes a desigualdade no cuidado à saúde dos refugiados, assim como uma invisibilização desses indivíduos.

O estudo em discussão apresenta um panorama interessante, pois centra-se em três elementos importantes para um olhar mais específico e aprofundado, são esses: a abordagem em uma perspectiva nacional, o contexto da pandemia da Covid-19 e o recorte da condição migratória do grupo selecionado. A determinação desses elementos, no entanto, não deixa de admitir perspectivas generalizantes, e acaba por não aprofundar nas particularidades dos indivíduos e, tampouco, nas particularidades territoriais. As reflexões presentes na pesquisa, por apresentarem tal caráter, abrem espaço para estudos posteriores que deem maior atenção às especificidades de cada contexto estudado, assim como realizado nos artigos que se referem ao Amazonas e ao Paraná, por exemplo.

O Brasil é arraigado por desigualdades sociais e econômicas, além de contar com uma intensa variedade de manifestações culturais e religiosas, distribuídas em todo o seu território. As regiões e os estados que dividem o país, apresentam, entre si, tal diversidade, diante disso, seus sistemas, traduzidos pelas atividades da Administração Pública, acabam por refletir suas diferenças. Em outras palavras, as profundas diversidades e desigualdades presentes no Brasil, são notórias entre as regiões, os estados e até mesmo os municípios distribuídos em território

nacional. De modo que, as condições de realização de seus serviços públicos e a própria organização social e cultural, sofrem modificações. Nesse sentido, é possível compreender que as circunstâncias de realização do serviço público de saúde, apesar de sua unificação nacional por meio do Sistema Único de Saúde, sofrem mudanças nos mais diversos territórios. Assim sendo, destaca-se a importância de existirem estudos que analisam as condições de acesso à saúde nos diferentes estados do Brasil, especialmente quando se trata dos diferentes grupos em estado de vulnerabilidade social.

Ademais, ressalta-se que assim como as desigualdades atingem os territórios, elas também estão presentes na realidade dos indivíduos, muitas vezes sendo transversais na existência de cada um. Dessa forma, não basta identificar os aspectos positivos e negativos do Sistema Único de Saúde em cada um dos estados (ou municípios), é necessário também compreender os grupos que buscam atendimentos e suas respectivas dificuldades e demandas. Isto pois, uma vez identificadas as dificuldades e particularidades de cada grupo, dá-se maior abertura e embasamento para a configuração de futuras medidas capazes de assegurar seu pleno acesso à saúde.

Diante disso, a presente pesquisa busca preencher essa lacuna, no que se refere ao Distrito Federal. Como explicitado, existem estudos que analisam saúde e migração no espectro internacional, nacional, em alguns estados e até mesmo as condições municipais de atenção à saúde dos migrantes. Todavia, tais estudos, evidentemente, não abrangem todas as particularidades apresentadas em cada um dos espaços do território brasileiro. Diante disso, entende-se a importância do desenvolvimento de pesquisas que apresentem esse olhar direcionado às realidades presentes nesses locais, de modo a compreender não só os serviços públicos de saúde disponíveis e realizados, mas também qual é o público de imigrantes que busca esse atendimento.

Mapear e analisar o perfil dos imigrantes que buscam atendimento em determinado serviço de saúde pública é fundamental, dado que aspectos sociais, culturais e religiosos incidem diretamente na forma que a saúde é compreendida, atendida e cuidada. Nesse sentido, entende-se essencial a consciência de que a medicina não é necessariamente universal, isto é, sua aplicação e compreensão sofrem alterações, a depender do povo, da região e do país. Assim, quando são atendidos indivíduos que carregam outra bagagem cultural, há de se ter cuidado e sensibilidade na atenção à sua saúde, de forma a evitar desentendimentos, desigualdades, violências e/ou, inclusive, afastamentos dos cuidados com a saúde. Ressalta-se, ainda, que a questão de gênero não pode ser dissociada desse conjunto de elementos, dado que os aspectos

que circundam essa questão, afetam diretamente os meios e as formas de cuidado e atenção à saúde.

Nesse sentido, o presente trabalho visa compreender e analisar o acesso à saúde das mulheres imigrantes no Distrito Federal, mapeando o principal perfil dessas mulheres. Analisando suas demandas e desafios, podendo estar presentes em função de sua presença transversal na sociedade e, ainda, em função da própria dinâmica do serviço de saúde no Distrito Federal. Ademais, foram também elencados os principais desafios enfrentados pelos próprios profissionais de saúde no atendimento dessas mulheres. Considera-se essencial tal percepção, pois se as dificuldades dos profissionais nessa aproximação não são sanadas ou mitigadas, provavelmente haverá mais dificuldade em suprir as necessidades das mulheres imigrantes.

O estudo deu atenção ao olhar e às percepções desses profissionais tanto em relação aos aspectos referentes ao próprio Sistema Único de Saúde, quanto às dificuldades enfrentadas por eles e as identificadas barreiras entre as mulheres imigrantes e o pleno acesso à saúde. Ainda, destaca-se que a análise desse cenário está inserida no marco temporal da pandemia da Covid-19, com mais especificidade entre os meses de março de 2020 a julho de 2022. Entender os fatores presentes nesse contexto abre não só caminhos para a adoção de medidas que garantam a realização do direito à saúde das mulheres imigrantes, mas também permite que as possíveis falhas, principalmente no período da pandemia, sejam identificadas, para que não sejam reproduzidas em futuras crises sanitárias.

# Capítulo 3

## **Procedimentos: Mapeamento Político-normativo e Trabalho de Campo na UBS**

Para a realização deste trabalho, entendeu-se necessário realizar um mapeamento acerca das normas, políticas e diretrizes voltadas à atenção à saúde da mulher migrante, em âmbito nacional e local, isto é, no Brasil e no Distrito Federal. Nesse sentido, buscou-se pelas normativas que tratam, direta ou indiretamente, do tema, dada a compreensão de que mesmo aquelas que não se referem diretamente à população migrante, podem ser capazes de abarcá-la. Assim, foi realizada uma revisão dessas previsões e medidas do Estado que, em alguma medida, impactam no direito à saúde das mulheres imigrantes, refugiadas e solicitantes de refúgio. Por meio da revisão e análise desses textos, houve a intenção de construir, ou melhor, visualizar o cenário onde essas mulheres estão inseridas, a fim de compreender quais medidas garantem o seu acolhimento nos serviços de saúde pública em território nacional e distrital.

Apesar do enfoque em normativas referentes ao âmbito da saúde, entende-se que exatamente por esta ser diretamente relacionada a outros aspectos da vida social e cotidiana, é necessário que previsões voltadas a esses outros meios sejam destacados. Dito de outra forma, seria insuficiente e limitado não verificar se existem previsões que referem-se a outros âmbitos da garantia da dignidade humana, dado que seria, por exemplo, pouco eficiente a existência de normas e políticas que promovem o direito e o acesso à saúde, e não houvesse medidas que destinadas a proporcionar a garantia do direito à moradia. O bem-estar humano está envolvido por diversas camadas inter-relacionadas, por esse motivo, muitas vezes é necessária a salvaguarda de um direito para que o outro seja exercido. É diante dessa premissa que a atenção, mesmo que superficial, a outros elementos que atingem a saúde dos indivíduos foi considerada importante para a condução deste trabalho. Isto pois os elementos externos que compõem o cenário onde o direito e o acesso à saúde será exercido, têm potencial de orientar as condições em que ocorrerá esse exercício. Dessa forma, reforça-se que compreender as noções gerais que permeiam o contexto em que o objeto de pesquisa está inserido, é considerado pré-requisito para a interpretação e análise dos dados coletados na pesquisa em campo.

O processo de realização do direito à saúde é composto por diferentes passos, quais sejam: saber onde buscar ajuda, chegar no local que possui os serviços necessários para o

atendimento, ser acolhida, se fazer compreender e compreender o outro, ser atendida e conseguir realizar o tratamento. Nesse cenário, a subjetividade torna-se não só parcela presente, mas essencial. Assim, a escuta atenta à narrativa daqueles que vivem e são parte do espaço onde o processo de acesso à saúde e a possível concretização do direito à saúde deve ser realizada, revela as singularidades e as nuances presentes nesse ambiente, capazes de revelar detalhes, sensações e experiências que dificilmente podem ser explicitadas por meio de outros métodos de pesquisa, tais quais os métodos quantitativos.

Consciente da importância de ouvir aqueles que vivenciam esse processo, entendeu-se necessária a realização de entrevistas com os sujeitos parte desse cenário. A partir disso, verificou-se a possibilidade de realizar as entrevistas em diferentes ambientes e com diferentes sujeitos, como as próprias mulheres imigrantes, os indivíduos que atuam nas organizações da sociedade civil acolhendo e orientando esse grupo ou até mesmo os profissionais de saúde, que estariam no coração do sistema, como testemunha e agente da realização ou não do acesso à saúde. Diante dessas possibilidades, buscou-se formas de adentrar esses espaços. Foram enviados *e-mails* e mensagens em redes sociais aos agentes que estariam nessas diferentes linhas de frente. Esse primeiro contato permitiu comunicação com algumas instituições, que, no entanto, limitaram-se a respostas vagas, sem que fosse dada muita abertura para a construção de um diálogo.

Felizmente, após algumas tentativas de comunicação sem sucesso, foram abertas as portas para a realização da pesquisa de campo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma Região Administrativa do Distrito Federal, localizada na Região de Saúde Leste, onde a maior parte da população, até 2018, apresentava renda bruta de 1 a 5 salários mínimos<sup>10</sup>. Neste trabalho, optou-se por não revelar qual seria a Unidade, e o seu local, a fim de preservar o anonimato da equipe de saúde entrevistada, assim como das pacientes atendidas, constantemente citadas nas narrativas. Além disso, entendeu-se que o anonimato proporcionaria um ambiente mais confortável aos entrevistados, de modo que eles pudessem expor suas experiências e opiniões com maior franqueza. A oportunidade de adentrar esse espaço enriqueceu a construção desse trabalho e de suas conseqüentes potencialidades. Diante disso, antes mesmo de dar seguimento à explanação dos procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa, expressa-se a profunda gratidão aos profissionais de saúde que se disponibilizaram a participar e construir conjuntamente este trabalho.

---

<sup>10</sup> Disponível em: <<https://www.redesocialdecidades.org.br>>. Acesso em: 25 de jul. 2022.

Para que fosse possível ter acesso à UBS e aos profissionais de saúde, foi necessária a elaboração de uma Carta de Apresentação do projeto de pesquisa (anexo 1), encaminhada à Gerência da Unidade, a qual foi responsável por autorizar a realização da pesquisa de campo naquele espaço. Após a autorização da Gerência, foi marcada uma conversa, realizada no dia 11 de abril de 2022, na Unidade Básica de Saúde, na qual foi explicado o teor da pesquisa, seus objetivos, a proposta de entrevista dos profissionais de saúde, além de minha apresentação como estudante e pesquisadora.

Nesse primeiro contato, afirmou-se que nem todos os profissionais da Unidade haviam tido contato com mulheres imigrantes, o que notadamente já limitaria as possibilidades de acesso à informação. Diante disso, uma profissional que já tinha interesse e aproximação com o tema se disponibilizou a identificar aqueles que haviam tido alguma experiência com esse grupo, para que fosse estabelecida comunicação com eles. Além dessa ajuda essencial para o diálogo com os profissionais, em alguns casos, os próprios entrevistados me encaminhavam a outros profissionais que haviam atuado no acolhimento e atendimento de mulheres imigrantes. A colaboração de todos esses profissionais em proporcionar o contato com as equipes foi fundamental para a execução das entrevistas e para a elaboração de seus consequentes resultados.

Estabelecido o acesso à UBS e às suas equipes, foi adotado como metodologia a realização de entrevistas semiestruturadas (anexo 2) com os profissionais de saúde que puderam se disponibilizar a essa conversa. As entrevistas semiestruturadas podem ser definidas como um momento de troca entre indivíduos, a fim de responder ou esclarecer possíveis questionamentos, são uma forma de construir um diálogo guiado, sem necessariamente seguir uma estrutura rígida e limitante (FRASER; GODIM, 2004). Nesse sentido, é dada liberdade ao entrevistado para atribuir novos elementos e significados ao tema em discussão (FRASER; GODIM, 2004), a fim de valorizar sua experiência, suas percepções e suas próprias singulares quando pensa, interpreta e expõe sobre o tema (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

É importante ressaltar que no contexto em que o presente estudo se estabelece, é notória a existência de dois principais grupos de atores e atrizes atuantes, as mulheres migrantes e os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde. Essa conjuntura, assim como em tantas outras relações sociais, estabelece um ambiente múltiplo de percepções, dadas as suas diferentes perspectivas, o que apesar de complexificar os estudos, permite ricas interpretações e saídas complementares para a mesma questão. Diante disso, há consciência da insuficiência de exercer a escuta apenas de um lado dessa relação, todavia, em razão das próprias condições de

elaboração deste trabalho, optou-se por ouvir a narrativa dos profissionais. Isto possibilitou visualizar e compreender, em certa medida, as condições estruturais que podem inviabilizar o pleno acesso das mulheres migrantes à saúde.

Ademais, é evidente a necessidade de ouvir aqueles que estão na base de acolhimento, uma vez que quando suas dificuldades não são sanadas, dificilmente àquelas dos que buscam atendimento serão. É uma dinâmica conjunta, ambos os lados devem estar em pleno funcionamento de suas condições, se uma parte está deficiente, a outra, conseqüentemente, não se realiza. Outros fatores foram também determinantes à escolha dos profissionais de saúde como entrevistados. Um deles é essencialmente prático, devido ao pouco tempo disponível à realização da pesquisa, o fato de todos estarem no mesmo espaço e possuírem uma rede de contato viva, fez com que, como já evidenciado, um convidasse o outro para a entrevista, fator determinante e facilitador para o desenvolvimento do estudo.

Foram entrevistados indivíduos que realizam diferentes atividades na área da saúde. Dessa forma, foi possível detectar suas percepções quanto à estrutura do Sistema Único de Saúde e da Unidade Básica de Saúde, e acerca de suas próprias relações com as mulheres migrantes, a partir de espaços e experiências diferentes. Isto é, os profissionais estão no mesmo local, no entanto, ocupam e pertencem a diferentes espaços lá dentro, de modo que suas percepções e entendimentos sobre os atendimentos e sobre o próprio sistema, mudam. Não necessariamente em relação à compreensão do problema ou da questão central, mas sim quanto ao caminho por meio do qual ela é construída, pois suas experiências e compreensões daquele espaço vêm de diferentes perspectivas, dessa forma, o conhecimento daquela realidade difere de um indivíduo para o outro.

Consciente dessa possível diversidade de vivências e de diferentes intensidades de aproximação com as mulheres imigrantes, entendeu-se que quanto menos intervenções fossem feitas às narrativas, maior seria a riqueza de elementos subjetivos e singulares das próprias experiências apresentadas. A todos os profissionais foram dadas as mesmas informações em relação à pesquisa e à forma pela qual a conversa seria conduzida, iniciava-se explicando o tema e a estrutura do diálogo. As entrevistas (anexo 2) eram divididas em duas partes, na primeira, buscou-se compreender a organização da UBS e o encaminhamento dado aos atendimentos imigrantes. Na segunda parte, adentrou-se no contexto da pandemia da Covid-19 e atendimento das mulheres imigrantes nesse cenário.

Em seguida, era esclarecido ao entrevistado que ele teria a liberdade de expor tudo aquilo que considerasse relevante ao tópico do diálogo. Nesse sentido, apesar de existirem

perguntas guia para a condução da comunicação, foi dado tanto tempo quanto necessário para que os entrevistados se sentissem à vontade para expor suas vivências, reflexões e sentimentos. Além disso, destaca-se que as entrevistas foram gravadas para que nenhum detalhe fosse perdido, todas mediante autorização verbal dos entrevistados, os quais foram ainda informados que as gravações seriam utilizadas apenas para este fim e que as falas transcritas não seriam identificadas com os seus nomes.

A partir dos esclarecimentos dados, cada entrevistado se comportava de uma forma, alguns iniciavam um longo monólogo que, quando necessário, era direcionado por algumas intervenções colocadas para que não houvesse um grande desvio do tema. Por outro lado, alguns entrevistados eram mais contidos na exposição de ideias, limitando-se a responder aos questionamentos realizados e, eventualmente, prolongando a fala quando recordavam alguma experiência ou sentimento marcante vivenciado. À vista disso, o tempo das entrevistas variou de 9 a 48 minutos, a depender do entrevistado e, naturalmente, de sua disponibilidade para o diálogo.

Em todos os dias em que a Unidade Básica de Saúde foi visitada, seus corredores estavam sempre cheios de mulheres, homens e crianças que buscam atendimento das equipes de saúde. Diante disso, a agitação e alto número de pacientes era marca constante no cotidiano agitado da UBS, assim, devido à alta demanda da população local, os profissionais de saúde tinham disponível apenas corridos e encaixados intervalos de tempo. Essa condição impedia, muitas vezes, que fosse marcado dia e hora para as entrevistas, assim como limitou alguns profissionais a prolongar e detalhar suas narrativas. Algumas vezes, por serem muito demandados, as entrevistas foram interrompidas por outros profissionais que procuravam os entrevistados para tirar dúvidas ou solicitar sua presença em outro local. Nesse sentido, adequar as entrevistas ao tempo corrido e limitado dos entrevistados foi a maior dificuldade enfrentada na pesquisa de campo.

As entrevistas foram realizadas nos dias 12, 13 e 27 de abril e 12 de maio de 2022, na Unidade Básica de Saúde, nenhuma entrevista ocorreu fora de suas instalações. Em algumas datas, a ida à UBS foi condicionada ao prévio contato com o profissional, que estabelecia o dia e o horário que estaria disponível. Em outras datas, encaminhei-me à Unidade sem combinado prévio com algum eventual entrevistado, apesar disso, sempre foi possível realizar ao menos uma entrevista, em razão da comunicação entre os profissionais e pela busca de possíveis entrevistados nos próprios corredores da Unidade.

Nas citadas datas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 14 (catorze)

profissionais da Unidade Básica de Saúde, dentre eles: cinco agentes comunitários de saúde, uma assistente social, uma residente de gestão, um residente de medicina, um auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, duas enfermeiras e duas médicas. Algumas entrevistas foram feitas em dupla em razão do intenso ritmo de trabalho dos profissionais, este foi o caso das médicas, das enfermeiras e do auxiliar e técnica de enfermagem. Há ciência de que as entrevistas conduzidas em dupla, quando tratam de experiências tão individuais e que dizem respeito às condições de trabalho, especialmente quando realizadas nesse local, podem não ser ideais. É possível que as palavras sejam contidas e o entrevistado acabe por não expressar tudo aquilo que poderia ser exposto em um diálogo em que ele seria o único narrador. Todavia, os próprios entrevistados solicitaram por esse formato e como havia consciência de que aquele poderia ser o único momento disponível para o diálogo, entendeu-se que seria melhor conduzir a entrevista com mais de um entrevistado, do que deixar de ouvir alguma ou algum deles. Diante desse cenário, no capítulo dos resultados, aquelas que possuíam a mesma profissão e foram entrevistadas ao mesmo tempo, serão identificadas com a mesma profissão, distinguindo-se apenas pelos numerais 1 e 2.

Ademais, é sabido que na construção das narrativas haverá um filtro na exposição de palavras e que algumas ideias, talvez, não serão ditas. Para que as falas sejam expostas sem restrição, provavelmente seria necessário um maior tempo para a realização da pesquisa de campo, de modo que fosse possível construir uma relação de confiança com os entrevistados. Esse maior tempo de contato, no entanto, não era possível nas condições em que este trabalho foi desenvolvido. Apesar disso, entende-se que as ideias, experiências, relatos e reflexões coletadas apresentam uma realidade viva, capazes de gerar dados e informações relevantes não só para este, mas também para outros estudos desenvolvidos na área.

Ocorreram tantas entrevistas quanto entendidas necessárias para a coleta de informações capazes de traduzir o cenário que permeia a atenção à saúde das mulheres imigrantes no Distrito Federal. Assim, quando as informações passaram a convergir e a se tornar repetitivas em relação aos principais fatores que permeavam as experiências narradas, entendeu-se que havia material suficiente para a elaboração do trabalho. Após a pesquisa em campo, todas as entrevistas foram transcritas em documentos separados, respeitando as pausas, as nuances e o desenvolvimento natural das ideias dos entrevistados. Nesse documentos, as transcrições estão devidamente identificadas, separadas e organizadas, de modo a facilitar a construção do capítulo dos resultados apresentados nesta pesquisa.

Em relação à construção do capítulo dos resultados, buscou-se apresentar as narrativas dos profissionais de saúde em sua forma mais natural, de modo que fosse possível ao leitor sentir a fala viva do entrevistado, marcada por sentimentos que, nem sempre, são passíveis de transcrição. Dessa forma, há a intenção de aproximar o leitor deste trabalho à humanidade repleta de memórias, expectativas, angústias e encantamentos, revelada nas palavras dos profissionais que disponibilizaram ao diálogo. A tentativa, ao menos, na apresentação dos relatos, é que essa aproximação permita a sensibilização do leitor às condições e à realidade presente em uma Unidade Básica de Saúde que acolhe uma população cada vez maior de mulheres imigrantes.

Defende-se que ouvir profissionais da saúde é parte essencial no processo de estudo, análise e compreensão de como é realizado o direito e o acesso à saúde de mulheres imigrantes, refugiadas e solicitantes de refúgio, e toda a população imigrante, em território brasileiro. Por essas razões, por meio desta escolha e deste trabalho, espera-se contribuir para a elaboração de possíveis medidas capazes de garantir a efetiva realização do direito à saúde dessas mulheres e dessa população, seja no Distrito Federal, seja no Brasil.

# Capítulo 4

## **Atenção à Saúde da Mulher Imigrante no Brasil e no Distrito Federal**

Conforme exposto nos capítulos anteriores, neste trabalho, há o entendimento de que compreender o contexto em que o acesso à saúde das mulheres imigrantes se realiza, ou não, é fundamental para que seja possível verificar quais são as eventuais lacunas, barreiras ou elementos positivos existentes no cenário. O mapeamento e análise dessas informações, permite refletir sobre possíveis ações capazes de promover uma atenção efetiva a esse grupo social marcado por particularidades e vulnerabilidades transversais. Nesse sentido, este capítulo parte de uma perspectiva macro, isto é, verifica as normas, políticas e diretrizes a nível nacional que, direta ou indiretamente, impactam no acesso à saúde dessas mulheres no Distrito Federal. São essas: a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Saúde, a Lei de Migração e as Políticas Nacionais de Saúde, estabelecidas pelo Ministério da Saúde. O mapeamento político-normativo é fundamental para que se tenha ciência dos limites estabelecidos pelo Estado para a realização da atenção à saúde, seja pela estruturação do sistema, seja pelas diretrizes estabelecidas, ou até mesmo pelos princípios que norteiam a saúde pública.

As normas, políticas e diretrizes mapeadas na primeira seção do capítulo, contextualizam o cenário, ao menos sistêmico, em que as narrativas apresentadas na segunda seção estão situadas. A segunda parte desse capítulo dá atenção ao âmbito local, é a concretização das medidas adotadas pelo Estado, por meio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, atreladas as características próprias da Unidade Básica de Saúde, seja pela organização e composição das equipes de saúde, seja pelo público alvo atendido. Esse conjunto de elementos conforma um cenário específico, mas não isolado, pois mesmo que tenha condições próprias, os relatos dos entrevistados expõem enfrentamentos similares aos apresentados pelos referenciados estudos realizados no âmbito das migrações e saúde. Os resultados consolidados neste capítulo, portanto, conversam com a literatura já produzida acerca do tema, além de contribuírem com elementos adicionais aos futuros estudos e discussões.

### **4. 1 Normas, Políticas E Diretrizes**

Neste estudo, tem-se como paradigma a ideia de saúde como condição variável, pois

esta não seria reflexo de condições homogêneas na sociedade, dado que determinadas vulnerabilidades acabam por gerar necessidades diferenciadas nesse campo. Assim, entende-se a importância de delimitar um grupo foco para analisar, discutir e estudar, a fim de possibilitar a identificação de suas principais demandas. Nesse sentido, é fundamental traçar uma discussão quanto ao acesso à saúde de populações vulneráveis, pois, como já destacado, a saúde não se limita ao tratamento de doenças, ela é fator indicativo de bem-estar e de dignidade humana. As condições e possibilidades de acesso à saúde das mulheres imigrantes, é assunto ainda pouco discutido. Apesar disso, afeta, diretamente, as condições de sobrevivência e bem-estar da população imigrante, especialmente a feminina, no Brasil. A partir dessa concepção, é necessário compreender quais são as normativas, diretrizes e políticas de saúde que atendem essas mulheres e se há lacunas que acabam por dificultar o pleno acesso à saúde.

Ser mulher e imigrante é, assim como o conceito de saúde, transversal, uma vez que engloba as diversas variáveis sociais que incluem questões políticas, jurídicas, sociais, econômicas e culturais. Frente a isso, quando refletido acerca das condições de acesso à saúde de determinados grupos sociais, especialmente os em condição de vulnerabilidade, entende-se relevante analisar os elementos socioculturais, jurídicos e políticos que compõem o cenário em que se encontram. Assim, é importante, em primeiro lugar, reconhecer quais são as normas que circunscrevem a saúde no país e que são voltadas para as pessoas migrantes. A partir disso, é possível perceber quais aspectos relacionados à saúde, em território nacional, são tratados com relevância e quais são esquecidos.

É possível considerar as normas como reflexo das sociedades, dado que expõem os paradigmas<sup>11</sup> sobre os quais elas se estruturam. Isto é, as normas podem ser compreendidas como reflexo dos anseios e das crenças sobre os quais determinada sociedade se estrutura, de forma que, por meio delas, é possível conceber quais são as principais preocupações desse grupo social e nacional. Ademais, é importante destacar que as sociedades não estão isoladas, por esse motivo, quando tratamos de Estados, é necessário considerar e reconhecer que preocupações e demandas pulsam no âmbito internacional, pois estas podem também ganhar relevância em solo nacional.

A saúde é reconhecida como um direito humano, assim, em âmbito doméstico, o Brasil a reconhece como um direito fundamental<sup>12</sup>, previsto no artigo 6º da Constituição Federal de

---

<sup>11</sup> KUHN, Thomas. A Natureza da Ciência Normal. In: A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998, pp. 43-55.

<sup>12</sup> Os direitos fundamentais se diferenciam dos direitos humanos no sentido em que estes estão previstos nos tratados e declarações internacionais, enquanto aqueles se referem ao ordenamento jurídico interno dos Estados (MAZZUOLI, 2018, p. 26). Os direitos fundamentais referentes à sociedade brasileira estão previstos na

1988. Nota-se que, neste mesmo dispositivo, determinantes da saúde são também tratados como direitos fundamentais, como é o caso, por exemplo, do trabalho, da educação, do lazer e da alimentação. A Constituição Federal, em seu artigo 196, destaca, ainda, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, este deve garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas. De forma similar prevê o artigo 2º da Lei Orgânica de Saúde. Em relação a esses dispositivos, é importante destacar a ênfase no “todos”, pois põe em evidência o tratamento sem distinção para brasileiros e para estrangeiros residentes no país, assim como destacado no artigo 5º da Constituição Federal. A importância do “todos” nas legislações remete à “universalidade” como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), explicitado no inciso primeiro do artigo 7º da Lei Orgânica de Saúde.

A universalidade do SUS é aspecto de fundamental relevância quando se trata do acesso da mulher migrante, pois é princípio base garantidor do direito à saúde no Brasil. A importância de haver princípios orientadores se deve à sua força normativa, uma vez que apresentam virtudes, ensejos e argumentos que justificam a razão de ser das normas (MENDES; BRANCO, 2020, pp. 71-73). Nesse sentido, esse princípio tem força garantidora do acesso livre e igualitário de diferentes grupos sociais ao sistema público de saúde brasileiro, independente, inclusive, de sua nacionalidade. Como reforço, prevê a Lei de Migração<sup>13</sup> a garantia ao migrante, em igual condição aos nacionais, ao acesso a serviços públicos de saúde, de assistência social e à previdência social, assim como às liberdades civis, sociais, culturais e econômicas, conforme os incisos I e VIII do artigo 4º da Lei.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde reconhece as desigualdades de acesso à saúde apresentadas a diferentes grupos sociais, por esse motivo, traça políticas de saúde voltadas à atenção das populações vulneráveis. Nessas políticas, as mulheres migrantes podem ser enquadradas em uma tentativa de adequar suas necessidades particulares a políticas voltadas para outros grupos em situação de vulnerabilidade social. Assim, o acolhimento das mulheres migrantes é feito por meio de políticas transversais à sua condição, mas não específicas a ela, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher<sup>14</sup>, da Política

---

Constituição Federal de 1988, de maneira que os direitos e garantias fundamentais explícitos estão previstos nos artigos 5º ao 17 e os direitos e garantias fundamentais implícitos estão previstos nos artigos 170 a 232.

<sup>13</sup> Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017.

<sup>14</sup> Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 16 fev. de 2022.

Nacional de Saúde Integral da População Negra<sup>15</sup> ou até mesmo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança<sup>16</sup>, atendendo-as quando buscam assistência aos seus filhos.

É seguro afirmar, frente às citadas e analisadas normas e políticas, que é direito da mulher imigrante, refugiada ou solicitante de refúgio, acessar políticas da seguridade social, isto é, saúde pública, assistência social e previdência social. No entanto, percebe-se que há lacunas nessas garantias, podendo ser explicada pela não, ao menos não identificada, existência de normas ou políticas, que tratam especificamente desse grupo, nem de forma generalizada, que seria o caso, por exemplo, de uma política ou normativa voltada ao cuidado da saúde do migrante.

No âmbito local, foi identificada uma Nota Técnica<sup>17</sup> publicada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que visa orientar os profissionais dos serviços de Atenção Primária à saúde quanto à atenção à saúde da população migrante ou refugiada, na capital. O documento apresenta a base legal para a atenção a essa população, conceitua quem seriam os imigrantes e refugiados e destaca a importância de um tratamento dotado de equidade, de modo que garanta o pleno acesso à saúde desses usuários do sistema. A Nota determina os documentos de identificação dos imigrantes, a necessidade de atenção à pronúncia de seus nomes, de mapeamento da população imigrante de cada território e de compreensão às particularidades culturais e religiosas do usuário atendido. Além disso, prevê ações de integralização do imigrante, por meio de parcerias entre os profissionais dos serviços de atenção primária e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e as Organizações Não Governamentais (ONGs). A fim de garantir moradia, trabalho e proteção contra potenciais violências, como o trabalho análogo ao escravo.

O acesso a um atendimento que respeite as particularidades e diferenças dos indivíduos, além de assegurar sua integridade física e moral, é uma garantia legal. Tal afirmação é embasada pela previsão dos princípios do Sistema Único de Saúde, regulamentados nos incisos do artigo

---

<sup>15</sup> Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. - 3 ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2022.

<sup>16</sup> Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>>. Acesso em: 16 fev. de 2022.

<sup>17</sup> Distrito Federal. Nota Técnica SEI-GDF nº 10/2018 – SES/SAIS/COAPS. Brasília, 12 de dezembro de 2018. Disponível em: <[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/Nota\\_Tecnica\\_10\\_2018\\_COAPS\\_Atendimento\\_ao\\_usuario\\_imigrante\\_ou\\_refugiado\\_nos\\_servi%C3%A7os\\_da\\_APS\\_do\\_DF.pdf](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/Nota_Tecnica_10_2018_COAPS_Atendimento_ao_usuario_imigrante_ou_refugiado_nos_servi%C3%A7os_da_APS_do_DF.pdf)>. Acesso em: 8 ago. de 2022.

## 7º da Lei nº 8080 de 1990:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Nessa seção do presente capítulo, apresentei o mapeamento das normativas e políticas de saúde que atingem o acesso à saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas. Além de identificar quais são as lacunas que dão espaço para possíveis barreiras no acesso à saúde dessas mulheres. Em relação a essas, evidencia-se que não foram identificados, nem na Constituição Federal, nem na Lei de Migração, nem na Lei Orgânica de Saúde, normas que tratassem especificamente do cuidado e atenção desse grupo cada vez mais presente na sociedade brasileira. Também não foram encontradas políticas de saúde voltadas especialmente para esse grupo em situação de vulnerabilidade. A nota técnica expedida pela Secretaria de Saúde do DF, apesar de apresentar apontamentos importantes, não diz exatamente qual seria o caminho para equipes de atenção primária percorrerem, de modo que o cenário ideal seja efetivamente realizado.

A carência de uma preocupação normativa e de uma política voltada à atenção à saúde do migrante, pode apresentar reflexos nas possíveis dificuldades enfrentadas pelo grupo no acesso aos serviços de saúde e durante o atendimento. A adequação a normas, políticas e

diretrizes já existentes e voltadas para outros grupos em situação de vulnerabilidade social, parecem não ser suficientes para atender de forma plena os migrantes, uma vez que questões singulares como as diferenças linguísticas, culturais e sociais, divergem das particularidades dos outros grupos nacionais. As entrevistas realizadas estão inseridas nesse cenário, de modo que compreendê-lo foi basilar para uma interpretação e reflexão esclarecida das narrativas apresentadas pelos profissionais de saúde a seguir.

#### **4.2 A UBS: estrutura e política de atendimento**

Nesta seção apresentado os resultados dos dados coletados nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde. É importante destacar o pressuposto basilar deste trabalho: a saúde não diz respeito apenas às condições físicas do corpo humano, mas também a fatores socioculturais e psicológicos parte das camadas que compõe a estrutura do indivíduo. Nesse sentido, a interpretação, a análise, as discussões e reflexões traçadas a partir da narrativa dos entrevistados, parte, portanto, dessa premissa.

Em relação à estrutura física da Unidade Básica de Saúde visitada, não foi realizada uma análise detalhada, pois havia enfoque na narrativa dos profissionais de saúde. Todavia, é possível descrever breves percepções próprias de minha experiência, seja ao transitar pela unidade, seja ao aguardar possíveis entrevistados. Logo na entrada da UBS, depara-se com um balcão onde ficam, geralmente, dois vigilantes, que tiram dúvidas e passam orientações àqueles que chegam. Assim que adentrada, vê-se um corredor extenso que conta com um longo banco, onde os pacientes aguardam por atendimentos, sentados uns ao lado dos outros. Ao longo desse corredor, estão localizadas as salas, com a indicação das equipes que atendem cada uma das quadras. No final do corredor, há uma sala onde os pacientes pareciam tirar dúvidas e entregar a documentação. Posteriormente à passagem por essa sala, sentavam-se no banco. Ainda no final do corredor, há uma porta que só pode ser acessada mediante autorização do vigilante, responsável por fazer o controle de quem entra e sai. Nessa área, estão localizadas a sala da assistente social, a farmácia, a gestão e, ao final, há um espaço aberto, onde os profissionais podem fazer suas eventuais pausas. Essa segunda área foi onde passei a maior parte do tempo, há um trânsito mais visível dos profissionais e é mais silencioso, elementos facilitadores para a abordagem e para a realização das próprias entrevistas.

O estudo foi construído a partir da visão dos profissionais de saúde sobre o acesso e atendimento das mulheres imigrantes, realizado na Unidade Básica de Saúde do DF em que atuam, conforme esclarecido no capítulo que trata da metodologia. Esse grupo, no entanto,

não é marcado pela homogeneidade, o que permite identificar um ambiente de múltiplas percepções, dadas suas diferentes perspectivas, que apesar de complexificar os estudos, permite ricas interpretações e estratégias complementares para as mesmas questões ou enfrentamentos. Em razão das condições de elaboração deste trabalho, optou-se por escutar a narrativa dos profissionais de saúde, todavia, há consciência de que esta opção pode apresentar limitações aos resultados. Isto possibilitou visualizar e compreender, em certa medida, as condições estruturais e subjetivas que podem inviabilizar o pleno acesso das mulheres migrantes à saúde.

A estrutura e a organização da Unidade Básica de Saúde, são fatores relevantes não só para entender como se dá o primeiro contato das usuárias com o serviço, mas também para apreender as circunstâncias a partir das quais os profissionais realizam os atendimentos. Em outras palavras, a base estrutural do serviço de saúde traduz as condições de realização do primeiro contato entre esses grupos. Diante dessa compreensão, esclarece-se, em primeiro lugar, qual é a função da UBS na lógica da saúde pública:

É um serviço que está no território, que é o espaço em que as pessoas moram e que tem o caráter de atuar na prevenção e na promoção para evitar que as pessoas desenvolvam doenças de caráter mais graves e precisem acessar serviços de alta e/ou média complexidade. A gente chama a atenção primária de um serviço de caráter mais preventivo (Assistente Social, 12/04/2022).

A atenção primária à saúde, conforme determinado pela Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, corresponde aos cuidados essenciais de saúde, com base científica e aceitação social, que têm alcance universal. Nesse sentido, a Declaração entende este como o primeiro contato entre a comunidade e os serviços de saúde, de modo a ser possível compreender a atenção primária à saúde “como a espinha dorsal dos sistemas de saúde” (MARTINS et al, 2019). É, portanto, o primeiro nível do sistema, capaz muitas vezes de responder às demandas da comunidade, ou dar encaminhamento aos outros níveis de atenção à saúde:

A atenção básica ela se presta a resolver, pelo menos, 80-85% das demandas da população e o restante, que a gente não consegue resolver, faz o encaminhamento pra atenção secundária e terciária. Então, é... o modelo de atenção à saúde para o Brasil inteiro seria o modelo de estratégia de saúde da família, só que o DF chegou muito atrasado nessa corrida, né? De trabalhar dentro desse modelo. (Enfermeira 2, 12/05/2022).

Em 2017, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) publicou a

portaria nº 77<sup>18</sup>, de 14 de fevereiro, alterando a Política de Atenção Primária do DF, que passou a ser fundamentada na Estratégia Saúde da Família<sup>19</sup> (ESF). Essa alteração em conjunto aos desdobramentos da pandemia da Covid-19, apresentou efeito direto na organização da UBS em estudo:

Para retomar a questão da saúde da família, essa é a estratégia, e aí a gente vê que é uma estratégia muito nova, porque ela começou em 2017, então muda toda a organização da atenção básica, de não ser mais Centro de Saúde, então não vai ter mais o médico especialista, não vai ter mais o ginecologista ou o obstetra, a ideia é que tenha um médico da família e comunidade, seja algo mais amplo, algo mais próximo e não focado na especialidade. Só que isso começou a ser implementado, e aí pensa que é muito difícil mudar todo um sistema de saúde, toda uma lógica do serviço e logo vem a pandemia. E então nesse primeiro mês é quando a gente tá retomando, tentando organizar de novo o que seria uma estratégia de saúde da família, que é estar próximo dos usuários, que é ter um vínculo, que é compreender aquele usuário na sua integralidade de vida, para além da queixa que ele vai trazer (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Diante disso, para atender ao novo modelo de atenção à comunidade, a Unidade adotou a seguinte organização interna:

A UBS aqui hoje tem 10 equipes, então 10 equipes da estratégia de saúde da família, então a gente vai ter um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde. A ideia é que tenha mais profissionais, então deveria ter dois técnicos de enfermagem, e acredito que três ACS, que são os agentes comunitários de saúde, mas a gente sempre tem uma defasagem de RH, então a gente tenta garantir o mínimo pelo menos de um profissional de cada uma dessas categorias por equipe. E aí cada equipe vai ser responsável por duas a três quadras, a gente divide as quadras, então tem (a Região Administrativa) né, tem a região como um todo e ela está sendo dividida por quadras e aí cada equipe vai ser responsável por um número de quadras que a gente divide de acordo com a vulnerabilidade do território. Então uma equipe que está em uma região mais vulnerável, ela vai ter menos quadras para ela poder dar conta daquela demanda, então a gente tem equipes que estão com quatro quadras e outras que estão só com duas. Foi feita essa divisão para a gente garantir uma melhor distribuição nas equipes, a partir da demanda mesmo, então quanto mais vulnerável é o território, menos quadras aquela equipe vai ser responsável né (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Nessa lógica, é fundamental o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), ele é responsável por estabelecer o primeiro contato com a comunidade e, portanto, estreitar o laço entre os usuários e os profissionais de saúde, de forma a construir uma relação essencialmente comunitária entre o serviço e os habitantes do território:

Os agentes comunitários de saúde são as pessoas que circulam mais sobre esse território e que trazem essas demandas, eles têm essa característica de estar em diálogo entre a sociedade, fazer o cadastro e trazer muitas demandas, dá visibilidade para as demandas das famílias e das pessoas que a gente atende. De forma geral, essa é a

---

<sup>18</sup> Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.

<sup>19</sup> Sobre o assunto, conferir: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)>.

característica da unidade de saúde e por isso que facilita também esse conhecimento da dinâmica do território (Assistente Social, 12/04/2022).

As famílias da localidade são todas catalogadas pelos agentes comunitários, eles fazem o registro de todas elas. De residência por residência, para que quando elas venham ao centro de saúde, seja mais fácil de localizar o prontuário delas ou até mesmo saber se elas moram na localidade ou moram em outro local e estão usando aquele endereço para serem atendidas (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022).

Apesar da essencialidade dos ACS, é narrada uma carência no número de profissionais, de modo que a necessária aproximação e mapeamento do território não é realizada em sua completude, isto é, representa uma barreira à plena realização da Estratégia Saúde da Família:

Aqui deveriam ser duas unidades (...), preconizando em torno de 3.500 pessoas por equipe. Ultrapassa muito algumas equipes, chega mais que o dobro, às vezes. E aí fica uma demanda reprimida, a gente não consegue nem ter esse dado de quantas pessoas têm por que tem pouco agente comunitário para cadastrar, porque teoricamente eles falam “então cadastra aí” e a gente pode diminuir, desmembrar uma equipe. (...) Só que não tem agente comunitário suficiente “pra” isso. (Médico Residente, 12/05/2022).

No mesmo sentido:

Normalmente a premissa da atenção primária é o que? A gente ter vários agentes comunitários de saúde, então a gente conhece o território. Que aí eu sei, “ali naquela microárea eu preciso disso, disso e disso” “naquela outra microárea, não tem, sei lá, não tem saneamento básico” “ali eu tenho uma igreja que o pastor é benquisto na comunidade, então eu posso contar com ele” ...Então assim, a gente não tem isso, e aí é a dificuldade que a gente encontra porque a gente fica [Sem saber o que essas pessoas precisam né?] Então assim, até pra fazer busca ativa, eu falo “gente, vamos fazer busca ativa?”, é quando eu sei que o paciente precisa de alguma coisa e ele não vem, e eu “busco ele” lá na casa dele. Só que como é que eu busco se eu não sei que o paciente existe? (Enfermeira 1, 12/05/2022).

A adequação organizacional da Unidade Básica de Saúde para atender à Estratégia Saúde da Família, parece ser uma resposta inteligente não só às recentes alterações determinadas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, mas também ao cenário “pós-pandêmico”<sup>20</sup>, em que as demandas da própria comunidade também sofrem mudanças. No entanto, nota-se que fatores que extrapolam, de certa forma, à gestão interna da Unidade, geram deficiências no acolhimento geral da comunidade, ou seja, impedem a plena realização da nova Política de Atenção Primária do DF. A partir da narrativa dos entrevistados, é possível inferir que a estrutura física, o desbalanceamento entre o tamanho das equipes e quantidade de demanda e, especialmente, a dificuldade em mapear o território, são empecilhos à concretização da Política de Atenção Primária do Distrito Federal.

Destaca-se a falta de Agentes Comunitários de Saúde, profissionais essenciais à Estratégia

---

<sup>20</sup> O enfrentamento da pandemia na Unidade Básica de Saúde será discutido no tópico 5.5.

Saúde da Família, suficientes para realizar o mapeamento da região de atuação acaba por refletir em “*um território muito desterritorializado*” (Enfermeira 2, 12/05/2022), como narrado pelos próprios profissionais. O distanciamento indesejado pode refletir em fragilidades no processo de construção de relação de confiança entre as mulheres imigrantes, o grupo foco deste estudo, com os profissionais de saúde. Essa possível barreira de acesso será discutida nos próximos tópicos deste capítulo. Todavia, para que tal discussão seja traçada, entende-se importante esclarecer quem são as mulheres que buscam acolhimento na Unidade Básica de Saúde. Esse delineamento permite visualizar o cenário em que o estudo foi realizado, de modo a construir uma base relevante para compreender os fatores facilitadores e dificultadores para o acesso à saúde das mulheres imigrantes. Esse conjunto de elementos contextualiza os anseios e as percepções dos profissionais de saúde, permitindo que o trabalho apresente dados e análises que possam contribuir para os estudos, e possíveis soluções, referentes ao acesso à saúde de imigrantes no DF.

### **4.3 Perfil das mulheres imigrantes atendidas**

Como explicitado no capítulo da metodologia, antes de realizar a entrevista, a todos os profissionais de saúde foi questionado se já haviam atendido pelo menos uma mulher imigrante. Caso a resposta fosse positiva, a entrevista era realizada com aqueles que estavam disponíveis. A partir de suas narrativas, foi possível traçar o perfil das mulheres que buscavam atendimento, de modo a estabelecer quais eram as nacionalidades predominantes, faixa etária, principais demandas, além de suas condições socioeconômicas e familiares.

Em relação a nacionalidade, a grande maioria dos relatos destaca a forte presença de mulheres haitianas e venezuelanas no território, fato concordante com o perfil da feminização das migrações destinadas ao Brasil, questão trabalhada anteriormente neste estudo.

Nesse período que eu to aqui, eu atendi mulheres migrantes e um homem migrante só, porque normalmente a saúde é buscada, mesmo pelas brasileiras, por mulheres. E aí, nesse período tive contato com mulheres haitianas e venezuelanas, mais as haitianas (Assistente Social, 12/04/2022).

Eu atendi uma área que tinha muito venezuelano e haitiano, que é a quadra XX (...). Eles vinham, procuravam o serviço né, falavam que tinham chegado por aqui na região, que precisavam de um atendimento médico (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022).

Ó, as venezuelanas são as mais, bem mais, e é buscar consulta pros filhos, porque estão chegando agora, a maioria da nossa equipe chegou agora. (...) Já os haitianos, é mais homem, tem poucas mulheres (Agente Comunitária de Saúde, 27/04/2022).

Eu acho que, das que eu atendi, as duas eram haitianas (Médica 1, 12/05/2022).

No meu território eu tenho bastante imigrantes. [Qual é o perfil?] Haiti (Enfermeira 2, 12/05/2022).

A divergência nas informações se deve, muito provavelmente, ao fato de os profissionais de saúde serem parte de equipes diversas, isto é, atendem quadras diferentes do território. Nesse sentido, é possível que haja concentração de uma nacionalidade em determinada quadra e em outra não, situação que acaba por condicionar a experiência do profissional. Apesar da variação na nacionalidade predominante, que pode ser explicada pelas concentrações comunitárias, é notória a presença de mulheres e homens quando se trata dos nacionais do Haiti, em contraponto com a predominância de mulheres no que se refere à Venezuela. Há mais relatos que confirmam essa percepção:

É, até porque os venezuelanos, geralmente vêm as mulheres e as mães, desculpa, as mulheres com os filhos. Os haitianos vêm mais a família né (Auxiliar de Enfermagem, 27/04/2022)

Já os haitianos, é mais homem, tem poucas mulheres (...) geralmente vem eles sozinhos pra trazer a mulher. Mas as venezuelanas estão aqui sozinhas porque são mãe solo, né? (...) as venezuelanas, eu nunca vi nenhum homem, são mulheres, muitas mulheres (Agente Comunitária de Saúde, 27/04/2022).

Em ambas as nacionalidades, a faixa etária parece ser similar. De acordo com os entrevistados, as mulheres imigrantes atendidas são, em sua maioria, mães ou gestantes, o que parece ser fator orientador para sua busca por atendimento na Unidade Básica de Saúde:

Como é que elas chegam? Elas dão entrada no pré-natal, ficam grávidas e aí abre o pré-natal nas equipes (Assistente Social, 12/04/2022).

E a gente tem mais acesso a elas porque elas engravidam, né? Vem fazer pré-natal e é quando a gente passa a conhecer. Elas acabam trazendo os maridos, esporadicamente... (Enfermeira 2, 12/05/2022).

Acho que as mulheres migrantes hoje estão sendo mais acompanhadas pelas gestações ou por já terem tido bebê, mas é nesse momento que elas entram no serviço de saúde (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

A mãe, os filhos, são elas que trazem todo mundo (Enfermeira 1, 12/05/2022).

É que a gente “atende elas” é... a maioria que nos procura aqui, das haitianas, é pra fazer o pré-natal, então eu vejo que elas são bem, pelo menos as que comparecem aqui, elas seguem direito, bem certinho o pré-natal, com aquelas que eu tive contato. Depois segue no acompanhamento do bebê. (...) Elas têm muitos filhos, tipo assim, um muito próximo um do outro (Técnica de Enfermagem, 27/04/2022).

Mãe solo também, com quatro filhos, todas assim. Mãe com muitos filhos, sozinha, sem ninguém (Agente Comunitária de Saúde, 27/04/2022).

Diante das narrativas dos profissionais de saúde, nota-se o protagonismo das mulheres em levar a saúde para a família, o que não significa, todavia que é dado o mesmo cuidado e

atenção à sua própria saúde. Muitas vezes as mulheres acabam por esquecer delas mesmas, como relata a Assistente Social da Unidade:

Porque é como se elas viessem, é... focalizadas no companheiro, pela mãe idosa e pelas crianças e... a saúde delas em si, fica em segundo lugar. Acho que isso diz muito da sobrecarga, elas verbalizam muito pelo cuidado dos outros. Tanto é que a maior parte de entrada é o pré-natal. Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, essas questões..., mas a porta de entrada é o pré-natal, é o gestar, é o parir, é o cuidar. E quando elas vêm solicitar alguma coisa porque estão em situação de insegurança alimentar e nutricional, elas falam pela família, elas não falam só por elas. Diz muito sobre essa sobrecarga (Assistente Social, 12/04/2022).

Para além da sobrecarga familiar, fruto não só do dever de cuidado geralmente atribuído às mulheres, mas também em razão dele, é destacado pelos entrevistados as condições precárias de moradia e de trabalho vividas pelas próprias mulheres imigrantes atendidas:

Mesmo aqui, trabalhando, trabalham assim... tipo escravizado mesmo, porque eles não recebem... não é carteira assinada, trabalha todo dia, mas recebe bem pouco. Eles pagam menos da metade do que paga pro brasileiro. A diária do brasileiro, a diária, diarista, é 130, pra eles paga 80, 60 né? Tudo isso dificulta muito. Por isso eles moram amontoados. (...) Vem porque uma amiga veio e deu certo, aí vai morar na casa da amiga. É muita gente num quarto e sala, muita gente. E é isso (Agente Comunitária de Saúde, 27/04/2022).

Geralmente a grande maioria, por incrível que pareça, está empregada e o emprego clássico que eu vejo é em restaurante, elas trabalham em restaurante, na área da limpeza, assim... alguma coisa. (Enfermeira 2, 12/05/2022).

Geralmente eles são umas pessoas bem humildes, né? Bem, com condição financeira bem complicada mesmo, é... inclusive muitas dessas mulheres a gente encaminha para o serviço social aqui, para tentar cesta básica, tentar incluir em algum programa de renda, pra facilitar (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022).

Fala “ó (...) tem uma paciente aqui que a gente tá acompanhando é... e que ela tá desempregada, o marido também e ela tá com fome”, esses casos normalmente encaminham para o serviço social. Ou então ela trabalha e o patrão “afastou ela” e “tá” pagando menos de um salário mínimo, aí começam a aparecer violações de direito e as questões relacionadas com extrema pobreza ou até miséria mesmo (Assistente Social, 12/04/2022).

Às vezes a impressão que eu tenho das pessoas que eu atendo, é que elas topam qualquer trabalho assim, no sentido de, quando a gente fala de remuneração, elas se expõem mesmo a trabalhos que são muito desgastantes por uma remuneração abaixo do que o sistema brasileiro permite (Assistente Social, 12/04/2022).

Segundo a narrativa dos profissionais de saúde, as mulheres imigrantes atendidas na Unidade Básica de Saúde são, principalmente, haitianas e venezuelanas, mães ou gestantes, com fragilidades financeiras e responsáveis pelo cuidado familiar. As nacionalidades preponderantes se explicam pelos fluxos migratórios que chegam até o Brasil atualmente, situação analisada e discutida na introdução deste trabalho. Em relação à faixa etária, nota-se que, em sua maioria, são mulheres em idade fértil, uma vez que, conforme os relatos, a grande

maioria procura os serviços de saúde em razão da gestação. E, por sua vez, continuam a buscar os serviços para cuidados com o recém-nascido, com as crianças e, como consequência, para o cuidado familiar. Parece ser um traço característico recorrente dessas mulheres, estão constantemente buscando atendimento não para garantir o seu acesso à saúde, mas sim com a finalidade de garantir a saúde de seus filhos, de sua família.

A questão de gênero é um elemento em evidência na narrativa dos entrevistados, é notória que a condição de mulher tanto nas relações familiares, quanto nas relações sociais, leva a um determinado papel que se repete em suas experiências, independentemente de suas nacionalidades. É importante destacar a essencialidade de ressaltar as desigualdades entre mulheres e homens nos estudos sociais. No caso em questão, é fator de atenção o repetido papel das mulheres de garantir o cuidado e a saúde de suas famílias. E não apenas garantir o acesso à saúde aos seus familiares, mas chama ainda mais atenção o fato de restarem esquecidas durante esse processo. Diante disso, entende-se que tratar de gênero não diz respeito apenas às diferenças entre mulheres e homens, mas principalmente às relações de desigualdade experienciadas na sociedade (PERREÑAS, 2009).

Os elementos de vulnerabilidade se entrelaçam no perfil das mulheres imigrantes acolhidas na Unidade Básica de Saúde, tais como ser imigrante, mulher e viver em condições precárias de moradia e trabalho, demonstram a necessidade de estabelecer um olhar atento às suas condições e particularidades que, em certa instância, acabam por se diferenciar das também evidentes vulnerabilidades das mulheres brasileiras atendidas pelas mesmas equipes. Ainda, existem outros fatores nas condições sociais, culturais, relacionais e, inclusive, na própria subjetividade tanto dos profissionais de saúde, quanto das mulheres imigrantes, que facilitam ou dificultam o pleno acesso à saúde.

#### **4.4 Acesso à saúde: fatores impeditivos e facilitadores**

Nas seções anteriores, foram apresentados e discutidos elementos basilares para a compreensão de fatores impeditivos e facilitadores do acesso à saúde das mulheres imigrantes na Unidade Básica de Saúde em questão. As condições estruturais da UBS, físicas e organizacionais, permitem visualizar a partir de quais circunstâncias os profissionais de saúde realizam os atendimentos. Por outro lado, desenham o espaço onde essas mulheres serão atendidas, seja o espaço físico propriamente dito, seja o espaço humano, proporcionado pela

própria equipe. Somado a isso, o perfil das mulheres, delineado pela narrativa dos entrevistados, possibilita entender qual é a bagagem trazida por elas quando chegam às portas da Unidade. Ter consciência desses elementos é fundamental para que seja realizada uma análise empática das narrativas dos profissionais, no que diz respeito aos seus próprios enfrentamentos e suas percepções acerca das possíveis barreiras confrontadas pelas mulheres imigrantes.

Alguns elementos foram postos em evidência pelos entrevistados como influenciando o acesso e os atendimentos a saúde, foram eles: 1) dificuldade de compreender o funcionamento do Sistema Único de Saúde; 2) barreiras linguísticas e culturais; 3) fragilidades no processo de construção da relação de confiança; 4) precariedades nas condições de trabalho na UBS e; 5) falta de orientações e diretrizes. A complexidade que forma o entrelaçamento desses elementos, somados a outros fatores sociais, é exposto pela Assistente Social:

Tem algumas barreiras desse acesso, por exemplo, a compreensão não só do idioma, mesmo aquelas que falam pouco de português, mas a compreensão desses sistemas de política pública, então assim, compreender como é a política pública de saúde, como ela é organizada né. A gente fala de níveis de atenção é, para elas, é complexo; compreender como é o sistema de transferência de renda no Brasil, quais são os critérios; compreender a legislação trabalhista “como assim, eu tenho direito à licença maternidade remunerada? Eu não posso receber menos de um salário mínimo?” (Assistente Social, 12/04/2022).

Estabelecer-se na sociedade brasileira é um processo com profundas nuances que ultrapassam a comunicação superficial, isto é, apenas aprender a língua. A comunicação e o pertencimento dependem de outros entendimentos e fatores integrativos que perpassam as relações sociais e as relações com o próprio Estado.

Então eu acho que o adicional da vulnerabilidade delas está aí também, nessa compreensão de mundo e não adianta muito a gente pensar que vai vencer a barreira do idioma, porque eu acredito que com o tempo elas vencerão, só que tem uma barreira de lógica de política pública (Assistente Social, 12/04/2022).

Entende-se necessário ressaltar a complexidade desse processo, todavia, neste estudo, ater-se-á aos elementos, acima descritos, que atingem o acesso (ou não) à saúde, narrados pelos entrevistados.

Há, evidentemente, condições facilitadoras do acesso e da garantia do direito à saúde, também reveladas pelas narrativas. A disponibilidade dos profissionais de saúde para utilizar estratégias que atenuem esses obstáculos, pode ser considerado um fator facilitador para o acesso à saúde. Somado a isso, o senso de cooperatividade, comunidade e solidariedade entre as próprias mulheres, também garantem um acesso facilitado.

#### 4.4.1 Compreensão do Sistema Único de Saúde

É sabido que o sistema de saúde pública brasileiro difere dos modelos presentes em outros países ao redor do globo, nesse sentido, é possível que quando o indivíduo migre para o Brasil, ele apresente dificuldades em compreender o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diante disso, o não acesso a informações que esclareçam onde deve ser buscado o atendimento para determinada demanda, pode fazer com que aquele que o necessite, nem chegue a alcançar as portas de entrada seja da Unidade Básica de Saúde (UBS), seja da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ou até mesmo dos hospitais. Essa é uma preocupação dos próprios profissionais de saúde: *“acho que é o principal, elas entenderem que aqui elas podem buscar para gravidez, ou uma UPA para algo de urgência...”* (Médica 2, 12/05/2022). Ainda, sobre esse tema,

É conhecer os dispositivos, como funciona o SUS, o que que elas têm direito aqui dentro. É... o sistema, se a gente for falar do Haiti em específico, se a gente for falar do sistema público de saúde, é muito diferente, então...até eles compreenderem o que é o SUS e o que pode ser feito em uma UBS, acho que é uma grande barreira porque aí eles nem procuram. (...) É de não entender para o que que é a UBS, “eu vou lá pra quê?” “eu preciso fazer o pré-natal ou não?”. Essa forma de cuidado é muito cultural, então para eles é difícil compreender o que é UBS, o que é UPA, o que é hospital. Acontece muito de eles irem direto para o hospital, porque é a primeira referência de saúde, então essa forma de organização de saúde da família em UBS é muito diferente para quem é de fora né. Então acho que essa é uma primeira barreira importante porque eles nem procuram o serviço né. Aqui deveria ser a porta de entrada para organizar a rede de cuidado para essas pessoas, então se elas nem chegam aqui, elas vão direto para o hospital, elas não vão ser inseridas numa rede de cuidado (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Entende-se, por conseguinte, que ter compreensão do funcionamento e da estruturação do sistema é condição anterior ao acesso, em outras palavras, seria pré-requisito para que o indivíduo seja capaz de, pelo menos, saber onde buscar atendimento. Os relatos dos profissionais de saúde entrevistados revelam que esta é uma dificuldade apresentada pelas mulheres imigrantes atendidas, sendo possível que, em última instância, torne-se um efetivo fator impeditivo do pleno acesso à saúde. À vista disso, destaca o entrevistado:

Elas têm dificuldade de entender sim né, porque às vezes elas falam “eu fui em tal lugar e me disseram que era em outro local, chego lá, não souberam me explicar”. Então como ela não tem o conhecimento, ela fica sendo empurrada de um lado “pro” outro, né? Até chegar no local que é o destino que ela tem que ser...no caso, a sala de vacina, né? Mas elas têm essa dificuldade sim, às vezes elas relatam essa dificuldade de entender como funciona o sistema de saúde nosso, aqui (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022).

De acordo com os entrevistados, a compreensão do sistema não é complexa apenas aos imigrantes, mas pode ser aos próprios brasileiros: *“muitas vezes eles não conhecem o*

*funcionamento do SUS, que é inacessível para brasileiros também, compreender os dispositivos, as funções”* (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022). A partir dessa fala, é interessante refletir acerca desse movimento de busca nos diferentes espaços que oferecem serviços de saúde, questiona-se quantas mulheres acabam ficando pelo caminho, vencidas pelo cansaço, depois de tantos “nãos” e informações desencontradas. Nesse sentido, reflete a Assistente Social: *“na minha perspectiva, elas vão aceitar o primeiro não, vão voltar depois...e o brasileiro não, ainda bem né, algumas pessoas que a gente atende vão lá na ouvidoria”* (12/04/2022). Sobre o assunto, revela a Médica entrevistada: *“A sensação que eu tenho é que elas não vêm mesmo. Não sei quais são as barreiras que encontram no meio do caminho, eu acho que têm pouco acesso, então vêm menos do que precisa né?”* (Médica 1, 12/05/2022). A desistência pode ser um não acontecimento que revela a não concretização do direito à saúde antes mesmo de serem dados seus passos iniciais.

E quando chega aqui pra gente, tentou um serviço e não conseguiu, chegou pra cá, manda para a defensoria e vai... o imigrante não tem essa dinâmica, ele vai aceitar o não, provavelmente. Eu acho que é tanta porta na cara, até chegar aqui no Brasil né, que é mais uma porta na cara. Ai tem o aspecto cultural também, de não achar que é um direito, de achar que é um favor, de achar que atende aqui porque a pessoa é legal, tal (Assistente Social, 12/04/2022).

Diante do exposto e da narrativa dos entrevistados, a dificuldade de assimilar o funcionamento do Sistema Único de Saúde parece ser um fator impeditivo especialmente no primeiro acesso. Somado a isso, saber quais são as documentações e outras condições prévias necessárias para que seja viável e facilitado o acesso ao sistema. Essas noções dependem, evidentemente, de outras instâncias dos serviços e das políticas públicas, esse processo é bastante facilitado quando há auxílio de organizações da própria sociedade civil. Assim, afirma o Agente Comunitário de Saúde:

A dificuldade inicial é conseguir esse primeiro acesso, porque muitos às vezes não têm CPF, não têm a documentação certa para a gente conseguir fazer o cartão do SUS, é isso. Mas quando eles conseguem se organizar quanto a isso, normalmente é bem tranquilo (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022).

É fator de atenção a declaração de que também não é simples a compreensão dos serviços pelos próprios brasileiros, mesmo sem a barreira idiomática, logo, é possível dizer que as informações parecem ser escassas ou pouco disseminadas para a população em geral. A título de ilustração, exemplifica a Enfermeira:

A gente tem a barreira de acesso de modelo de saúde, entendeu? A gente tem barreiras de acesso porque o GDF é ruim em saúde pública, né? E essa barreira de acesso existe, para várias especialidades...para várias coisas. Quando a gente tem, por exemplo, é...

quando a vacina era agendada, a gente teve uma barreira de acesso gigantesca, mas foi para todo mundo. Era porque não sabia mexer no computador, não tinha acesso à internet, né? Então essas barreiras de acesso aconteceram e acontecem, vão acontecer, mas não é porque são imigrantes (Enfermeira 2, 12/05/2022).

Se não é fácil compreender o sistema, seja de saúde pública, seja de qualquer política pública, e se o próprio acesso é dificultado não só por essa falta de orientação, mas também pelos próprios déficits estruturais, questiona-se em qual medida outros elementos, como os linguísticos e culturais, podem intensificar essas fragilidades e passarem a estabelecer empecilhos ainda mais intensos aos imigrantes, em especial às mulheres imigrantes que apresentam o somatório de tantas outras vulnerabilidades, aqui já evidenciadas.

#### 4.4.2 Idioma e Cultura

De acordo com Ramos (2012), é recorrente nos estudos que interligam saúde e migração, o relato de profissionais queixosos das dificuldades em estabelecer uma comunicação intercultural com os pacientes, seja por serem provenientes de outras culturas, seja por pertencerem a minorias étnicas. Outros trabalhos que relacionam as duas áreas também, em maior ou menor medida, pincelam ou adentram a discussão às limitações que a barreira idiomática e cultural representa na interação entre profissionais de saúde e imigrantes que buscam pelos serviços de atenção à saúde<sup>21</sup>. A dificuldade de comunicação em razão das diferenças idiomáticas foi elemento de constante destaque nas narrativas dos profissionais. Esta pode ser compreendida como um fator impeditivo que afeta não só as mulheres imigrantes que buscam atendimento, mas também os profissionais de saúde que ficam impedidos de realizar seu trabalho por falta de compreensão linguística. A comunicação como condição essencialmente relacional é tão elementar na busca por cuidado de saúde e na realização dos serviços, que a sua falta parece ser uma barreira rígida, que mesmo havendo esforço do interlocutor e do receptor, ela pode falhar, ser deturpada, ou simplesmente não se realizar.

Acho que a maior dificuldade, diante dessa não compreensão, ter uma língua em comum, não conseguir traduzir, é... eles não sabem o que fazer. Eles ficam muito vulneráveis, a gente pode falar das mesmas questões da tradução, mas do lado dos profissionais agora, porque botar eles em um lugar de não saber muito importante ali, é muito frustrante para eles. Por que o que eles fazem com alguém que tá te olhando e você não consegue se comunicar? (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

E a questão da linguagem também, isso dificulta elas, porque a língua é diferente então tem dificuldade de se pronunciar e de ser entendido também. (...) [Vocês profissionais sentem alguma dificuldade?] Geralmente na língua né? De conseguir se expressar com

---

<sup>21</sup> ROCHA, CUNHA, MOYSÉS, 2020; MARKKULA, et al., 2018; MARTES, FALEIROS, 2013; GRANADA, et al., 2017; ARRUDA-BARBOSA, SALES, TORRES, 2020; SANTOS, MEDEIROS, 2020.

elas, é... na forma da língua porque a gente às vezes não consegue entender o que estão falando. (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022)

A angústia pela não comunicação, pela não compreensão, traduz-se na narrativa dos profissionais entrevistados, o relato repetitivo demonstra a gravidade da barreira idiomática, em qualquer nível de atenção à saúde. É evidente, nos relatos, o desconforto gerado por esse rígido impeditivo para o relacionamento entre eles e as usuárias.

E aí naquela consulta eu a conheci, é difícil manter um contato, eu tentava falar olhando pra ela, para transmitir minhas impressões, alguma coisa assim, mas é bem difícil. Mas essa barreira linguística... “eu acho que ela não tá entendendo absolutamente nada” (...). E aí eu depois de um tempo, pulou acho que uma consulta, eu super preocupado, consegui fazer uma consulta só com ela e com a tradutora que era a estudante de enfermagem da UnB. Foi uma experiência incrível, assim, eu procurava... acho que consegui estabelecer um vínculo, procurava falar olhando pra ela, né? Tentava até comunicar diretamente com alguns gestos para passar o que eu “to” querendo falar, porque dá um pouco de agonia você olhar para a tradutora, aí você fala a frase, aí espera... Tinha coisa que eu tentava falar direto para ela no gesto (Médico Residente, 12/05/2022)

Esse caso da haitiana que eu falei pra você, ela não fala nada do português e ela veio em algumas consultas aqui sem o marido, que era quem traduzia e aí foi impossível, eu não conseguia, a gente não conseguia conversar. Eu peguei os materiais que eu tinha em crioulo, fui tentar usar o tradutor e acho que ela não era letrada também porque ela olhava o material e ficava me olhando, então imagino que ela não saiba ler também. Então aí ficava mais difícil, não tinha como comunicar para ela as questões de saúde que no caso dela eram questões graves, então precisava comunicar como ela ia cuidar da doença que ela tá tendo agora, como isso poderia afetar a gravidez, nada disso foi passado pra ela né. (...) Então não consegui nem ajudar na tradução, é... eles ficaram me olhando “o que a gente faz com essa mulher? Porque a gente não consegue nem mandar ela embora porque ela não tá entendendo que é para ela voltar com um tradutor”, então assim, é uma equipe toda se olhando se perguntando “o que a gente faz com essa mulher?” (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Eu acho que a linguagem é o que mais dificulta mesmo, tem vezes que a gente quase não se compreende. Se compreende o mínimo, o básico, então acho que talvez essa seja uma barreira de acesso importante, né? Acho que eles pensam na dificuldade que vai ser chegar aqui, explicar o que tá sentindo, pra depois entender o que vai fazer...então é bem difícil mesmo (Médica 1, 12/05/2022).

Eles vêm pouco porque a dificuldade deles é a questão da fala, eles [haitianos] falam francês né? Eu não entendo nada (Agente Comunitária de Saúde, 27/04/2022).

Nota-se que, assim como nos demais relatos apresentados neste estudo, há elementos que se consolidam como chave na relação entre os profissionais de saúde e as mulheres imigrantes. A criticidade da barreira não só idiomática, mas essencialmente comunicacional, uma vez que esta se estabelece para além da língua, é também composta por elementos socioculturais, constituidores de um conjunto de elementos verbais e não-verbais transmitidos no processo de interlocução (SILVA, 2002). Diante disso, defende a Residente de Gestão em Políticas Públicas (13/04/2022) que *“as perguntas, as técnicas, as orientações, precisam estar*

*adaptadas e aí ele precisa entender, estar disponível para pensar em outras formas de se comunicar*". A tentativa, por exemplo, do médico de se comunicar por meio de mímica: *"tentava até comunicar diretamente com alguns gestos para passar o que eu "to" querendo falar (...), algumas coisas eu até conseguia ali no improviso"* (Médico Residente, 12/05/2022), demonstra, nitidamente, a disponibilidade do profissional de tentar suprir essas barreiras. Todavia, ressalta-se que as diferenças culturais podem, em algumas situações, ser tão relevantes que até mesmo os gestos podem ser interpretados de uma forma ou de outra, a depender do receptor.

A Professora Maria Júlia Paes da Silva (2002), destaca a importância desses elementos no processo de comunicabilidade entre paciente e profissional de saúde, de início, a autora divide a comunicação em duas partes, a primeira compreenderia o conteúdo, o fato e a informação que o indivíduo quer transmitir. A segunda parte comporta a parte interna, subjetiva do interlocutor, isto é, os sentimentos presentes no momento da troca de mensagens com o outro. De acordo com Silva, o conteúdo presente na primeira parte do processo comunicacional, é fruto de um conjunto de referências culturais do profissional de saúde, o que englobaria, portanto, seu arcabouço sociocultural somado aos conhecimentos técnicos exigidos pela própria prática laboral. Por outro lado, no contexto em questão, a paciente, na tentativa de transmitir sua mensagem, apresentará um conteúdo com elementos essencialmente diversos dos de seu interlocutor. Essas divergências podem criar um distanciamento maior entre imigrante e profissional de saúde, do que o seria caso ambos fossem da mesma nacionalidade, pois os elementos socioculturais convergiam, em certa medida<sup>22</sup>. Dessa forma, entende-se que a bagagem trazida pelos interlocutores afeta o conteúdo presente em sua comunicação, logo, pode ser que esse, assim como o fato e a informação, não sejam transmitidos de forma eficiente.

Nesse sentido, a narrativa dos profissionais de saúde revela uma preocupação com as barreiras culturais na própria realização do atendimento técnico: *"O exame físico, eu fiquei um pouco, é... não é com receio a palavra, eu fiquei assim: "será que a cultura dela...será que eu posso fazer uma consulta como eu faço com qualquer outra paciente?"* (Médico Residente, 12/05/2022). Em soma, reforça a Enfermeira:

Se eu entendo mais sobre qual é o conjunto de valores culturais, éticos, ... dessa população, no país deles, eu acho que ajuda no meu atendimento, entende? Agora, eu não vou começar a pesquisar sobre a cultura haitiana, não sei nem como é que eu faço

---

<sup>22</sup> Há consciência das possíveis desigualdades nos capitais (BOURDIEU, 2008) dos indivíduos que estabelecem essa relação. A afirmação, no entanto, busca evidenciar que, por mais que existam tais divergências, as comunicabilidades socioculturais entre brasileiros serão, muito provavelmente, mais presentes do que aquelas traçadas entre, por exemplo, um/a enfermeira/o brasileira/o e uma mulher imigrante.

isso, sabe? Mas se isso me fosse falado, me fosse elucidado... (Enfermeira 2, 12/05/2022).

Conforme narrado nas entrevistas, percebe-se que a não efetividade do processo comunicacional, idiomático e cultural, cria empecilhos à compreensão do tratamento e até mesmo à sua efetiva realização:

Elas (haitianas) têm muitos filhos, tipo assim, um muito próximo do outro e têm uma resistência ao planejamento familiar, a métodos de barreira como a laqueadura, por exemplo. Às vezes ela tem indicação para fazer a laqueadura, mas não faz. Às vezes alega que é porque o marido não quer, enfim, eu percebo isso: elas têm muitos filhos e uma certa resistência a alguns métodos contraceptivos (Técnica de Enfermagem, 27/04/2022).

Agora, é um comportamento muito passivo, sabe? Pelo menos dessas famílias haitianas, não tem nenhuma contestação.

Não tem, não pergunta, não tem dúvida. (...) Ela tá falando do atendimento passivo da seguinte maneira, você chega pra mim e fala “ele está com dor de cabeça”, aí você fala “tá tudo bem?”, faz as perguntas, aí pega o remédio e tchau.

Não tem nenhuma: “ah como é que eu faço isso e isso?”. Parece que eles compreendem tudo e já saem.

Até para a gente aprender porque, por exemplo, tem paciente brasileiro que fala assim “e se eu der banho? Para a febre. Posso dar banho?”, entendeu? Porque aí ele poderia trazer outra informação. (Enfermeiras, 12/05/2022)

A partir do relato apresentado pelo diálogo das enfermeiras, reflete-se em que instância o paciente que não consegue se expressar com efetividade e nem é capaz de compreender com plenitude os questionamentos do profissional de saúde, consegue esclarecer possíveis dúvidas. Ou, de forma ainda mais complexa, como é possível formular perguntas e, antes, desenvolver dúvidas se, em primeiro lugar, a informação que poderia ser a eventual causadora de dúvidas não chegou ao receptor da mensagem.

As dificuldades apresentadas pelas narrativas dos profissionais revelam um profundo déficit relacional com as mulheres imigrantes que buscam atendimento na Unidade Básica de Saúde, tais barreiras são apresentadas de forma mais ou menos intensa a depender do entrevistado. Independente da intensidade em que são relatados, são empecilhos provenientes de aspectos que se desenvolvem a partir de fatores culturais e idiomáticos presentes na construção de ambos os interlocutores. As condições internas e estruturais dos indivíduos que constroem essa relação, não são, no entanto, barreiras comunicacionais que podem ser superadas ou, ao menos, amenizadas. Ainda conforme as lições de Silva (2002), é destacada a importância de conhecer o outro, no caso, o paciente, para que a transmissão da informação e do conteúdo apresente maiores chances de sucesso. Assim, afirma a autora que quanto mais

consciência houver acerca da paciente, maiores são as chances não só de transmitir a mensagem, mas também de construir um processo de aproximação com ela. Diante disso, é relevante apresentar o mecanismo desenvolvido por esta profissional de saúde:

Se eu não faço a mínima ideia...eu não faço a mínima ideia como é lá. Às vezes eu pergunto, mas assim, não vem a resposta à contento, entende? Então... eu sempre pergunto “e aí? Me diz qual é a música que você gosta de escutar? Vamos colocar aqui no *YouTube* para eu ver que música você escuta” “o que que você gosta?” “ah eu gosto disso”, aí eu fico escutando junto com eles um pouquinho na sala mesmo e bota no celular... Aí eu “e isso aqui no Brasil, seria mais parecido com o que?”, aí né? Geralmente aqueles funks, aquelas coisas. Então para você tentar ter essa aproximação cultural, é isso, se eu compreendesse como eles funcionam, seria mais interessante. Por que eles vêm para cá? (Enfermeira 2, 12/05/2022)

Os mecanismos utilizados pelos profissionais de saúde na tentativa de estabelecer um contato, uma comunicação ou até mesmo uma relação com as mulheres imigrantes atendidas, seja por meio do uso de ferramentas de tradução, de mímicas, ou até mesmo na busca por melhor compreender aspectos culturais, podem ser compreendidos como fatores facilitadores para o acesso à saúde dessas mulheres. Assim, afirma a Agente Comunitária de Saúde (13/04/2022): *“normalmente, quando elas chegam para nós, elas têm uma certa dificuldade no idioma, mas nós sempre damos um jeitinho e ela sempre sai atendida”*.

Outro elemento bastante destacado pelos entrevistados como fator facilitador, é o tempo, ele age a favor da realização do direito à saúde das mulheres imigrantes, seu prolongamento permite assimilar elementos culturais e sociais próprios das relações interpessoais, de modo que é possível dizer que sua compreensão depende do contínuo de experiências acumuladas. Nesse sentido, revelam os profissionais que o tempo em que as mulheres imigrantes estão no Brasil, pode ser diretamente proporcional à maior facilidade de estabelecer uma comunicação, pois as barreiras idiomáticas e culturais já foram, pelo menos, atenuadas. O Médico Residente (12/05/2022) relata *“eu atendi uma família de venezuelanos, na verdade, eu atendi o casal, a mulher e os filhos também, tinha uma menina e um menino. Eles já estavam há um tempo aqui, então a gente não teve tanta dificuldade da barreira do idioma, né? Dava para ter uma boa comunicação”*. Na mesma lógica, afirma o Agente Comunitário de Saúde (13/04/2022), que *“existe a dificuldade com a adaptação, deles conhecerem a região...eles ficam meio receosos de procurar o serviço de saúde e levar um não na cara, essas são as maiores dificuldades. Mas conforme eles vão se tornando, é... conhecedor do local, fica tudo tranquilo, né?”*. Em soma, confirma, de forma semelhante, a Agente Comunitária de Saúde (13/04/2022): *“mas é só no primeiro encontro, porque depois a gente vai se tornando conhecido e fica mais fácil, já entende, né?”*.

Além disso, o tempo de estada e as relações anteriores ao processo migratório permitem que essas mulheres construam laços comunitários, o que pode ser interpretado como fator facilitador ao acesso à saúde.

Eu vejo nelas uma sororidade, então uma mulher haitiana, quando ela descobre uma informação, ela não guarda só para ela, ela passa para as outras e elas trazem as outras, e quando uma não sabe falar o português básico, chama a outra que sabe né, elas se apoiam e nem sempre elas têm vínculo consanguíneo, então essa questão de uma identidade mesmo. (...) Essa vida comunitária, desse apoio, eu vejo que é um dos maiores capitais que elas têm. (Assistente Social, 12/04/2022).

A narrativa dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde evidencia a condição elementar do idioma e da cultura, entende-se estes como fatores fundamentais à plena comunicação interpessoal entre eles e as mulheres imigrantes que buscam atendimento. É interessante perceber a natureza complementar desses fatores, uma vez que, em primeiro lugar, podem acabar por se estabelecer como condições impeditivas para uma comunicação de sucesso, pois seus interlocutores apresentam bagagens sociais e culturais não incompatíveis, mas dissonantes. Logo, o conteúdo da mensagem que visam transmitir é, já em sua própria raiz, diverso do apresentado pelo receptor. Há, no entanto, a possibilidade de tais dissonâncias serem supridas por esforços de ambos os lados, seja pelo esforço do profissional de saúde de transmitir e compreender as mensagens por meio de mímicas, aproximação cultural ou por meio do uso de ferramentas de tradução, seja pela dedicação do imigrante em assimilar a língua e os elementos socioculturais do país acolhedor. O tempo, neste último processo, é agente colaborador para a sua realização.

Entende-se, com base nas reflexões desenvolvidas a partir dos relatos apresentados, a necessidade, ainda, de apresentação de dois elementos importantes para a plena comunicação entre os interlocutores, e para a aproximação entre o profissional e a mulher que busca atendimento, uma vez que falamos em um contexto de prestação de serviços de saúde com a premissa comunitária da Estratégia Saúde da Família. A aproximação entre o profissional e a mulher imigrante pressupõe que esta tenha confiança naquele, o que, notoriamente, não é algo simples, dadas as condições e os enfrentamentos já vivenciados por elas. Por outro lado, as condições de trabalho dos profissionais de saúde são capazes de sugerir a possível disponibilidade ou não de que façam uso dos já citados ou de tantos outros possíveis mecanismos de comunicação, a fim de se aproximar da usuária dos serviços de saúde.

#### 4.4.3 Confiança

A trajetória das mulheres migrantes, refugiadas e solicitantes de refúgio é, muitas vezes, marcada por diferentes dimensões de violência, tais como violência física, cultural, social, psicológica e sexual, que afetam seus processos de adaptação nos respectivos países de destino (SCHIWINN; COSTA, 2016). As diferentes camadas, portanto, de violência que atingem, direta ou indiretamente, essas mulheres e que podem causar impactos no âmbito psicológico e social, são capazes de desenvolver consequências concretizadas na vida cotidiana. Nesse sentido, é possível dizer que os danos resultantes do processo migratório podem ser identificados como fator impeditivo do acesso à saúde. Dessa forma, a importante relação entre paciente e profissional de saúde, evidenciada no tópico anterior, possivelmente terá que vencer a barreira da confiança, somada às idiomáticas e culturais. Esse cenário é relatado pelos entrevistados, referindo-se não apenas às mulheres, mas aos imigrantes em sua generalidade.

A gente fez reunião de equipe, para ir atrás dela, ir na casa dela, chamar ela...os agentes comunitários não a achavam, e um enfermeiro tinha o telefone do companheiro. E aí ele descobriu que o endereço que deram era errado. Aí acharam o endereço, bateram lá, ela não atendia, com medo. Ela não atendia a porta e nem aparecia, fingia que não tinha ninguém lá, aí foi bem difícil (Médico Residente, 12/05/2022).

Também quando eu fui fazer o cadastro de uma família de Bangladesh, eles ficaram desconfiados logo no começo né, aí eu expliquei bem, mostrei meu crachá, mostrei o cadastro. Aí a dama ligou para o marido dela, não sabia falar português né, pedindo autorização. Ele autorizou (Agente Comunitário de Saúde, 27/04/2022).

Eles são muito assim, desconfiados, não querem dar informação, sabe? Esse mesmo do Haiti, só falou mesmo porque ele estava muito mal de sífilis, né? Mas eles não querem dar informação, porque muitos são ilegais, eles acham que a gente vai denunciar, que não sei o que, mas nada a ver (Agente Comunitária de saúde, 27/04/2022).

Essa barreira, tal qual as demais apontadas neste trabalho, podem ser atenuadas ou até mesmo vencidas por meio do uso de estratégias de aproximação pelo próprio profissional de saúde, como o cuidado na identificação e no esclarecimento realizado pelo Agente Comunitário de Saúde. No mesmo sentido, a aproximação respeitosa e esclarecida pode ser uma forma de apresentar à paciente que ela está em um ambiente seguro, onde é possível confiar naqueles que realizam o atendimento. A exemplo, relata o Médico Residente (12/05/2022), seu mecanismo de aproximação com a paciente: *“eu tentei, com cuidado, eu explicava, pedia para ela (tradutora) ir explicando tudo que eu ia fazer antes de fazer, “ó, vou escutar com esse aparelho aqui, seu coração, vou medir, ...”, na hora do batimento botei ela para ouvir o bebezinho”*. Parece estar no detalhe da aproximação a chave para a construção de uma relação

de confiança, essa dedicação, no entanto, exige disponibilidade do profissional de saúde, o que nem sempre é possível, dadas suas condições de trabalho.

#### **4.4.4 Condições de trabalho dos profissionais de saúde da UBS**

São de conhecimento geral as difíceis condições fornecidas pelo Estado aos profissionais de saúde para a realização de seus serviços, em outras palavras, o cenário precário em que se desenvolve o sistema de saúde pública. Os entrevistados narram as dificuldades enfrentadas pela equipe cotidianamente, a exemplo, os relatos da Assistente Social descrevem esse cenário:

Acho que a dificuldade dos profissionais, que nós enfrentamos aqui, é dentro da dificuldade também geral, que é a sobrecarga, a elevada demanda. Se antes dentro do sistema...porque a gente tem um sistema que é referência para um número X de famílias, eu não vou lembrar agora por equipe quantas famílias são, tá? Mas aí é, vamos supor que há 10 anos foi feito esse cálculo e há 10 anos a gente tem 10 equipes como se a comunidade não tivesse mudado, não tivesse crescido. Isso assim, é uma estimativa, eu não consigo precisar se são 10 anos, mas há muito tempo a gente tem isso, então a demanda aumenta, o serviço continua do mesmo jeito, com o mesmo número de profissionais, com o mesmo tamanho, a mesma capacidade de atendimento (Assistente Social, 12/04/2022).

E a estrutura física da Unidade dificilmente comporta consultório para todo mundo, a gente faz malabarismo aqui. Então aqui realmente precisaria de uma outra unidade, nessa região. Tanto por estrutura física, como necessidade mesmo de número de habitantes (Médico Residente, 12/05/2022).

E você vê que a gente em uma sala que não tem janela, que a porta é de correr e que para ventilar, normalmente a gente tem que abrir e é uma sala improvisada, que era um depósito e viola os parâmetros de questões éticas e técnicas de trabalho. E a gente atende não porque nós somos violadores de normas técnicas, de códigos de ética, muito pelo contrário, nós queríamos que fosse respeitado, mas a gente atende porque se eu não atender nessa sala, eu vou ter que deixar a pessoa esperando muito tempo até que outra sala fique vaga, se ela ficar vaga. Então as condições materiais são péssimas, isso dificulta o atendimento, as filas para serviços de maior complexidade é... cirurgias, consultas especializadas também costumam demorar, os serviços. A gente não trabalha na saúde e em nenhuma outra política sozinho, então os serviços da rede intersetorial, eles enfrentam suas dificuldades (Assistente Social, 12/04/2022).

Nesse sentido, as faltas presentes no cotidiano da Unidade Básica de Saúde em questão, podem acabar por impedir que, em condições de cansaço, saturamento e esgotamento, os profissionais de saúde tenham disponibilidade para refletir e desenvolver atendimentos que sejam efetivamente acolhedores às mulheres imigrantes.

E aí assim, contexto de serviço de saúde é de profissionais muito sobrecarregados, então ninguém tá disponível a pensar de forma criativa um atendimento, sabe? E aqui acho que ainda tem pessoas muito disponíveis, uns não, outros estão mais disponíveis. (...) Só que é isso, você acha a equipe sobrecarregada, que não tem capacitação, não tem estrutura física, essa UBS como um todo, a estrutura dela é muito precária. (...) Eu acho que junto com isso, tem a questão que eu já tinha comentado da sobrecarga

dos profissionais, porque vai exigir deles estar disponível, escutar o outro, como o outro entende o que é cuidado, ... (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Então hoje eu sinalizaria de dentro né, para atender essas mulheres, é... essa ausência de retaguarda, as dificuldades éticas e técnicas para o atendimento, a sobrecarga porque eu muitas vezes atendo né, eu sou a única especialista em serviço social da unidade de saúde, eu atendo, mas sem conseguir acompanhar, então isso compromete a qualidade do serviço (Assistente Social, 12/04/2022).

O déficit de profissionais suficientes para atender à demanda populacional da Região Administrativa, somada à limitada estrutura física da UBS, demonstra um cenário que não incentiva o profissional a refletir acerca das particularidades de seus pacientes, de modo que estabelecer ferramentas de aproximação, tais quais as narradas pelos próprios entrevistados, pode não ser viável a todos aqueles que realizam os acolhimentos ou atendimentos. Diante disso, estende-se, ainda mais, a barreira comunicacional entre o profissional e as mulheres imigrantes, refletindo, portanto, em mais um fator impeditivo de acesso à saúde.

#### **4.4.5 Orientações e Diretrizes**

Na seção anterior, ficou evidenciada a importância de conhecer e saber como lidar com as pessoas que buscam a atenção à sua saúde, para que seja possível estabelecer uma comunicação plena e efetiva, capaz de aproximar profissional de saúde e paciente, capaz de criar relações de confiança. No entanto, importa ressaltar que além do esforço pessoal daqueles que atuam na linha de frente, é essencial a atuação do Estado na orientação do profissional de saúde. As barreiras de conteúdo, isto é, especialmente as socioculturais, podem ser ao menos atenuadas por meio do fornecimento de orientações e diretrizes ao profissional de saúde. A melhor abordagem e acolhimento dependem da consciência de quem é o público atendido, quais são suas especificidades e como lidar com elas. No contexto brasileiro, conforme já explorado na seção de normas, políticas e diretrizes, o Ministério da Saúde desenvolve políticas de atenção à saúde de determinados grupos considerados vulneráveis, quais sejam as mulheres, a população negra e as crianças, por exemplo. Todavia, na pesquisa realizada acerca de tais orientações estratégicas, não foram identificadas normativas e políticas elaboradas em atenção à saúde do imigrante, ou mais precisamente, à saúde das mulheres imigrantes.

A ausência dessas informações, orientações, protocolos e diretrizes é evidenciada no âmbito do Ministério da Saúde, na formação acadêmica dos profissionais de saúde, e nos processos de educação continuada, por meio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, realidade confirmada pelos entrevistados. Tal falta, portanto, é apresentado em três instâncias essenciais à formação do profissional de saúde. Afirma a Residente de Gestão em Políticas

Públicas (13/04/2022), que *“a equipe ainda não tem muita proximidade com o tema, com as nomenclaturas, o que a gente faz com esses migrantes chegando, é um fluxo novo pra cá”*. No mesmo sentido, quando questionada se havia alguma orientação ou diretriz a ser seguida para o atendimento das mulheres imigrantes, afirma a Agente Comunitária de Saúde (27/04/2022) *“não tem orientação não, a gente faz o que dá”*, da forma similar, o Médico Residente (12/05/2022) relata *“não recebemos, nem conhecido”*. O mesmo entrevistado relata ainda, sobre seu processo de formação: *“na nossa residência, a gente não debateu sobre isso especificamente, eu fiquei sabendo de algumas cartilhas (...), mas até então, eu nem vi essa cartilha”*.

Diante da falta de orientações e diretrizes, conforme as narrativas, os profissionais de saúde decidem, de forma individual, qual é o procedimento mais adequado a ser realizado no atendimento das mulheres imigrantes.

Se eu precisar de, tem alguma coisa que é muito específica, esses caminhos, como não tem uma diretriz ou então política pública, eu vou usar o meu bom senso e eu vou usar por analogia. E isso torna a atenção mais discricionária né, então aí se uma pessoa não tiver bom senso e não tiver conhecimento de outros caminhos, vai dificultar o acesso ao direito. E aí normalmente eu vou fazer a avaliação dela como mulher, usando os parâmetros que eu tenho, tanto teóricos quanto legal para o atendimento a essa mulher e, após isso, eu vou ver as especificidades que ela tem: questão do gênero, a raça, contrato de trabalho precário, cuidadora de domicílio, e aí por aí vai, principal referência, aquela que busca ajuda... (Assistente Social, 12/04/2022).

Não, a gente segue o fluxo de estratégia saúde da família da saúde pública, até porque ela é uma base tanto para nós quanto para eles, os estrangeiros. Porém, a gente observa pontos específicos, é... vamos dizer assim, a questão nutricional, se tiver assim uma questão bem aparente, a gente faz um atendimento pontual e específico para aquela situação. Mas eu não, pelos menos na minha equipe não tem um direcionamento, um protocolo, vamos dizer assim, para tratar o estrangeiro, entendeu? Até porque eu vejo que é uma coisa bem base, é básico do ser humano (Técnica de Enfermagem, 27/04/2022).

Frente aos relatos, questiona-se se a falta de informação e orientação institucional, acabaria desaguando em medidas desencontradas entre atores prestadores dos serviços de saúde, de modo a gerar instabilidades no processo de acolhimento e de construção de relação confiança daquela imigrante para com o sistema. Em outras palavras, se por um lado, o profissional acolhe e respeita a cultura na condução do atendimento e o outro, na mesma equipe, não se atenta aos detalhes e acaba incorrendo em procedimentos que podem representar violências para a paciente, como fica a segurança dessa mulher em relação ao próprio sistema? Tais implicações seriam possíveis a nível local. A nível nacional, ou distrital, é também possível que haja mudança de domicílio da imigrante, o que levaria ao atendimento em outra Unidade Básica de Saúde, onde não se sabe se há diretrizes internas acerca do tema, mas há evidência

da inexistência de uma política geral. Assim, é possível que na busca de atendimento em outra Unidade haja a repetição de cenários de incompreensão e possíveis violências institucionais. Esse cenário é passível de ocorrência em qualquer instância de serviço de saúde pública.

É sabido que os serviços de saúde são diversos ao redor do globo, cada Estado adota uma maneira de gerir a saúde, seja ela oferecida de forma pública ou privada, fato é que o acesso à saúde diverge. Ademais, destaca-se que, apesar de a ciência ser fruto de trocas constantes de estudos e informações ao redor do globo, a medicina e os cuidados de saúde, em geral, perpassam os conhecimentos históricos e culturais de cada povo. Assim, é notório que, pelo fato de a ciência não ser única e imóvel, os meios pelos quais é fornecido e realizado o cuidado da saúde em cada sociedade, pode mudar. A falta de informações e orientações direcionadas ao serviço de saúde pública nacional, pode desencadear em barreiras socioculturais que têm como consequência implicações que ultrapassam a relação interpessoal entre profissional de saúde e mulheres imigrantes. É, portanto, um fator impeditivo sistêmico.

A equipe de saúde tem suas orientações a partir do Ministério da Saúde, a partir de linha de cuidado e o que foge disso é não cuidado. Então acontece muito delas lerem a forma que aquela mãe está lidando com aquele bebê como descaso, então “vamos chamar o Conselho Tutelar, essa mãe não tá cuidado desse bebê”. E, muitas vezes, não é isso, é que o cuidado dela é diferente da nossa compreensão de cuidado (...). As haitianas, eu estava pensando muito na bruxaria, porque isso é muito forte, elas dão significado para certas doenças, certas coisas que estão acontecendo com elas, a partir disso. E tem muito uma invalidação do sistema de saúde sobre isso e isso afasta elas, elas não voltam. Elas não sentem respeitadas, ou elas vão receber uma receita de medicamento que para elas não tem nada a ver com o que elas estão passando, então eu acho que o serviço de saúde não tem espaço para falar disso, de outras compreensões de doença, de saúde e de cuidado (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Frente a essas e tantas outras possíveis razões, entende-se essencial o desenvolvimento de uma política de atenção à saúde das mulheres imigrantes, com respeito às suas particularidades sociais, culturais, raciais e de gênero. Diante das mais diversas faltas narradas durante as entrevistas, sugestões e propostas, factíveis ou até esperanças, foram formuladas pelos próprios entrevistados. A voz daqueles que lidam diariamente com o objeto em estudo, deve ser recebida com escuta atenta, pois, muitas vezes, aqueles que vivem o “problema” é que são capazes de dimensionar as condições cabíveis às suas possíveis soluções, ou medidas atenuantes. Além disso, destaca-se que apesar de existir um Nota Técnica apresentada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, seu conhecimento não foi explicitado em nenhuma das entrevistas, o que demonstra a importância de que não só orientações, políticas e diretrizes sejam elaboradas, mas também que sejam divulgadas e incentivadas, de modo a serem efetivamente realizadas.

#### 4.5 Pandemia da Covid-19

Como já explicitado neste trabalho, a pandemia da Covid-19 foi assim declarada pela OMS em março de 2020, crise sanitária a qual causou impactos nos mais diversos âmbitos da vida social, especialmente no funcionamento dos serviços de saúde ao redor do globo. Situação que, como sabido, não foi diferente no Brasil, os serviços de saúde foram impulsionados a se remodelar para atender às novas demandas de saúde pública, em razão da contaminação do vírus. Acerca desse cenário, alguns entrevistados explicitam suas sensações, percepções e experiências vividas nesse período.

Foi horrível. Primeiro porque a gente experienciou momento extremamente tenso, estava explodindo no Brasil inteiro e em Brasília demorou a chegar, então a gente ficou ali na sala do Covid, tudo parado. A gente não atendia as demandas normais de hipertensos, diabéticos, ... a gente ficou um tempo, assim, sem fazer nada e sem atender paciente sintomático também porque eles não tinham chegado aqui no DF ainda. Nossa, foi uma semana assim, angustiante, sabe? Horrível, horrível. E aí quando começou a chegar, foi de uma vez. Eu digo por mim né? Foi muito ruim, foi tudo muito ruim. Muito angustiante porque você vê as pessoas com falta de ar na sua frente e muitas pessoas chegavam aqui morrendo. Teve paciente aqui que a gente transferiu imediatamente (Enfermeira 2, 12/05/2022).

A gente foi se adequando a cada momento, então assim, a demanda aumentava, separava um grupo de profissionais para atender em um local separado... Aí a gente teve que reorganizar as agendas internas, então diminuiu muito o atendimento de pacientes crônicos e outros tipos de atendimento. Então a gente se organizou...ai caiu um pouquinho, a gente voltava a se organizar aqui. Tinha um novo pico, a gente voltava e ficava mais voltado pra vacina, depois que chegou a vacina, a gente ficou mais voltado pra vacina e pro atendimento Covid. Então foi um período que a gente ficou, principalmente o primeiro ano... um ano, um ano e meio, ficou muito voltado para Covid. Ficou bem restrito o restante. Aí recentemente a gente está conseguindo retomar esses outros atendimentos (Médica 1, 12/05/2022).

Anteriormente à realização das entrevistas, havia a impressão de que as barreiras enfrentadas pelas mulheres imigrantes para acessar os serviços de saúde pública, teriam se intensificado em decorrência da crise sanitária. Em outras palavras, tinha-se como hipótese que as dificuldades enfrentadas não só pelas mulheres imigrantes, mas pelos imigrantes em geral, seriam intensificadas em razão da sua condição de migrante, durante a pandemia de Covid-19. A narrativa dos profissionais de saúde, no entanto, revela que não houve alteração nas condições de acesso à saúde em razão de serem imigrantes, uma vez que as dificuldades foram generalizadas, isto é, atingiu similarmente nacionais e não nacionais. Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde (13/04/2022) relata que *“de março de 2020 para cá, todo mundo ficou com as mesmas dificuldades, viu? As dificuldades foram iguais, talvez elas mais pela questão da língua, né? Mas as dificuldades foram praticamente as mesmas”*. Em concordância, a

profissional declara:

A prioridade era a pandemia, e até por ser algo muito desconhecido ainda, então a prioridade era a pandemia, atender os possíveis infectados e evitar que esses que estariam fazendo consultas eletivas, evitar que eles fossem contaminados. Então a gente tentou manter... a Secretaria trouxe essa direção, mantê-los afastados para evitar contaminação, para evitar uma propagação maior da pandemia dentro de um ambiente que é de proteção. [Isso dificultou o acesso à saúde?] Com certeza, não só dos estrangeiros, das mulheres, que é o foco da sua pesquisa, mas da comunidade nacional, brasileira, enfim... (Técnica de Enfermagem, 27/04/2022).

A partir da narrativa dos profissionais, entende-se que a necessidade de adequação do sistema às novas demandas de saúde pública gerou impactos ao acesso à saúde de todos aqueles que buscavam atendimento, sem que, ao menos conforme relatado, houvesse distinção entre quem quer que o fosse. Todavia, é importante ressaltar que as barreiras existentes para além da pandemia continuaram presentes e, talvez, possam ter sido intensificadas nesse período, tal qual destaca a Assistente Social:

Se elas chegavam para pedir informação, aí elas chegam lá na porta e falam “não, a gente tá atendendo só Covid”, bem no ápice da pandemia, “não pode vir aqui porque aqui é área de risco pra pegar Covid, aqui tem pessoas com sintomas” “a equipe da sua área está só atendendo sintomático hoje”. Então isso tudo virou grandes barreiras de acesso e aí para aquelas que já conheciam o serviço, elas conseguiam insistir e chegar por outras portas, mas aquelas que não conheciam...ficariam com o não iriam embora. O brasileiro não vai aceitar o não, o migrante vai (Assistente Social, 12/04/2022).

Os resultados revelados pelos profissionais de saúde demonstram que, na realidade, a reflexão e discussão acerca da atenção à saúde da mulher imigrante deve ser direcionada às condições basilares desse (não) acesso aos serviços de saúde pública. Nota-se que a crise sanitária não gerou novas dificuldades ou empecilhos a essas mulheres, mas, de uma forma ou de outra, intensificaram aquelas já existentes, já presentes.

#### **4.6 Sugestões/Propostas dos profissionais de saúde**

Dentre as sugestões e propostas formuladas pelos profissionais de saúde, o desejo por vencer a barreira idiomática foi latente, diante disso, foi sugerida a atuação de tradutores no processo de atendimento a fim de vencer esse fator impeditivo trabalhado na seção anterior.

Eu acho que um profissional, uma profissional, nesse sentido assim de tradutor, de tá junto, de tá fazendo essa ponte...consegue ajudar bastante a gente. Porque eu entendo também que dificilmente vão conseguir fazer uma capacitação de línguas pra gente, né? Ou para eles, não sei. É difícil fazer uma capacitação porque são várias línguas, várias linguagens, várias formas de se comunicar e vários dialetos...tem até locais, né? Além dos mais comuns...então vai ser muito difícil a gente poder...que os profissionais tenham essa capacitação, né? Mesmo que seja do básico, não sei se seria possível, mas esse profissional tradutor, para estar fazendo essa mediação...eu acho incrível (Médica 1, 12/05/2022).

Eu acho que no lugar da tradução, é a prioridade, sabe? Porque desestabiliza a equipe de eles não sabem mais o que fazer. Acho que o que a gente pensou aqui é de ter muitos materiais traduzidos, então os materiais básicos sobre gestação, HIV/Aids, orientações de vacinas, esse tipo de material para a gente ter traduzidos e imprimir e ter isso aqui, sabe? Na UBS como um todo. Que acho que aproxima até os migrantes de chegar em um lugar e ter algo com a minha língua, algo compreensível. Só que tem muitos migrantes que também não leem, tem essa questão. E aí o que a gente pensou é que tem que ter um tradutor, sabe? E... a gente trabalhava muito lá no Sul com a ideia de “mediador cultural” que é alguém que vai traduzir além da língua só, mas traduzir a cultura mesmo (Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

No mesmo sentido, a capacitação ou a qualificação dos profissionais, em consonância com incentivos (possivelmente financeiros) institucionais, foram também levantadas como possibilidade pelos profissionais entrevistados.

Olha, eu acredito que o governo poderia fazer uma gratificação para os servidores. Capacitar, ou já pegar os que, por exemplo, eu sou formada em português, inglês e libras, então se chegar aí, inglês, ok, eu falo, ajudo (...). Se o governo incentivasse, capacitasse, os servidores para fazer um curso. Capacitar para falar “Oi, bom dia, o que você gostaria? Qual o seu nome? Qual sua idade?”, capacitasse com essas... Igual libras, eu sou capacitada pela Secretaria de Saúde, nesse mesmo esquema, acho que ficaria mais fácil. Ou os que já tem uma outra língua, pegava esses profissionais, deixava como referência e dava um subsídio, sei lá, para incentivar (Agente Comunitária de Saúde, 13/04/2022).

Então o que poderia ser mudado era fazer um levantamento para essa barreira de idioma, né? E contratar com uma certa inteligência em alguns casos, né? Não precisa o processo seletivo mudar todo, mas uma profissional dessa vale ouro, não tem preço. (Médico Residente, 12/05/2022)

Eu acho que a Secretaria poderia pensar nisso, qualificar algumas pessoas ou cada setor ter uma ou duas pessoas que soubessem um pouco de inglês, um pouco de espanhol e um pouco também da linguagem de sinais né (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022).

Em relação ao fator impeditivo de acesso à saúde que se traduz na dificuldade de compreender o funcionamento do Sistema Único de Saúde e até mesmo os demais serviços públicos disponíveis, sugere a Assistente Social (12/04/2022) uma orientação didática às próprias mulheres imigrantes. Além disso, reforça a necessidade de serem desenvolvidas políticas públicas e diretrizes voltadas à atenção à saúde dessas mulheres. Os elementos apresentados pela profissional convergem em uma possibilidade de atenção e acolhimento com sujeitos esclarecidos de ambos os lados, capaz de permitir melhores condições à efetiva realização do direito à saúde.

Eu vejo que para a gente melhorar esse acesso, para além da ampliação dos serviços, a gente tem que incluir a pauta das migrantes e dos migrantes na política de saúde, então assim, quando a gente vai discutir sobre população vulnerável, coloca lá que os migrantes fazem parte desse contexto de vulnerabilidade. Quando a gente vai discutir linha de cuidado, insere a temática da migração como um contexto transversal, dá visibilidade para isso. Porque sem dar visibilidade, sem falar sobre isso, sem incluir isso também nas formações de cadeia continuada né, porque na saúde a gente tem

muito a política de educação permanente, e são esses temas que estão sempre chegando. Sem incluir isso, a gente não... mesmo ampliando o serviço, as pessoas elas podem não ser vistas (...). Acho que no mundo ideal, a gente precisaria ter grupos com essas mulheres explicando o que são as políticas públicas, de uma forma bem, eu diria, Paulo freiriana, uma coisa bem da realidade delas (Assistente Social, 12/04/2022).

Quase como síntese das propostas e reflexões dos demais profissionais, a Técnica de Enfermagem aponta a necessidade de informação, tanto para os profissionais, quanto para os imigrantes que buscam acessar a saúde, como condição à superação dos fatores impeditivos listados nos mais diversos relatos.

Na minha visão, eu acho que é sempre a partir de uma conversa, trazendo consciente para as condições da UBS e aquilo que ela consegue ofertar, deixar isso bem claro pra eles. E a gente buscar, o profissional buscar fazer isso de uma maneira mais centrada, mais calma e não revidar a grosseria, que às vezes é difícil, mas eu acredito muito nesse esclarecimento. Porque eu vejo que a dúvida gera essas consequências, né? Desagradáveis. Não só no estrangeiro, mas até dentro da nossa comunidade mesmo. Então eu acho que é sempre um esclarecimento, informações bem claras. Pra mim isso (Técnica de Enfermagem, 27/04/2022).

As sugestões e propostas apresentadas pelos profissionais de saúde são identificadas como efeito direto dos maiores fatores impeditivos narrados durante as entrevistas, conjugados, no entanto, com os fatores facilitadores para o efetivo acesso à saúde das mulheres imigrantes na Região Administrativa em que se encontra a Unidade Básica de Saúde. A dificuldade de compreensão do Sistema Único de Saúde, as dificuldades comunicacionais, as marcas psicológicas do processo migratório, as condições precárias de realização dos serviços de saúde e a falta de orientações e diretrizes gerais, são barreiras que, apesar de apresentadas separadamente durante este capítulo, apresentam pontos de interseção que revelam o desencadeamento de um em outro e vice-versa. A exemplo, as difíceis condições de trabalho levam a uma sobrecarga dos profissionais que, muitas vezes, é capaz de impedi-los de desenvolver um atendimento adaptado às necessidades das pacientes que poderia atenuar os bloqueios comunicativos entre os interlocutores. Todavia, não seria exigido tamanho esforço discricionário e individual do profissional, caso houvesse uma política de atenção à saúde das mulheres imigrantes, na qual seriam apresentadas informações, orientações, protocolos e diretrizes para o atendimento desse grupo específico.

Destaca-se, por outro lado, os fatores facilitadores que devem ser evidenciados e estimulados, tais como os laços comunitários construídos entre as mulheres imigrantes, a disponibilidade dos profissionais de saúde, o apoio de organizações da sociedade civil fornecendo informações e orientações e o tempo de estada no país acolhedor. Nota-se que as relatadas condições que favorecem o acesso à saúde, podem ser identificadas como atenuantes

dos elementos negativos anteriormente citados. Dessa forma, não são soluções, mas sim processos importantes capazes de contribuir com as possíveis resoluções que concretizem e institucionalizem a atenção cuidadosa e atenta às mulheres imigrantes, que buscam acessar o Sistema Único de Saúde e as demais políticas públicas disponíveis a elas em território brasileiro.

# Capítulo 5

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 1. Saúde, migrações e gênero: um tema em construção

O desenvolvimento deste trabalho teve início com a percepção de que a saúde é elemento fundamental à dignidade humana e ao bem-estar social, pois as primeiras reflexões acerca do assunto estavam totalmente inseridas no contexto pandêmico. Nesse cenário, a preocupação de como estaria sendo realizado o pleno acesso e direito à saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Brasil, deu moldes ao posterior desenvolvimento desta pesquisa. A construção deste trabalho foi realizada, portanto, simultaneamente ao desencadear da pandemia da Covid-19 no Brasil, o que fez com que seus primeiros passos se restringissem a conteúdos passíveis de coleta por meio de pesquisas e buscas em meios eletrônicos. O que, no entanto, não se estabeleceu como regra graças à vacinação, responsável por atenuar os índices de contaminação pelo vírus Sars-Cov-2 e permitir a elaboração da pesquisa de campo, com entrevistas face a face.

As primeiras buscas sobre estudos que relacionassem migração e saúde revelaram uma escassez de trabalhos desenvolvidos nessa área, o que foi recebido com bastante preocupação, pois essa falta representa uma lacuna relevante nos estudos das migrações internacionais. De forma ainda mais específica, quando traçados os elementos gênero, migração e saúde, havia um número ainda menor de trabalhos desenvolvidos na temática. Entende-se problemática a falta de produções acadêmicas referentes à questão, pois se o objeto não está em discussão no ambiente acadêmico, há probabilidade de que em outras instâncias sociais também não haja debate e atenção ao assunto. Essa situação, evidentemente, impossibilita que sejam desenvolvidas políticas, normativas, diretrizes, orientações, protocolos de atenção à saúde do migrante e, mais especificamente, das mulheres imigrantes.

Nesse sentido, destaca-se que neste trabalho não foram encontrados, nos dispositivos legais, quais sejam a Constituição Federal, a Lei Orgânica de Saúde e na Lei de Migração, previsões referentes à atenção à saúde dos migrantes. Em outras resoluções, tais como políticas de atenção à saúde de determinados grupos sociais em situação de vulnerabilidade, também não foram identificadas orientações ou informações voltadas à população de mulheres migrantes. Em relação à população migrante, constatou-se a existência de uma Nota Técnica direcionada às equipes de atenção primária à saúde do DF, que apresenta orientações importantes, mas não

esclarece como devem ser realizadas. Por mais que seja possível adequar as normas e políticas existentes ao atendimento das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas, é evidente que a ausência de algo direcionado a esse grupo gera uma lacuna ao acesso e à garantia do direito à saúde dos imigrantes em geral, e das mulheres, em particular, não só no Distrito Federal, mas no país como um todo.

Neste trabalho, além de demonstrar os elementos normativos que circundam o acesso à saúde das imigrantes, buscou-se, principalmente, verificar quais seriam os fatores que impactam diretamente nesse processo. Na condução das entrevistas com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, optou-se por permitir uma narrativa livre dos entrevistados, dentro das estruturas da entrevista semiestruturadas, o que levou ao desenvolvimento de falas que percorreram diferentes caminhos para, todavia, dar relevância a semelhantes enfrentamentos e preocupações relativos ao efetivo acesso à saúde das mulheres imigrantes, no âmbito da saúde pública. Dessa forma, os resultados apresentados pelas entrevistas, demonstram elementos estruturais e subjetivos que estão constantemente presentes na relação entre o serviço de saúde pública e o atendimento as mulheres imigrantes. Responsáveis, nesse sentido, por causar impactos diretos nas condições de atenção à saúde dessas usuárias do Sistema Único de Saúde, as quais puderam ser delineadas, em certa medida, a partir dos relatos.

Dado o exposto pelos 14 profissionais que se disponibilizaram a participar desse estudo e possibilitaram a construção de conteúdo essencial às reflexões realizadas, é possível dizer que as principais barreiras ao acesso à saúde enfrentadas por esse grupo social, são: a falta de informação, a língua, a cultura, a dificuldade de compreensão sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, e a falta de diretrizes, orientações e protocolos atentos às particularidades dos imigrantes. Frente a essas ausências presentes nas diferentes camadas que formam o cenário de (não) acesso à saúde das mulheres imigrantes, é possível dizer que, no âmbito do Sistema Único de Saúde, apesar de alguns dos seus princípios serem cumpridos, outros acabam por sofrer violações, em razão dessas faltas basilares.

A partir da narrativa dos entrevistados, é plausível dizer que a universalidade de acesso aos serviços de saúde, princípio norteador do sistema de saúde pública brasileiro, é respeitada no acolhimento e atendimento a essas mulheres. É evidente que, apesar das dificuldades de informação e de compreensão da organização do próprio sistema, elas chegam, na maioria das vezes, às portas do serviço e são acolhidas. Não houve nenhum relato que revelasse o não atendimento de alguma mulher em razão da sua condição de migrante, mesmo com as barreiras e dificuldades presentes. Há, na realidade, enraizada a ideia de que *“já estando no nosso país,*

*elas precisam ser acolhidas tanto pelo SUS quanto pelos outros órgãos do país” (Agente Comunitária de Saúde, 13/04/2022), em complemento destaca outro entrevistado: “Acolher bem, né? A palavra certa quando chega na Unidade, é acolher” (Agente Comunitário de Saúde, 13/04/2022).*

Apesar de a universalidade ser garantida, isto é, elas chegam ao serviço e são atendidas, a ausência de informação e orientação de como devem ser dada a atenção a essas mulheres, em relação especialmente às suas particularidades socioculturais, esbarra no desrespeito ao princípio que prevê a igualdade de assistência à saúde. Compreende-se a igualdade de assistência no sentido de que todos terão iguais condições de receber acolhimento, atendimento e tratamento, sem que haja, como prevê a própria lei, privilégios de qualquer espécie. A igualdade, nessa perspectiva, depende do anterior respeito à equidade. Assim, não é concebível que o mesmo protocolo seja seguido para a assistência de indivíduos que apresentam desiguais estruturas socioculturais, linguísticas e de gênero, e ainda garantir que a esses usuários seja oportunizada igual assistência. Em outras palavras, como é possível que o mesmo atendimento chegue da mesma forma percorrendo caminhos tão diversos na subjetividade sociocultural daquele que o recebe? Nesse sentido, entende-se que a não atenção institucional às particularidades das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas, pode ser um potencial violador do princípio da igualdade de assistência, uma vez não observada a equidade necessária para sua recepção. Compreender o perfil do usuário é elemento essencial ao cuidado dotado de equidade.

Ademais, a dificuldade de obter informação e instrução capaz de esclarecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde, pode ser um demonstrativo da fragilização do princípio que prevê a “divulgação de informações quanto ao potencial de serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”, inciso VI, do artigo 7º da Lei Orgânica de Saúde. Esses elementos que, em suma, referem-se à falta de informação tanto aos profissionais de saúde quanto às usuárias são também capazes de afetar a integralidade de assistência, que preconiza a atenção à saúde do indivíduo em todos os níveis do sistema de saúde pública, conforme previsto na lei. Ainda sobre os princípios do SUS, as próprias condições estruturais impedem que o princípio da participação da comunidade se realize com plenitude, uma vez que a carência de um número proporcional de profissionais, especialmente de Agentes Comunitários de Saúde, não permite que a integralização de toda a comunidade seja feita ao sistema. Como consequência, enfraquece-se as condições de participação da comunidade. Essa situação, conforme apresentado nos relatos dos profissionais de saúde, é problemática, pois também acaba por afastar as mulheres imigrantes do sistema de saúde.

Entende-se que os dados coletados e apresentados nesta pesquisa, mesmo que restritos a uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal, têm capacidade de contribuir com os futuros estudos desenvolvidos na área de migração, saúde e gênero, assim como nos trabalhos que estabeleçam comunicações entre as temáticas. As diferentes nuances sociais, culturais, estruturais e até psicológicas que constituem o cenário em que as mulheres imigrantes vão buscar o acesso à saúde, abrem espaço para estudos e discussões nas diferentes áreas das ciências humanas e das ciências da saúde. Diante disso, é evidente que diante da magnitude de cada um dos aspectos citados, não é possível que a discussão se esgote neste trabalho, o que em nenhum momento foi a sua intenção. Tem-se como pressuposto a compreensão de que o conhecimento é construído em conjunto, seja nas trocas realizadas dentro da academia, seja no contato vivo com a sociedade civil, tal qual foi a proposta da pesquisa de campo realizada.

Buscou-se, neste estudo, evidenciar a importância de conhecer, analisar e discutir as condições de acesso à saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no Brasil, uma vez que são população cada vez mais presente na realidade brasileira, além de a saúde ser condição basilar à sua dignidade e bem-estar. Espera-se que mais estudos sejam desenvolvidos nas mais diversas localidades deste país continental, de forma que, sendo capaz de visualizar o “problema”, seja possível conceber eventuais soluções aos fatores que impedem o exercício do direito à saúde dessas mulheres.

A fala sensível e potente da profissional corrobora com a ideia da importância de serem desenvolvidos estudos, pesquisas e diálogos nos mais diversos espaços, acerca da temática. E com essa fala, ou melhor dizendo, chamado para mais pesquisa, concluo essa monografia:

Conversando sobre isso com você, eu fico com esperança, eu gostaria de acrescentar esse sentimento de esperança, que essas mulheres tenham visibilidade. A gente sabe que a gente tem uma cultura bem xenófoba não só para quem é de fora, mas também para quem é do Brasil mesmo né, eu sou nordestina, sinto isso desde pequeninha na pele, então imagino o que é isso para um migrante de outro país...quando a gente consegue dar visibilidade, a gente consegue diminuir essa xenofobia, a gente consegue tornar o humano mais humano dos dois lados. O ser humano, que é dotado dos mesmos direitos... acolher as pessoas que vêm de tão longe por questões diversas, poucas pessoas saem da sua terra porque querem, ainda mais em situações tão adversas, para passar por tanta dificuldade. Então acho que o trabalho de vocês me dá essa perspectiva de visibilidade, vamos mostrar que elas estão aqui (Assistente Social, 12/04/2022).

## REFERÊNCIAS

ARRUDA-BARBOSA, Loeste de; SALES, Alberone Ferreira Gondim; TORRES, Milena Ellen Mineiro. **Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2020, v. 24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190807>>. Acesso em: 13 jan. 2022.

BAENINGER, Rosana; PERES, Roberta. **Migração de crise: a migração haitiana para o Brasil**. R. bras. Est. Pop., Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 119-143, jan./abr.2017.

BAENINGUER, Rosana; DEMÉTRIO, Natália Belmonte; FERNANDES, Duval Magalhães; DOMENICONI, Joice. **Cenário das migrações internacionais no Brasil: antes e depois do início da pandemia de Covid-19**. Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano, Campinas, v. 4, p. 1-35, 2021.

**Blog da Boitempo**. Judith Butler sobre a Covid-19: O capitalismo tem seus limites. Judith Butler escreve sobre a pandemia da Covid-19 e suas relações com nosso imaginário político e social. Tradução: Artur Renzo. São Paulo, 20 mar. de 2020. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/20/judith-butler-sobre-o-covid-19-o-capitalismo-tem-seus-limites/>>. Acesso em: 31 out. de 2021.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: Sobre a teoria da ação**/ Pierre Bourdieu; Tradução: Mariza Corrêa. Ed. 9. Campinas, São Paulo: Papirus, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017.

BRASIL. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)>.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Conselho Nacional de Imigração. Resolução Normativa nº 126, de 2 de março de 2017. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Conselho Nacional de Imigração. Resolução Normativa nº 97, de 12 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direito à moradia adequada**. - Brasília: Coordenação Geral de Educação em SDH/PR, Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013.

CAVALCANTI, Leonardo. A Década de 2010 (2011-2020): **Dinamismo e mudanças significativas no panorama migratório e de refúgio no Brasil**. In: CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. 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, 2021.

CAVALCANTI, Leonardo. Imigração e mercado de trabalho no Brasil. Características e tendências. In: CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Antonio Tadeu; TONHATI, Tânia (Orgs.) **A inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro**. Brasília: Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais, 2014.

CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Wagner Faria de. **Um panorama da imigração e do refúgio no Brasil. Reflexões à guisa de introdução**. In: 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.

COLLARES, Ana Cristina. **Migração e acesso à saúde no Brasil: Uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes**. In: CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. 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, 2021.

COSTA, Nayara B. N; GURGEL, Helen; MATOS, Karina F. R. **Migração e saúde: inter-relações, legislação e acesso**. Tempus, actas de saúde colet. Brasília, 14(3), 99-114, set, 2020.

Distrito Federal. Nota Técnica SEI-GDF nº 10/2018 – SES/SAIS/COAPS. Brasília, 12 de dezembro de 2018. Disponível em: <[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/Nota\\_Tecnica\\_10\\_2018\\_COAPSAtendimento\\_ao\\_usuario\\_imigrante\\_ou\\_refugiado\\_nos\\_servi%C3%A7os\\_da\\_APS\\_do\\_DF.pdf](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/Nota_Tecnica_10_2018_COAPSAtendimento_ao_usuario_imigrante_ou_refugiado_nos_servi%C3%A7os_da_APS_do_DF.pdf)>. Acesso em: 8 ago. de 2022.

DOMENICONI, Joice de Oliveira Santos; BAENINGER, Rosana. **A dinâmica sul-sul no contexto das migrações transnacionais qualificadas para o Brasil - Um estudo a partir da migração venezuelana**. XI Encontro Nacional sobre Migrações, Museu da Imigração do Estado de São Paulo. São Paulo, out. de 2019.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa**. Paidéia, 14 (28), 139-152, 2004. Acesso em: 1 set. 2021.

GRANADA, Daniel et al. **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v. 21, n. 61, pp. 285-296, 2017. Acesso em: 12 mar. 2021.

INDICADORES. **Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis**. Disponível em:<<https://www.redesocialdecidades.org.br/>> . Acesso em: 25 de jul. 2022.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W.. **Entrevista Narrativa**. In: M. W. Bauer & Gaskell (orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático (pp. 90-113). Petrópolis: Vozes, 2002. Acesso em: 1 set. 2021.

KUHN, Thomas. **A Natureza da Ciência Normal**. In: A Estrutura das Revoluções Científicas. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998, pp. 43-55.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1915-1928. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

MARKKULA, N. et al. **Use of health services among international migrant children – a systematic review**. *Global Health* 14, 52, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>>. Acesso em: mar. 2022.

MARTES, Ana Cristina Braga; FALEIROS, Sarah Martins. **Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo**. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 22, n. 2, pp. 351-364, 2013. Acesso em: 13 jan. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200008>>.

MARTINS, Ana Carolina Tardin et al. **O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 6, pp. 2095-2103, 2019. Acesso em: 3 jul. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08492019>>.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de direitos humanos**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2019.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. Saraiva, 15 ed., 2020.

MERCOSUL. Residir: Residir no MERCOSUL. Disponível em: <<https://www.mercosur.int/pt-br/cidadãos/residir/>>.

MILESI, Rosita; COURRY, Paula; ROVERY, Júlia. **Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual**. *Revista do corpo discente do PPG-História da UFRGS*. Aedos, Porto Alegre, v. 10, n. 22, p. 53-70, Ago. 2018.

Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 15 fev. de 2022.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. - Brasília, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>>. Acesso em: 16 fev. de 2022.

Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível

em:<[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 16 fev. de 2022.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. - 3 ed. - Brasília, 2017. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2022.

NIELSSON, J. G.; MACHADO STURZA, J.; DEZORDI WERMUTH, M. ÂNGELO. O direito ao acesso à saúde reprodutiva de mulheres migrantes: desvelando processos de precarização da vida. *Revista Derecho y Salud | Universidad Blas Pascal*, v. 3, n. 3, p. 109-119, 31 oct. 2019.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. **A dinâmica demográfica de imigrantes e refugiados no Brasil da década de 2010**. In: CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. 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, 2021.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. **A transição na legislação migratória: Um estudo empírico para o período 1980-2019**. In: 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.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. **Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios**. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 35, n. 11, 2019. Acesso em: 11 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. UNA-SUS, 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em: 11 mai. de 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1723-1728, 2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

PARREÑAS, Rhacel Salazar. **Inserting Feminism in Transnational Migration Studies**. Paper presented at Feminist Research Methods Conference, Centre for Gender Studies, Stockholm University Sweden, February 4-6, 2009.

RAMOS, Natália. **Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde**. *Revista Inter-Legere*, [S. l.], v. 1, n. 11, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300>. Acesso em: 8 jul. 2022.

REIS, Rossana Rocha.; SALES, Teresa (Org.). **Cenas do Brasil Migrante**. São Paulo: Boitempo, 1999. 311 p.

ROCHA, Anna Silvia Penteadó Setti da et al. **Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética**. *Revista Bioética* [online]. 2020, v. 28, n. 2, pp. 384-

389. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400>>. Acesso em: 31 jan. 2022.

RODRIGUES, Igor de Assis; CAVALCANTE, João Roberto; FAERSTEIN, Eduardo. **Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300306, 2020. Acesso em: 15 fev. 2022.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. **A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2016, v. 23, n. 2, pp. 477-494. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SANTOS, Heloísa Souza dos. MEDEIROS, André Aparecido. **Migração e acesso aos serviços de saúde: A necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos**. [S.l.], p. 1-9, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SAYAD, Abdelmalek. **A imigração ou os Paradoxos da Alteridade** / Abdelmalek Sayad; prefácio Pierre Bourdieu; tradução Cristina Murachco. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

SCHWINN, Simone Andrea; COSTA, Marli Marlene Moraes da. **Mulheres refugiadas e vulnerabilidade: A dimensão da violência de gênero em situações de refúgio e as estratégias do ACNUR no combate a essa violência**. Revista Signos, [S.l.], v. 37, n. 2, dez. 2016. ISSN 1983-0378. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/signos/article/view/1100>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.

SILVA, Maria Brizola O.; JUNIOR, Dorival G. P.. **Segurança Humana no Brasil e a nova lei da migração: Um estudo comparativo**. MISES: Interdisciplinary Journal of Philosophy Law and Economics. São Paulo, 2019.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde**. Bioética, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002. Acesso em: 7 jul. 2022.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **Princípios do direito internacional contemporâneo** / Antônio Augusto Cançado Trindade. - 2. ed. rev. atual. - Brasília: FUNAG, 2017.

TONHATI, Tânia; MACÊDO, Marília de. **Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019)**. In: 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.

TONHATI, Tânia; PEREDA, Lorena. **A feminização das migrações no Brasil: A inserção laboral das mulheres imigrantes (2011-2020)**. In: CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. 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, 2021.

VÉRAS, Maura Pardini Bicudo; DANTAS, Sylvia Duarte. Prefácio. **In: E87 Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidades** / André Mota, Gabriela S. M. C. Marinho (organizadores). - São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2014.

## Anexo 1 – Carta de Apresentação



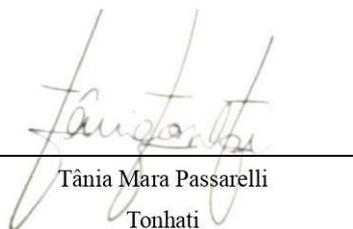
Brasília, 24/03/2022

### Carta de Apresentação do Projeto de Pesquisa

#### **A Pandemia da Covid-19 e as implicações na saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no DF**

O projeto de pesquisa “A pandemia da Covid-19 e as implicações na saúde das mulheres imigrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas no DF” visa investigar e compreender os possíveis impactos da pandemia da Covid-19 no acesso à saúde de mulheres imigrantes, refugiadas e solicitantes de refúgio no Distrito Federal. A realização do projeto é de responsabilidade da aluna Raquel Beutel Semenzato Proazzi, graduanda em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB), sob a orientação da Professora Doutora Tânia Mara Passarelli Tonhati, do Departamento de Sociologia, da Universidade de Brasília. O projeto é financiado pelo Programa de Iniciação Científica 2021-2022 (PIBIC 2021-2022) e tem duração de um ano, compreendido entre os meses de outubro de 2021 e setembro de 2022. Os resultados da pesquisa serão apresentados em artigo científico.

No presente momento, a aluna Raquel Beutel Semenzato Proazzi está realizando trabalho de campo, o qual consiste em entrevistar agentes de saúde, que trabalham no atendimento aos imigrantes e refugiados. A sua participação nessa pesquisa é fundamental para termos informações de qualidade sobre o tema estudado, e para a consolidação da pesquisa.



---

Tânia Mara Passarelli

Tonhati

Orientadora de Pesquisa

tania.tonhati@unb.com

## **Anexo 2 – Tópico Guia**

### Parte 1 – Funcionamento da UBS e o atendimento as imigrantes

1. Você poderia me contar um pouco sobre como é o funcionamento da UBS?
2. Há quanto tempo você trabalha na UBS do Paranoá?
3. Durante esse período, já realizou o atendimento de mulheres imigrantes? Se sim, com foram esses atendimentos?
4. Em geral, qual é a principal nacionalidade e idade das mulheres imigrantes atendidas na aqui UBS?
5. Por qual razão as mulheres imigrantes atendidas buscam atendimento nesta UBS?
6. Na realização deste atendimento, existe alguma diretriz ou orientação voltada ao acolhimento dessas mulheres?
7. Quais são suas principais dificuldades desse grupo quando chegam à UBS?
8. O que você acha que poderia ser feito para melhorar o atendimento dessas pessoas?
9. Quais são as dificuldades dos agentes de saúde da UBS no atendimento dessas pessoas?

### Parte 2 – Pandemia Covid-19 e o atendimento as imigrantes

10. Você poderia me contar como tem sido o atendimento da UBS durante a pandemia de Covid-19?
11. De acordo com a sua percepção, a pandemia da Covid-19 gerou mudanças nas condições de acesso à saúde desse grupo?
12. Quais são as principais barreiras enfrentadas por essas mulheres quando buscam atendimento no SUS, principalmente no contexto pandêmico?
13. Há diferenças entre as dificuldades enfrentadas pelos imigrantes e pelos brasileiros quando buscam atendimento no SUS?
14. Aqui nessa UBS foi feita vacinação da COVID-19? Se sim, você observou se esse público veio se vacinar?

Por fim,

Eu agradeço a sua participação e gostaria de saber se há mais algum comentário ou observação que você gostaria de fazer em relação ao acesso das mulheres imigrantes à saúde, no Distrito Federal?

