



O atendimento no SUS a mulheres imigrantes no Distrito Federal: relatos dos profissionais de saúde

Tania Tonhati e Raquel Beutel*

Universidade de Brasília, Campus Universitário 'Darcy Ribeiro', 70910-900, Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: raquelproazzi@gmail.com

RESUMO. O presente artigo analisa as políticas públicas, relações sociais e condições de atendimento às mulheres imigrantes no Sistema Único de Saúde (SUS), no Distrito Federal. A pesquisa foi realizada entre março de 2020 e julho de 2022 e baseia-se nas narrativas de profissionais de saúde que atenderam mulheres imigrantes. O trabalho de campo foi feito através de observação participante em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do DF, onde também foram coletadas quatorze entrevistas semiestruturadas com diferentes profissionais, que trabalham na UBS, como médicos/as, residentes, enfermeiras, assistentes sociais, agentes comunitários. Os relatos desses profissionais indicam como principais barreiras para o atendimento à saúde às mulheres imigrantes: 1) dificuldade de compreender o funcionamento do SUS; 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. Foram também identificados elementos positivos capazes de atenuar tais barreiras. O estudo concluiu que fatores sociais estruturantes, culturais e relacionais afetaram diretamente o atendimento à saúde das mulheres imigrantes pelos profissionais do SUS.

Palavras-chave: saúde; mulheres migrantes; SUS/UBS; Distrito Federal.

Healthcare provision to immigrant women within the Brazilian Unified Health System (SUS) in the Federal District: accounts from health professionals

ABSTRACT. This article analyzes public policies, social relations and conditions of care for immigrant women in the Unified Health System (SUS), in the Federal District - Brazil. The research was carried out between March 2020 and July 2022 and is based on the narratives of health professionals who assisted immigrant women. Fieldwork was carried out through participant observation in a Basic Health Unit (UBS) in the Federal District, where fourteen semi-structured interviews were collected with different professionals, who work at the UBS, such as doctors, residents, nurses, social workers, and community agents. The reports of these professionals indicate that the main barriers to health care for immigrant women are: difficulty in understanding the functioning of the SUS; 2) language and cultural barriers; 3) weaknesses in the process of building the relationship of trust; 4) precarious working conditions at the UBS and; 5) lack of guidance and guidelines. Positive elements capable of attenuating such barriers were also identified. The study concluded that social, cultural, relational factors directly affected the healthcare provided to immigrant women by SUS professionals.

Keywords: health; migrant women; SUS/UBS; Federal District.

Received on December 04, 2024.

Accepted on February 24, 2025.

Introdução

Na última década (2011-2020), o tema das migrações internacionais alcançou destaque no debate social, nas esferas políticas e midiáticas do Brasil. Nesses anos, portanto, as migrações internacionais no país passaram por diversas mudanças, aqui podemos fazer uma breve listagem. O perfil dos imigrantes que chegaram ao país alterou-se em relação aos grandes fluxos anteriores, do início do século XX. A migração atual não mais se caracteriza, especialmente, por fluxos migratórios Norte-Sul ou Sul-Norte, na realidade, estabeleceu-se uma migração entre países do chamado Sul Global. Houve também um crescente fluxo de entradas pela fronteira Norte do país, que se tornou a principal porta de entrada para os novos fluxos

migratórios (Cavalcanti, 2021). Para além, os estudos demonstram uma importante inserção laboral dos imigrantes nas regiões Sul e Sudeste, mas o Distrito Federal também se destaca no processo de recepção de imigrantes.

Em decorrência desse novo contexto migratório, o país realizou alterações nas políticas e nos processos de regulamentações dos imigrantes, como por exemplo, a criação das Resoluções Normativas Conselho Nacional de Imigração [CNIg] (Resolução Normativa nº 97, 2012, nº 126, 2017, nº 27, 2018) no âmbito da normatização dos imigrantes haitianos e venezuelanos, e a criação da nova Lei de Migração de 2017 (Lei nº 13.445). Ademais, foram constituídas políticas públicas específicas para o acolhimento dos imigrantes, como por exemplo, a Operação Acolhida, em Boa Vista-RR, e o seu processo de interiorização, o qual foi relevante para a chegada e permanência de mais imigrantes no Distrito Federal.

Juntamente com essa lista de diversos eventos, que marcaram a década (2011-2020) de migração para o país, destacamos aqui outro importante fato social - o processo de 'feminização das migrações'. Conforme Marinucci (2007), "[...] a feminização pode ser interpretada como aumento numérico das mulheres migrantes, como mudança dos critérios analíticos do fenômeno migratório mediante a inclusão do enfoque de gênero e/ou como transformação do perfil da mulher migrante" (Marinucci, 2007, p. 5).

Os estudos sobre esse tema demonstram que entre 2010 e 2015 os movimentos migratórios no país foram majoritariamente masculinizados (Mamed, 2018; Santos, et al., 2018). Essa tendência começa a se alterar a partir de 2015 com a chegada de mais mulheres haitianas e, posteriormente, das venezuelanas. Segundo as autoras (Tonhati & Pereda, 2021), os fluxos migratórios para o país a partir da segunda metade da década apresentaram uma maior presença de mulheres imigrantes. Esse aumento ocorreu em razão de um incremento das migrações dos países do Sul-Global. Nesse sentido, as autoras afirmam que é a partir desse momento que se inaugura o processo de feminização das migrações no Brasil.

Oliveira e Tonhati (2022) analisaram o processo de feminização das migrações no país e destacaram que há um crescimento contínuo nos registros de mulheres imigrantes desde 2011 e, conjuntamente, há um aumento no número de chegadas e registros de crianças imigrantes. Os autores destacam que somente no ano de 2020, devido à pandemia de Covid-19, houve um decréscimo nesse movimento, que, todavia, já voltou a crescer no ano de 2021. Segundo eles, em 2021, foi contabilizado um total de 151.155 imigrantes (homens e mulheres), sendo 67.772 registros de mulheres, isto é, quase a metade dos imigrantes registrados. Em termos de nacionalidade das mulheres imigrantes, destaca-se, na primeira parte da década (2011-2020), o elevado registro de bolivianas. Entre 2015 e 2018, o destaque ficou para as haitianas e, a partir de 2015, a chegada das nacionais da Venezuela fez aumentar verticalmente os registros de mulheres no país.

Os dados analisados pelos autores acima citados demonstraram, ainda, um crescimento exponencial das solicitações de refúgio por mulheres. Entre as mulheres solicitantes de refúgio sobressaíram venezuelanas, haitianas e cubanas, e, em menor medida, as angolanas. Entre as mulheres com status de refugiados reconhecidos, as nacionalidades que prevaleceram foram, na primeira metade da década de 2010, as sírias, as congolesas e as colombianas. Já na segunda metade, o predomínio ficou com as venezuelanas, palestinas e cubanas.

Em termos do perfil socioeconômico e laboral das mulheres imigrantes no país (Oliveira & Tonhati, 2022), afirmam que elas se inserem cada vez mais no mercado de trabalho formal no país, em ocupações que demandam longas jornadas de trabalho, com baixa remuneração (salário médio na contratação em 2021 foi de R\$2.052,00). A inserção no mercado de trabalho formal do Distrito Federal segue o mesmo padrão nacional: há uma crescente nos últimos anos, principalmente das mulheres venezuelanas, que em 2011 eram 01 e em 2022, se registrou 196, conforme verifica-se na Tabela 1.

Quanto aos setores de atividades econômicas ocupados pelas mulheres imigrantes, destaca-se, em nível nacional, o trabalho nas indústrias de abate de animais, os frigoríficos, predominante na região Sul. Por outro lado, em localidades como o Distrito Federal, destaca-se o trabalho em restaurantes e similares, ou em limpeza e na prestação de serviços, com média salarial entre um e dois salários-mínimos. Diante disso, destaca-se a importância de chamar atenção para a necessidade dessas mulheres no âmbito laboral, especialmente no que se refere às possíveis condições insalubres, de longas jornadas e de baixos salários.

Ainda sobre o perfil dessas mulheres imigrantes no Distrito Federal, é interessante apresentar os dados do Censo Escolar, pois por meio deste é possível observar um volume importante de mulheres imigrantes no ensino superior, assim como de meninas imigrantes matriculadas no Ensino Infantil e Fundamental. O crescente número de matrículas nos Ensinos Infantil e Fundamental demanda especial atenção neste estudo, pois demonstra um relevante número de crianças e meninas imigrantes que, em razão da idade, podem

demandar com frequência o serviço público de saúde, como para vacinação, prevenção de gravidez precoce e tratamento de doenças mais recorrentes nessa faixa etária. Esse cenário pode ser verificado na Tabela 2.

Tabela 1. Estoque de trabalhadoras imigrantes no mercado de trabalho formal, por ano, segundo nacionalidade - Distrito Federal, 2011-2022.

Nacionalidade	Ano											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (1)
Total	393	438	501	506	551	525	535	586	693	708	821	1.020
Venezuela	1	3	1	1	4	5	8	44	112	160	196	316
Estados Unidos	44	51	45	48	60	49	40	39	53	52	51	51
Haiti	0	1	7	14	35	27	39	45	54	51	38	50
Portugal	61	72	75	71	79	70	66	51	46	40	47	48
Argentina	18	23	35	35	34	32	33	39	34	41	45	44
Cuba	6	3	4	4	6	12	13	12	25	24	22	38
Colômbia	4	5	13	17	21	20	22	26	30	29	29	36
Peru	9	17	17	20	24	22	23	29	26	22	30	31
Chile	17	15	15	17	16	19	18	17	19	12	18	21
Paraguai	10	9	13	13	14	14	12	11	14	9	17	21
Outros	223	239	276	266	258	255	261	273	280	268	328	364

Notas: (1) Resultados para 2022 projetados a partir da combinação do estoque 2021 pela RAIS com a movimentação pelo CAGED.

Fonte: Elaborado pelo OBMigra, a partir dos dados do Ministério da Economia, base harmonizada RAIS-CTPS estoque, 2011-2021 e base harmonizada RAIS-CTPS-CAGED, 2022.

Tabela 2. Número de matrículas de estudantes mulheres, por segmento escolar, segundo ano - Distrito Federal, Censo Escolar e Censo Superior.

Ano	Ensino Fundamental e Médio					Ensino Superior
	Ensino Infantil	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Técnico	EJA	
Total	1.765	4.527	1.099	118	190	7.509
2010	110	210	60	6	12	341
2011	120	252	65	6	12	261
2012	129	288	81	13	7	274
2013	132	301	87	13	23	320
2014	131	343	79	12	12	379
2015	121	313	77	11	17	370
2016	136	412	113	7	15	408
2017	150	450	111	7	16	387
2018	144	472	93	16	20	352
2019	329	701	150	11	25	302
2020	263	785	183	16	31	-

Nota: Os dados do Censo Superior disponíveis vão apenas até 2019.

Fonte: Elaboração pelo OBMigra, a partir dos dados do INEP, Censo Escolar e Censo Superior.

Diante do cenário da ‘feminização das migrações’ no Brasil, e no DF em particular, realizamos um mapeamento bibliográfico, com foco em estudos que tratavam de mulheres e meninas imigrantes. Encontramos que as principais temáticas das pesquisas eram: desenhar o perfil socioeconômico das imigrantes, elencar suas motivações para migrar para o Brasil, definir os nichos de inserção laboral do grupo, listar dificuldades de acesso a serviços públicos, maternidade e planejamento familiar, e redes de apoio (Dutra, 2012; 2013; Mejía & Cazarotto, 2017; Santos & Mesquita, 2017; Santos et al., 2018).

Há diversos estudos sobre o tema da migração e saúde, com destaque para o trabalho de Sylvia Dantas (2017) sobre saúde mental, André Mota et al. (2014) sobre a correlação e construção sócio-histórica entre saúde e migração, e ainda vale destacar o livro da Deisy de Freitas Lima Ventura e Veronica Quispe Yujra (2019), que aborda a situação da imigração contemporânea no Brasil e a saúde como um direito humano para as comunidades de migrantes e refugiados, tendo como foco de análise as experiências realizadas na Secretaria de Saúde do município de São Paulo.

Pouco estudo foi identificado, no entanto, sobre o atendimento de saúde para mulheres imigrantes no Brasil, em particular. Segundo Joice Nielsson et al. (2019), que escreveram sobre o direito ao acesso à saúde reprodutiva de mulheres migrantes com enfoque nos processos de precarização da vida, há inúmeras vulnerabilidades que impactam no acesso a direitos e à saúde reprodutiva das mulheres migrantes. O manuscrito trata sobre o tema em uma perspectiva generalizante, sendo uma revisão bibliográfica, de modo

que além de tratar do Brasil, realiza um comparativo com o cenário internacional, sem necessariamente traçar as especificidades do território ou das mulheres parte desse espaço.

A maioria dos estudos encontrados sobre o tema saúde e migração, portanto, tendem a discussões generalizantes, e não tratam especificamente das mulheres imigrantes ou quando tratam, dispensam o aprofundamento sobre as suas particularidades originárias. Discute-se, principalmente, sobre fatores sociais, culturais e econômicos que interferem na saúde dos imigrantes e a inclusão desse grupo social no sistema de saúde pública brasileiro¹. Nesse sentido, os trabalhos, apesar de partirem de diferentes contextos, analisam a relação entre saúde e migração com a perspectiva de que os cenários e os atores que os compõem são, em geral, homogêneos, sem diferenciação de gênero, de território ou de nacionalidade.

A falta de material teórico e empírico sobre o tema do atendimento à saúde às mulheres imigrantes fez aguçar nossa curiosidade sociológica e ganhou ainda mais importância para nós pesquisadoras, pois parte da pesquisa ocorreu durante a pandemia de Covid-19. Desse modo, mapeamos quais dispositivos legais e normativos sobre o direito ao atendimento das imigrantes no SUS, e, posteriormente, buscamos responder às seguintes perguntas: Como o atendimento às mulheres imigrantes têm sido realizado pelo sistema de saúde pública do DF? Como esse atendimento foi realizado durante a pandemia de Covid-19? Quais as principais dificuldades e os obstáculos/facilitadores vivenciados pelos profissionais de saúde no atendimento a mulheres imigrantes?

Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi elaborada em duas etapas. Inicialmente, foi feita uma revisão bibliográfica sobre a temática das 'feminização das migrações' no Brasil, e sobre as mulheres imigrantes e atendimento de saúde. Após, foi realizado um mapeamento das normas, políticas e diretrizes que possibilitam a atenção à saúde das mulheres imigrantes, no âmbito do Brasil e do Distrito Federal. Para tanto, realizamos uma revisão das previsões e medidas do Estado que se referem, de forma direta ou indireta, à saúde das mulheres imigrantes. Esses dois mapeamentos contribuíram para localizar o debate do tema em termos acadêmicos e jurídicos, foi uma etapa fundamental para perceber a pouca visibilidade que ainda é dada à temática. Tal fato fez com que desenhássemos a segunda etapa da pesquisa - o trabalho de campo empírico.

O trabalho de campo se deu através de observação participante em uma UBS do DF, localizada na Região de Saúde Leste, fora do Plano Piloto e com a maior parte da população com renda bruta de 1 a 5 salários-mínimos², nos meses de abril e maio de 2022. Durante esse período, ocorreram diversas visitas ao local e foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde que atenderam mulheres imigrantes.

Se disponibilizaram a participar da pesquisa 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, totalizando 14 (quatorze) profissionais. 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. Foi solicitado à gerência da UBS autorização para a realização do trabalho de campo e das entrevistas, que foi concedida. A todos os entrevistados foram apresentados os objetivos da pesquisa e solicitado o consentimento para a realização da entrevista, explicando todos os procedimentos éticos que seriam tomados para que não fossem identificados, como o uso de pseudônimos e de cuidados com as gravações. Após realizado trabalho de campo e as entrevistas, todas elas foram transcritas e analisadas. A seguir, apresentaremos os resultados encontrados.

Leis e normativas: o direito ao atendimento de saúde da mulher imigrante

A reflexão acerca das condições de acesso à saúde de determinados grupos sociais, especialmente os em condição de vulnerabilidade, deve considerar elementos socioculturais, jurídicos e políticos que compõem o cenário em que se encontram. Assim, o estudo considerou importante mapear quais são os dispositivos legais e normativos sobre o direito ao atendimento das imigrantes. Em primeiro lugar, identificamos a Constituição

¹ Sobre o tema, destacam-se: 'Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana' (Granada et al., 2017); 'Migração e saúde: inter-relações, legislação e acesso' (Costa et al., 2020); 'Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)' (Leal; et al., 2018); 'A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas' (Santos, 2016); 'Migração e acesso à saúde no Brasil: uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes' (Collares, 2021); 'Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética' (Rocha; et al., 2020); 'Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil' (Rodrigues; et al., 2020).

² Optou-se pela não exposição de qual seria a UBS e da identidade dos profissionais de saúde entrevistados, a fim de preservar o anonimato da equipe e das pacientes atendidas, constantemente citadas nas narrativas. A informação de dados referentes à estimativa realizada até o ano de 2018 (Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis, 2018).

Federal de 1988 (Brasil, 1988), a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, 1990), a Lei de Migração (Lei nº 13.445, 2017) e as Políticas Nacionais de Saúde, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, como as principais orientações nacionais de atenção a esse público. O delineamento político-normativo permite reconhecer os limites determinados pelo Estado para realizar a atenção à saúde, seja pela estruturação do sistema, seja pelas diretrizes estabelecidas, ou pelos princípios que norteiam a saúde pública.

O artigo 6º da Constituição Federal reconhece a saúde como um direito humano, logo, em âmbito doméstico, o Brasil a reconhece como um direito fundamental³. Neste mesmo dispositivo, determinantes da saúde (Galvão et al., 2021) são também considerados direitos fundamentais, como, por exemplo, o trabalho, a educação, o lazer e a alimentação. Ademais, o artigo 196 da Carta prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas. De forma similar prevê o artigo 2º da Lei Orgânica de Saúde. Em tais redações, destaca-se a ênfase no ‘todos’, que coloca em evidência o tratamento sem distinção para brasileiros e para estrangeiros residentes no país, conforme a redação do artigo 5º da Constituição. Tal pressuposto remete à ‘universalidade’ como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), explicitado no inciso primeiro do artigo 7º da Lei Orgânica de Saúde. Os princípios do SUS estão regulamentados nos incisos do artigo 7º⁴ da citada lei, são esses princípios orientadores fundamentais, devido à sua força normativa, pois apresentam virtudes, ensejos e argumentos que justificam a razão de ser das normas (Mendes & Branco, 2020). Nesse sentido, o princípio da universalidade tem força garantidora do acesso livre e igualitário de diferentes grupos sociais ao sistema público de saúde brasileiro, independente, inclusive, de sua nacionalidade. Em reforço a essa ideia, a Lei de Migração (Lei nº 13.445, 2017) garante ao imigrante igual condição aos nacionais de 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.

Em suma, as políticas públicas de atenção à saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, reconhecem o direito das/os imigrantes de serem atendidos pelo SUS. E como podemos notar há vários instrumentos normativos que firma esse direito. Para além, dos dispositivos legais, que permitem o acesso e o atendimento, pesquisamos se havia em âmbito nacional políticas públicas de atenção à saúde das mulheres imigrantes, não foi identificada nenhuma política específica.

Nesse sentido, mostra-se necessário adequar as políticas destinadas a outros grupos sociais, às particularidades das mulheres imigrantes. Assim, o acolhimento das mulheres imigrantes é feito por meio de políticas transversais à sua condição, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2017) ou até mesmo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2018), atendendo-as quando buscam assistência aos seus filhos. Somada a essas políticas, destaca-se que está em processo de elaboração a Política Nacional de Migrações Refúgio e Apatridia (PNMRA) que visa tratar de ‘serviços, programas e ações para indivíduos e famílias migrantes, refugiadas e apátridas’ (Brasil, 2024)⁵, iniciativa importante, mas também possivelmente transversal à condição particular da mulher imigrante.

Em âmbito local, notamos um entrelaçamento das medidas adotadas pelo Estado, por meio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, somadas às características próprias da Unidade Básica de Saúde (UBS), pela organização e composição das equipes de saúde e pelo público-alvo atendido.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal publicou, em 2018, uma Nota Técnica (Nota Técnica SEI-GDF nº 10, 2018) com o objetivo de orientar os profissionais dos serviços de Atenção Primária à saúde quanto à atenção à saúde da população imigrante ou refugiada, na capital. O documento apresenta a base legal para a atenção a essa população, conceitua imigrantes e refugiados e destaca a importância de um tratamento dotado

³Os 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). Os direitos fundamentais referentes à sociedade brasileira estão previstos na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 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.

⁴ 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.

⁵ Sobre o assunto ver Brasil (2024).

de equidade, para garantir o pleno acesso à saúde desses usuários do sistema. Ainda, determina quais são os documentos de identificação dos imigrantes⁶, a necessidade de atenção à pronúncia de seus nomes, de mapeamento da população migrante de cada território e de compreensão às particularidades culturais e religiosas do usuário atendido. Também prevê ações de integralização do migrante, 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). Em relação a orientações específicas à atenção à saúde da mulher migrante no DF, não foi encontrada nenhuma orientação.

Em síntese, as normas, políticas e diretrizes identificadas no estudo demonstraram que o acesso ao atendimento de saúde é uma garantia legal, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na Lei Orgânica de Saúde e da Constituição Federal. Todavia, a existência do direito não garante a sua realização e plenitude na prática. Assim, diante desse cenário político-normativo, e da ausência de políticas específicas direcionadas ao atendimento de mulheres migrantes, para melhor entender o cenário do atendimento a esse público, foi realizada observação participante e entrevistas com os profissionais de saúde de uma UBS do Distrito Federal (DF). Com o objetivo de verificar, na realidade fática, quais as condições dos atendimentos e da realização do direito à saúde das mulheres migrantes, nessa localidade e no período de realização da pesquisa de campo.

O primeiro atendimento às mulheres migrantes: gestação e o cuidado com as filhas/os e família

Foi questionado aos entrevistados qual seria o perfil das mulheres migrantes por eles atendidas e qual o atendimento que as migrantes mais procuravam. Em relação ao perfil das mulheres migrantes atendidas, os profissionais enfatizaram a presença majoritária de venezuelanas e haitianas, o que vai ao encontro do perfil da feminização das migrações destinadas ao Brasil, visto na introdução do artigo. Essas mulheres, independente da nacionalidade, apresentam faixa etária similar, em geral estão na idade reprodutiva.

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, eu atendi mais as haitianas (Joana, Assistente Social, 12/04/2022).

Ó, as venezuelanas são mais, bem mais mulheres que homens, elas que buscam consulta pros filhos, porque estão chegando agora, a maioria delas chegou agora para nossa equipe. [...] Já os haitianos, é mais homem, tem poucas mulheres (Mariana, Agente Comunitária de Saúde, 27/04/2022).

Dentre as principais demandas de atendimento, o destaque foi para a realização do pré-natal. Esse atendimento também foi relatado como sendo, na grande maioria dos casos, o primeiro momento em que as mulheres migrantes buscavam atendimento médico no país. Para os profissionais de saúde estar grávida foi a ‘porta de entrada’ para buscar atendimento e posteriormente acessar outros serviços de saúde, conforme atesta Letícia, enfermeira:

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 (Letícia, Enfermeira, 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 (Eduarda, Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Ademais, é notório o protagonismo dessas mulheres em levar a saúde para suas famílias. Os profissionais relataram também que as mulheres migrantes eram as principais responsáveis na procura de atendimento de saúde para suas/seus filhas/os, companheiros e mesmo familiares mais idosos: “A mãe, os filhos, são elas que trazem todo mundo” (Laura, Enfermeira, 12/05/2022).

É que a gente ‘atende elas’, 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 (Marta, Técnica de Enfermagem, 27/04/2022, grifo nosso).

⁶ Passaporte, Registro Nacional de Estrangeiros (RNE) e documento oficial de identificação emitido pelo país de origem.

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

Porque é como se elas viessem, 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 (Joana, Assistente Social, 12/04/2022).

Para além da sobrecarga com o cuidado familiar, as condições socioeconômicas não configuram um cenário favorável, há dificuldades em garantir os seus direitos no mundo do trabalho e muitas vezes o retorno econômico não é suficiente para o sustento domiciliar. Como consequência, os profissionais relatam que muitas dessas mulheres moram em pequenas habitações em coletividade, isto é, com suas famílias e com outras famílias imigrantes. Esse conjunto de fatores de vulnerabilidade social prejudica, segundo os entrevistados, o bem-estar e a qualidade de vida das imigrantes residentes nessa Região Administrativa do Distrito Federal.

Mesmo aqui, trabalhando, trabalham assim, tipo escravizado mesmo, porque eles não recebem, não têm carteira assinada, trabalham todo dia, mas recebem 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 (Mariana, Agente Comunitária de Saúde, 27/04/2022).

Fala ó, tem uma paciente aqui que a gente tá acompanhando é, 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 (Joana, Assistente Social, 12/04/2022, grifo nosso).

As narrativas dos profissionais destacam o repetido papel das mulheres de garantir o cuidado e a saúde de suas famílias, todavia, chama a atenção o auto esquecimento durante esse processo, bem como a precariedade do trabalho e condições de moradia que elas vivenciam. Diante disso, a discussão sobre o atendimento de saúde de mulheres imigrantes deve ir além de olhar o gênero, ou da diferenciação no atendimento entre mulheres e homens, é essencial mapear, analisar e destacar as relações de desigualdade experienciadas na sociedade por elas (Parreñas, 2009).

Nesse sentido, o desequilíbrio social, as questões de gênero e raciais, e as condições de imigrante, de precariedade na moradia e no trabalho, são elementos de vulnerabilidade que se somam na construção do perfil da mulher imigrante atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) aqui estudada.

Somadas a esses fatores compositivos, as entrevistas com os profissionais de saúde permitiram destacar outros elementos nas condições sociais, culturais e relacionais, que facilitam ou dificultam o pleno acesso e atendimento à saúde.

O atendimento na UBS: fatores impeditivos e facilitadores

Como dito, este trabalho se desenvolveu simultaneamente à pandemia da Covid-19, de 2020 a 2022, o que nos levou a ter como pergunta norteadora, como foi realizado o atendimento às mulheres imigrantes durante a pandemia de Covid-19? Segundo os entrevistados, a UBS, assim como os demais serviços de saúde ao redor do globo, precisou reorganizar o seu fluxo de trabalho durante o ano de 2020. No entanto, para os entrevistados, os efeitos negativos da pandemia ao atendimento à saúde atingiram de forma similar as mulheres imigrantes e a população em geral.

A partir dos relatos, observou-se que os principais elementos impeditivos para o atendimento não estavam ligados à pandemia, mas foram desencadeados de por outros fatores. Como narra o Júlio, agente comunitário de saúde (13/04/2022): “[...] 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”. As dificuldades a que o profissional se refere consistem, principalmente, no desconhecimento da doença, na restrição dos serviços da UBS à Covid-19 e na falta de orientação de onde buscar atendimento para outros cuidados.

Nas entrevistas realizadas, os profissionais de saúde elencaram cinco elementos que atingem diretamente as condições de atendimento à saúde das mulheres imigrantes, em geral, para além do contexto pandêmico: 1) dificuldade de compreender o funcionamento do SUS/UBS; 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. Todos esses elementos foram apresentados como igualmente relevantes para a realização do atendimento.

A estrutura e a organização da Unidade Básica de Saúde (UBS) são condições materiais que determinam como é realizado o primeiro contato do usuário ao serviço de saúde pública, seja fisicamente, seja pelas próprias condições de trabalho dos profissionais que realizam os atendimentos. Assim, em primeiro lugar, segundo a Assistente Social, é importante que as imigrantes saibam a função das UBS no Sistema Único de Saúde (SUS), superando uma falta de informação. Ela explica que é preciso dizer que a UBS

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 (Joana, Assistente Social, 12/04/2022).

Nesse sentido, a Assistente Social, acrescenta que o desconhecimento do sistema de saúde dificulta a busca pelo atendimento:

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, para elas, é complexo. 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 (Joana, Assistente Social, 12/04/2022).

O sistema de saúde pública brasileiro difere dos modelos de saúde presentes nos países como Haiti e Venezuela, que correspondem às principais nacionalidades de mulheres que migram para o Brasil, e que segundo os profissionais de saúde foram atendidas na UBS. É possível, portanto, afirmar que há dificuldades na compreensão de como funciona o sistema de saúde pública brasileiro.

O não acesso a informações que esclareçam onde deve ser buscado o atendimento para determinada demanda dificulta a chegada dessas mulheres às portas seja da Unidade Básica de Saúde (UBS), seja da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ou até mesmo dos hospitais. Segundo Eduarda, residente de gestão em políticas públicas, 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” (Eduarda, Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

Dessa forma, para os profissionais de saúde entrevistados, compreender a organização do sistema de saúde brasileiro é pré-requisito para que as mulheres imigrantes busquem atendimento, ou seja, é essencial para que saibam que podem ter direito ao atendimento e onde devem ir para tal. Caso contrário, esse se torna um fator impeditivo ao pleno atendimento à saúde.

Para além, da dificuldade de compreender o funcionamento do SUS/UBS, os entrevistados elencaram as barreiras criadas pelas diferenças culturais e linguísticas entre os fatores impeditivos para o atendimento às mulheres imigrantes. As imigrantes atendidas pelos profissionais de saúde em sua maioria não tinham um bom domínio do português, o que foi considerado um impeditivo para vários procedimentos em relação ao atendimento.

Tal dificuldade se dá já na recepção da UBS, quando é relatado: a falta de compreensão e, portanto, dificuldade para fazer o registro da paciente, solicitar a documentação necessária e explicar os encaminhamentos, como por exemplo, o agendamento de consulta, data e hora, local. Esse elemento dificultador do processo comunicacional gera não só a recepção de um atendimento limitado à imigrante, mas também uma angústia no profissional que não consegue realizar seu trabalho com plenitude. Esse cenário é evidenciado pela Residente de Gestão em Políticas Públicas:

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? (Eduarda, Residente de Gestão em Políticas Públicas, 13/04/2022).

A dificuldade da barreira não só idiomática, mas também comunicacional, se estabelece para além da língua, pois é composta por elementos socioculturais, constituidores de um conjunto de elementos verbais e não-verbais transmitidos no processo de interlocução (Silva, 2002). A não comunicação que impede a construção de uma relação de confiança entre profissional e paciente, que transpasse condições meramente linguísticas, é fruto do processo de socialização desses indivíduos. A narrativa de Pedro, Médico Residente, revela a preocupação com essas barreiras que vão além das limitações linguísticas: “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?” (12/05/2022).

Para além dos fatores acima listados como limitadores do atendimento, os entrevistados relatam que as condições fornecidas pelo Estado aos profissionais de saúde para a realização de seus serviços também limita um melhor atendimento para as mulheres imigrantes. O cenário precário em que se desenvolve o sistema de saúde pública é ressaltado pelos entrevistados, estes narram as dificuldades enfrentadas pela equipe cotidianamente, como a alta demanda para um número reduzido de profissionais e equipes, assim como a própria estrutura da UBS, que não comporta a população e não respeita padrões e normas técnicas. Segundo o entrevistado Pedro, a UBS apresenta uma carência quantitativa desses profissionais, o que fragiliza o processo de mapeamento e aproximação ao território e dificulta a concretização da Política de Atenção Primária do DF:

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 tem porque 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 (Pedro, Médico Residente, 12/05/2022).

A carência de funcionários, principalmente de agentes comunitários de saúde, reflete, portanto, em distanciamento para com a comunidade, podendo apresentar uma barreira no processo de construção de relação de confiança entre as mulheres imigrantes e os profissionais de saúde.

Além disso, os entrevistados afirmam não ter conhecimento de orientações e diretrizes voltadas à atenção à saúde das mulheres imigrantes, ou dos imigrantes em geral, o que evidencia uma ausência de informações, orientações, protocolos e diretrizes na formação acadêmica e de educação continuada desses profissionais. Essa lacuna provoca a necessidade de tomar medidas individuais no momento do atendimento, sem saber se seria o encaminhamento mais adequado.

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 (Joana, 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 (Marta, Técnica de Enfermagem, 27/04/2022).

Entretanto, é importante evidenciar a existência de condições facilitadoras do acesso e da garantia do direito à saúde, também reveladas pelas narrativas. O senso de cooperatividade, comunidade e solidariedade entre as próprias mulheres, facilitam a busca por acesso à saúde. Somado a isso, a disponibilidade dos profissionais de saúde para utilizar estratégias que atenuem esses obstáculos, pode ser considerado um fator facilitador para o acesso à saúde. A exemplo, o relato de Pedro e 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 (Pedro, Médico Residente, 12/05/2022).

Em reforço, destaca-se a narrativa de alguns profissionais:

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?', ai 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? (Letícia, Enfermeira, 12/05/2022)

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. (Joana, Assistente Social, 12/04/2022).

Diante do exposto, é possível dizer que as ausências estruturais formam um cenário com barreiras ao pleno atendimento das mulheres imigrantes, no sistema de saúde pública do DF. As narrativas dos profissionais demonstram que apesar de alguns princípios do Sistema Único de Saúde serem cumpridos, outros acabam violados pelas próprias lacunas do sistema. O princípio da universalidade parece ser cumprido, na medida em que as mulheres conseguem acessar os serviços de saúde e têm esse processo facilitado pela disponibilidade dos profissionais de saúde. Entretanto, a ausência de informação e orientação de como deve ser a atenção à saúde dessas mulheres, especialmente às suas particularidades socioculturais, esbarra no desrespeito ao princípio que prevê a igualdade de assistência à saúde. Ademais, a estrutura precária da UBS impede a plena realização do princípio da participação da comunidade, pois a carência de um número proporcional de profissionais, especialmente de Agentes Comunitários de Saúde, dificulta a integralização de toda a comunidade ao sistema.

Este estudo demonstra a importância de mapear e evidenciar as condições de atendimento às mulheres imigrantes não só no Distrito Federal, mas também nos diferentes estados do país. A exposição e a compreensão das possíveis ausências, bem como das fortalezas, no processo de acesso ao direito à saúde, permite desenvolver propostas que visem atenuar as barreiras. A fala sensível e potente da profissional corrobora com a ideia da importância de serem produzidos estudos, pesquisas e diálogos nos mais diversos espaços, acerca da temática. E com essa fala, ou melhor dizendo, chamado para mais pesquisa, concluímos:

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 pequenininha 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 (Joana, Assistente Social, 12/04/2022).

Considerações finais

Conforme mencionado artigo, nos últimos anos os fluxos migratórios para o país têm sido compostos por mais mulheres e crianças. Nesse sentido, é fundamental saber mais e melhor sobre o acesso e os atendimentos à saúde das mulheres imigrantes no país e, especialmente, na sua capital. A pesquisa demonstrou que os elementos normativos, que circundam o acesso à saúde das mulheres imigrantes, dão a elas direito de acesso ao pleno atendimento pelo SUS. No entanto, observamos que não foi encontrada, no caso do DF, política pública de saúde que levasse em consideração as particularidades das mulheres imigrantes, e as diferenças culturais e sociais sobre a percepção do atendimento e cuidado com a saúde.

Em síntese, os dados mostraram que as mulheres imigrantes, em sua maioria, procuram o sistema de saúde quando estão grávidas para fazer o pré-natal. Nota-se que a gravidez foi, portanto, a grande porta de entrada

para as mulheres imigrantes. Segundo os profissionais de saúde, após esse primeiro contato, se abre uma porta para atendimento à saúde de toda a família - outros filhos/as, companheiros e familiares idosos.

Para além, os resultados da pesquisa expõem que elementos estruturais, culturais e sociais afetam o acesso e o atendimento das mulheres imigrantes. Em resumo, a pesquisa encontrou que há dificuldade por parte das imigrantes de compreender o funcionamento do sistema de saúde pública brasileiro. Uma das razões para essa dificuldade é lógica, já que o sistema de saúde brasileiro funciona de forma diferente dos sistemas de saúde dos países de origem das imigrantes.

As barreiras linguística e cultural também foram pontos de extrema relevância para o atendimento às imigrantes. Relataram-se dificuldades para entender os encaminhamentos, as explicações sobre o uso dos medicamentos e a realização de exames; também houve dificuldade para explicar sobre exames e procedimentos ginecológicos no Brasil. Nesse sentido, foram relatadas fragilidades no processo de construção da relação de confiança e continuidade do trabalho dos profissionais de saúde junto às imigrantes, devido às precariedades nas condições de trabalho na UBS.

Por outro lado, cumpre-se enfatizar a existência de fatores facilitadores, tais como o interesse dos profissionais em ter acesso a orientações e diretrizes mais específicas para o atendimento da população imigrantes, a disponibilidade dos profissionais para utilizar estratégias de aproximação que atuam as citadas barreiras e a colaboração de caráter comunitário que ocorre entre as mulheres imigrantes do DF.

Diante disso, esse estudo contribuiu para evidenciar a importância de conhecer, analisar e discutir as condições de acesso à saúde das mulheres imigrantes no DF, em particular, e no país, em geral. Aqui, gostaríamos de destacar que essa população, com presença progressiva na realidade brasileira, vai utilizar cada vez mais do sistema de saúde. Ter acesso e um bom atendimento de saúde é condição basilar à sua dignidade e bem-estar. Assim, espera-se que mais estudos sejam desenvolvidos nas diversas localidades deste país, de forma que, sendo capaz de dar visibilidade a esse “fato social”, seja possível conceber eventuais soluções aos fatores que criam barreiras ao exercício pleno do direito à saúde dessas mulheres.

Referências

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. (2017). *Política Nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. Editora do Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2018). *Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Departamento de Migrações. Coordenação-Geral de Política Migratória. (2024). *Relatório de atividades da Coordenação-Geral de Política Migratória (CGPMIG)*. Ministério da Justiça e Segurança Pública.
<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/migracoes/politica-nacional-de-migracoes-refugio-e-apatridia-1>
- Cavalcanti, L. (2021). A década de 2010 (2011-2020): dinamismo e mudanças significativas no panorama migratório e de refúgio no Brasil. In L. Cavalcanti, T. Oliveira, & B. G. Silva (Orgs.), *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil* (pp. 8-23). OBMigra.
- Collares, A. C. (2021). Migração e acesso à saúde no Brasil: Uma análise dos recursos municipais no atendimento à saúde dos migrantes. In L. Cavalcanti, T. Oliveira, & B. G. Silva (Orgs.), *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil* (pp. 225-254). OBMigra.
- Costa, N. B. N., Gurgel, H., & Matos, K. F. R. (2020). Migração e saúde: inter-relações, legislação e acesso. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 14(3), 99-114. <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i3.2866>

- Dantas, S. (2017). Saúde mental, interculturalidade e imigração. *Revista USP*, 1(114), 55-70. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i114p55-70>
- Dutra, D. (2012). *Migrações femininas contemporâneas: os desafios e as singularidades*. Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios. https://www.csem.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Migracoes_femininas_contemporaneas_Delia_Dutra.pdf
- Dutra, D. (2013). Mulheres migrantes trabalhadoras: a segregação no mercado de trabalho. *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 177-193.
- Galvão, A. L. M., Oliveira, E., Germani, A. C. C. G., & Luiz, O. C. (2021). Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde e Sociedade* 30(2), e200743. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>
- Granada, D., Carreno, I., Ramos, N., & Ramos, M. C. P. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 285-296. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>
- Leal, M. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V. B., Aquino, E. M. L., Barreto, M. L., Barros, F., & Victora, C. (2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1915-1928. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
- Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Mamed, L. (2018). Trabalho, migração e gênero: a trajetória da mulher haitiana na agroindústria brasileira. *Temáticas*, 25(49/50), 139-176. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v25i49/50.11132>
- Marinucci, R. (2007). Feminization of migration?. *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 15(29), 5-22.
- Mazzuoli, V. O. (2019). *Curso de direitos humanos*. Forense.
- Mejía, M. R. G., & Cazarotto, R. T. (2017). O papel das mulheres imigrantes na família transnacional que mobiliza a migração haitiana no Brasil. *Revista Pós Ciências Sociais*, 14(27), 171-190
- Mendes, G. F., & Branco, P. G. G. (2020). *Curso de direito constitucional*. Saraiva.
- Nielsson, J. G., Sturza, J. M., & Wermuth, M. Â. D. (2019). O direito ao acesso à saúde reprodutiva de mulheres migrantes: desvelando processos de precarização da vida. *Revista Derecho y Salud*, 3(3), 109-119. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2019\)08](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2019)08)
- Nota Técnica SEI-GDF nº 10 de 12 de dezembro de 2018. Atendimento ao usuário imigrante ou refugiado nos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF. 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
- Oliveira, T., & Tonhati, T. (2022). Mulheres, crianças e jovens na migração internacional no Brasil (pp. 8–35). In L. Cavalcanti, T. Oliveira, & B. G. Silva (Orgs.), *Relatório Anual OBMigra 2022* (Série Migrações). Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública / Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral.
- Parreñas, R. S. (2009). *Inserting feminism in transnational migration studies*. https://documentation.laestradainternational.org/lsidocs/RParrenas_InsertingFeminismInTransnationalMigrationStudies.pdf
- Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis. (2018). *Indicadores*. <https://www.redesocialdecidades.org.br/>
- Resolução Normativa nº 97, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a concessão do visto permanente previsto no art. 16 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a nacionais do Haiti. <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/1541>
- Resolução Normativa nº 126, de 2 de março de 2017. Dispõe sobre a concessão de residência temporária a nacional de país fronteiro. <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=338243>

- Resolução Normativa nº 27, de 10 de abril de 2018*. Dá nova redação à Resolução Normativa N° 20, de 12 de dezembro de 2017. Brasília, DF.
https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/resolucoes_normativas/RN_27_-_2018.pdf
- Rocha, A. S. P. S., Cunha, T. R., Guiotoku, S. & Moysés, S. T. (2020). Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. *Revista Bioética*, 28(2), 384-389. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400>
- Rodrigues, I. A., Cavalcante, J. R., & Faerstein, E. (2020). Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(3), e300306.
- Santos, F. V. (2016). A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 23(2), 477-494.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>
- Santos, M, & Mesquita, J. (2017). Observando o lado feminino da migração: mulheres bolivianas na cidade de São Paulo. *Revista Ambivalências*, 5(9), 172-194.
- Santos, A. L., Novaes, D. T. P., & Chaves, M F. G. (2018). Mulheres angolanas no Brasil: reflexões sobre migrações, gênero e maternidade. *Cadernos de Estudos Sociais*, 33(2), 121-149.
<https://doi.org/10.33148/CES2595-4091v.33n.22018>
- Silva, M. J. P. (2002). O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, 10(2), 73-88.
- Ventura, D., & Yujra, V.(2019). *Saúde de migrantes e refugiados*. Fiocruz.
- Véras, M. P. B., & Dantas, S. D. (2014). Prefácio. In A. Mota & G. S. M. C. Marinho (Orgs.), *Saúde e história de migrantes e imigrantes: Direitos, instituições e circularidades*. USP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade Federal do ABC; CD.G Casa de Soluções e Editora.