



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil

MULHERES REFUGIADAS E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UNIVERSALIDADE E EQUIDADE EM QUESTÃO

TAIANE DAMASCENO DA HORA ¹
ARIANE REGO DE PAIVA ²
LUDMILA FONTENELE CAVALCANTI ³

Resumo: Neste artigo buscou-se, a partir dos marcos da construção da política de saúde no Brasil e dos princípios da universalidade e equidade do SUS, abordar o direito à saúde de mulheres refugiadas e as barreiras de acesso aos serviços. Trata-se de um levantamento bibliográfico de abordagem qualitativa, onde se concluiu que as principais dificuldades para as mulheres refugiadas acessarem os serviços de saúde são o idioma, a cultura e a ausência de uma política nacional. Além disso, os problemas que as mulheres brasileiras enfrentam também são uma realidade para as refugiadas.

Palavras-chaves: SUS, universalidade, mulheres refugiadas, acesso à saúde.

Abstract: In this article, based on the construction of health policy in Brazil and the principles of universality and equity of SUS, we sought to address the right to health of refugee women and the barriers to access to services. This is a literature survey of a qualitative approach, which concluded that the main difficulties for refugee women to access health services are language, culture and the absence of a national policy. In addition, the problems that Brazilian women face are also a reality for refugee women.

1 Estudante de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica Do Rio De Janeiro

2 Professor com formação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica Do Rio De Janeiro

3 Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal Do Rio De Janeiro

Keywords: SUS, universality, refugee women, access to health care.

1. INTRODUÇÃO

Neste artigo buscou-se, a partir dos marcos da construção da política de saúde no Brasil e dos princípios de universalidade e equidade que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), abordar o direito das mulheres refugiadas que residem no país ao acesso a serviços de saúde, apontando a necessidade de construção de uma política que atue nas barreiras que essas mulheres vêm enfrentando. Este trabalho, de abordagem qualitativa, trata-se de um levantamento bibliográfico sobre o tema.

A migração e, particularmente, o refúgio são fenômenos sociais antigos, expressões da questão social que, para Boschetti (2017), trata-se do “(...) mais bárbaro processo de expropriação contemporânea” (2017, p.56). Esses processos que envolvem as expropriações fazem parte do desenvolvimento capitalista e se expressam na atualidade pelo aumento da exploração, desigualdade e da miséria em vários países, por mudanças e eventos climáticos, e através de relações e disputas geopolíticas e econômicas que vem aumentando nos últimos anos.

O chamado deslocamento forçado de pessoas, em sua categorização clássica, ou seja, a migração devido às guerras e perseguições políticas, ganhou destaque durante a

Primeira Guerra Mundial e a Segunda Guerra Mundial, quando milhares de pessoas fugiam de seus países devido aos conflitos armados. Nessa conjuntura, a questão dos refugiados ganhou a atenção das instituições como a Liga das Nações, principalmente quando afetou a Europa (SARTORETTO, 2018).

Para solucionar o problema dos refugiados, após a Segunda Guerra Mundial foram elaborados dois documentos importantes: a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 (JUBILUT et al, 2021).

A fim de garantir os direitos para os refugiados que devem estar sob a proteção do Estado, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) (2016) diferencia refúgio e migração. Com esses documentos os refugiados passaram a ser definidos como pessoas que se encontram fora do país devido a fundados temores de ser perseguido por motivo de raça, de religião, de nacionalidade ou por pertencer a um determinado grupo, conforme aponta a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 (BARRETO, 2010).

Já a migração, segundo a concepção do ACNUR, trata-se de um processo voluntário, que muitas vezes está relacionado às questões econômicas e à busca por melhores condições de vida. Essa diferenciação entre o que é refúgio e migração econômica é importante para o regime de proteção, pois permite que os refugiados tenham o seu direito internacional garantido (BARRETO 2020).

Para Ruseishvili (2021), acreditava-se que o deslocamento forçado em massa seria algo temporário e que acabaria com o fim das grandes guerras mundiais, porém não foi o que aconteceu. Esse fenômeno vem crescendo a cada ano e, segundo os dados do ACNUR em 2021, foram contabilizados mundialmente 89,3 milhões de pessoas em deslocamento forçado. No Brasil, segundo Junger et al (2022), em 2021 foram reconhecidas 3.086 pessoas refugiadas, por decisão de mérito. Entre essas pessoas nota-se que os maiores números são refugiados provenientes da Venezuela (77,3%), Cuba (11,80%), República Árabe da Síria (2,20%) e República Democrática do Congo (1,43%).

Diante disso, compreende-se a necessidade de garantia dos direitos sociais para este público nos Estados, ressaltando o caso das mulheres que se encontram em situação de refúgio, visto que se trata de um grupo, juntamente com as crianças e idosos, em maior situação de vulnerabilidade. As mulheres durante anos foram invisíveis nos estudos sobre esta temática, e não se levava em conta que elas possuem especificidades que são

diferentes dos homens ao buscar refúgio em outros países (DORNELAS; RIBEIRO, 2018). Nesse sentido, as mulheres em situação de refúgio precisam ter seus direitos garantidos, dentre eles o de acesso à saúde.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O DIREITO AO ACESSO UNIVERSAL

Segundo Paim (2009), o SUS é resultado do processo de luta conhecido como movimento de Reforma Sanitária, que buscava um sistema universal de saúde para atender a toda a população nas décadas de 1970 e 1980. Em 1988, a saúde passou a integrar o tripé da Seguridade Social juntamente com as políticas de assistência social e de previdência social, sendo reconhecida como um direito social e uma política pública. Em 1990, com a criação do SUS, a política de saúde passou a ser regulamentada por leis, normas operacionais, emendas constitucionais e resoluções específicas.

O conceito de saúde, de acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, aponta a relação com as condições materiais de vida da população, tais como: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde e o modo como os indivíduos estão inseridos em sociedade (ASSIS et al, 2007). Para Laurell (1976), esse conceito reforça a ideia de que a doença possui um caráter social expresso no modo com que os indivíduos nascem, vivem e morrem na sociedade.

O SUS é constituído por princípios da equidade, integralidade e universalidade. O princípio da equidade tem como finalidade compreender as desigualdades presentes na saúde pois, é preciso entender as diferenças sociais e atender a diversidade; com a integralidade, busca-se desenvolver ações de promoção, prevenção e sistematizar ações para enfrentar os problemas de saúde dos usuários atendendo as suas necessidades; e por fim, a universalidade determina que todos os cidadãos têm direito às ações e serviços de saúde, os brasileiros e estrangeiros podem acessar os serviços de saúde. Busca-se evitar que sejam impostas barreiras de acessibilidade legais, econômicas, físicas ou culturais (TEIXEIRA, 2011; RISSON, MATSUE, LIMA, 2018; PAIM, 2009).

Segundo Matta (2007), o princípio da universalidade é um dos grandes avanços na história da política de saúde brasileira, visto que em 1923, quando foi elaborada a Lei Elói Chaves, apenas os trabalhadores empregados tinham acesso aos serviços de saúde através do financiamento das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) e posteriormente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Com isso,

ficava evidente o caráter econômico da saúde no período de desenvolvimento industrial.

Para Matta (2007), ao afirmar que a saúde no Brasil é universal, pressupõe-se que se trata de um direito social, coletivo e financiado através da arrecadação de impostos e outras fontes, portanto, é importante ressaltar que universal não é o mesmo que gratuito.

Essa compreensão de direito universal à saúde está relacionada com a concepção de Estado de Bem-estar Social, segundo Matta (2007). Para Fleury et al (2012) ela está baseada no modelo beveridgeano, no qual o Estado desempenha um papel importante na administração e no financiamento pois as despesas são pagas com os recursos arrecadados periodicamente. Há um compromisso geracional, já que os futuros usuários terão seu direito a saúde assegurado devido a contribuição dos mais velhos. Este tipo de modelo de seguridade social tem relação com a cidadania universal garantindo o direito à saúde a todos os necessitados.

Segundo Serapioni (2019), o modelo beveridgeano é representado na saúde pelo *National Health Service (NSH)*, instituído no Reino Unido em 1948, após a Segunda Guerra Mundial e no contexto de desenvolvimento do Estado de Bem-estar social. Segundo Amorim e Perillo (2014), é um dos modelos de saúde mais antigos e que serviu de base para países como Brasil, Inglaterra, Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales.

Sobre os modelos de saúde, Amorim e Perillo (2014) ressaltam que podem ser classificados em dois grandes grupos: os chamados ocupacionais ou de seguro, que usam o pagamento de seguros; e os universais ou de seguridade, que garantem acesso gratuito. Existe outra forma de classificação que é feita a partir de três tipos:

1. Modelo de Beveridge - financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade;
2. Modelo Bismarck - seguro social, acesso de acordo com a situação de emprego e categoria profissional, com pagamento de cotas por empregados e empregadores; os cidadãos que não pertençam às categorias profissionais organizadas de vem pagar seguro saúde individual;
3. Modelo de mercado - financiamento individual ou de empresas, acesso de acordo com a cobertura do seguro-saúde (AMORIM; PERILLO, 2014, p.1).

O modelo beveridgeano, foi resultado do chamado Relatório Beveridge, produzido em 1942, em que se recomendou que os cidadãos tivessem acesso ao sistema de segurança social. Segundo Fleury et al (2012), esse modelo trouxe pela primeira vez a necessidade de entender que a saúde é um direito universal de cidadania assegurado pelo Estado.

Nesse sentido, é importante apontar que a cidadania é compreendida a partir dos estudos de Marshall (2021), em que são apresentadas três gerações de direitos: a civil, a

política e a social. A cidadania civil é compreendida como aquela que nasceu no século XVIII, composta pelos direitos referentes às liberdades individuais. A cidadania política, nasceu no século XIX e trata do direito de participação nas questões políticas, os indivíduos podem ser representantes ou representados. Já a cidadania social, que nasceu no século XX, engloba o direito de bem-estar, a segurança econômica, a participação no patrimônio social e o direito a ter uma vida civilizada, vivendo de acordo com os padrões sociais.

De acordo com Giovanella et al (2018), o Brasil é o único país capitalista da América Latina que possui um sistema de saúde cujo modelo é público universal. Embora tenha essa compreensão tão avançada sobre universalidade, ainda existem dificuldades para a população brasileira acessar os serviços de saúde que ameaçam a universalidade do SUS.

Hora e Cavalcanti (2021) analisam a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, que o acesso universal à saúde da população pode sofrer interferências por questões geográficas, de cor, de gênero, de escolaridade e de questões econômicas.

Compreende-se também que existem problemas na estrutura no SUS. Sobre isso, Giovanella et al (2018) afirmam que o Estado tem favorecido o setor privado por meio de incentivos fiscais e subsídios, fazendo com que atualmente ocorra uma perda da capacidade gerencial devido ao aumento da privatização, em que o setor que deveria ser complementar acaba sendo privilegiado.

Giovanella et al (2018) também enfatizam outros problemas como a Desvinculação da Receita da União (DRU), que desde 1994 diminuiu o orçamento federal em 20% (atualmente aumentado para 30% até 2023). Além disso, foram criados mecanismos de desvinculação dos orçamentos estaduais e municipais. Outra questão apresentada é a Emenda Constitucional 95/2016 que congelou as despesas do governo para os próximos 20 anos. A lei nº 13.097/ 2015 também se configura como uma ameaça ao SUS, visto que ela possibilita uma participação direta ou indireta e o controle do capital estrangeiro na saúde.

3. SAÚDE DA MULHER E AS BARREIRAS DE ACESSO PARA REFUGIADAS

Segundo Souto (2008), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) nasceu em 1983, ou seja, é anterior ao SUS e a Constituição Federal de 1988. Antes do PAISM, a saúde materno-infantil era voltada apenas para intervenção nas mulheres mães, adequando os seus corpos às necessidades de reprodução social, como afirma Osis (1998). Para Costa et al (2007), o movimento de Reforma Sanitária e o

movimento feminista tinham em comum o entendimento da determinação social das doenças. Para ambos o direito a saúde significava ter acesso a bens materiais, indo além da assistência médica.

Costa (2009) afirma que no início houve muitas dúvidas sobre o Programa, porém após o momento inicial o movimento feminista passou a defender o PAISM. O programa ganhou mais força na década de 1990 no contexto de implantação do SUS, da municipalização e da reorganização da saúde, no entanto, ainda era preciso incorporar ao programa os princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, de hierarquização, de integralidade e de equidade da atenção.

Osis (1998) enfatiza a importância da discussão voltada para integralidade nesse contexto. O PAISM foi construído a partir da articulação de diversos movimentos sociais no contexto de redemocratização do Brasil, entre eles o de mulheres, de profissionais da saúde, de sanitaristas, de sociólogos e de psicólogos. Esses grupos levantaram a discussão sobre a necessidade da Atenção Integral à Saúde da Mulher. Assim,

(...) as mulheres argumentaram que o conceito de *integral* deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas defendiam era que o *integral* se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. Em termos pragmáticos, que o médico, ao prestar assistência, concebesse a mulher como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto socioeconômico. Além disso, os movimentos de mulheres insistiram que o PAISM incluísse ações definidas de educação sexual e em saúde, para afastar qualquer possibilidade de ele ser usado para o controle populacional coercitivo (OSIS, 1998, p.29).

Segundo Costa et al (2007), na década de 1990 com a agenda neoliberal adotada no Brasil, não houve avanços significativos nas ações de Atenção Integral de Saúde da Mulher, houve duas ações importantes que merecem destaque: a primeira foi a ampliação do atendimento nos serviços de saúde municipais e o segundo diz respeito a redução das taxas de cesáreas no país.

Ao longo dos anos foram elaboradas outras políticas voltadas para saúde da mulher, entre eles pode-se destacar: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (2004), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005), a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida (2006), a Política Nacional de Planejamento Familiar (2007), o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS (2007) e a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias em

parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS) (2008) (RODRIGUES, 2009).

Souto et al (2021) apontam que, em 2004, após um longo período de debates, o PAISM, que era um programa, foi transformado em uma política pelo Ministério da Saúde, passando a ser a PNAISM. A Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISMU)⁴ e as Conferências Nacionais de Saúde foram espaços importantes para que isso se concretizasse.

Com a PNAISM, inclui-se a importância da abordagem de gênero, que buscou compreender as motivações do processo saúde-doença a partir das diferenças no modo de viver de homens e mulheres. O documento, que foi publicado pelo Ministério da Saúde, trouxe questões importantes como o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde. O objetivo era a busca pela consolidação de direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro, no tratamento de mulheres com HIV/AIDS e para aquelas que são portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Coelho et al (2009) ressalta a importância da categoria gênero na formulação das políticas de mulheres e sinaliza a necessidade de relacioná-la com o conceito de integralidade. Nesse sentido, a integralidade pode ser definida como: “(...) a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas” (COELHO et al, 2009, p.155).

Mesmo com os avanços nas políticas voltadas para saúde das mulheres no Brasil, ainda é possível visualizar a existência de problemas que precisam de maior atenção. Segundo os dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, em 2021 no Brasil, houve uma média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos, o principal motivo é a falta de recursos (USP, 2019). No município do Rio de Janeiro foram registrados 3.315 óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), a maior parte dos óbitos foi por causas indiretas, contabilizando 73 casos (SES RJ, 2021).

Além disso, foram registradas 1.519 mortes maternas por COVID-19 segundo o Observatório do Ministério Público (MP-RJ), sendo que mais de 56% dos óbitos foram de mulheres negras. Ao apresentar os dados na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de

⁴“A Cismu constituiu-se, portanto, em um fórum privilegiado de participação social do movimento de mulheres, composto por representantes de diversos segmentos do movimento feminista, ampliando, assim, sua influência na articulação de ações para a saúde das mulheres”. (SOUTO et al, 2021, p.839).

Janeiro (ALERJ), levantou-se a necessidade de discutir questões como racismo obstétrico, parto humanizado e outras questões relacionadas a saúde da mulher (ALERJ, 2021).

A partir dessa discussão é preciso pensar também saúde das mulheres refugiadas no Brasil. Em 2021, 53,7% das solicitações de refúgio foram de homens e 46,3% de mulheres. A maioria eram de mulheres venezuelanas (82,6) e angolanas (7,4%) (JUNGER et al, 2022).

No Brasil, a legislação aponta que os direitos sociais dos refugiados são a não devolução, não penalização pela entrada irregular, documentação, trabalho, livre trânsito pelo território, educação, saúde, não sofrer discriminação, não sofrer violência sexual ou de gênero e praticar livremente sua religião. Sobre o direito à saúde, devem ser atendidos nas unidades de atenção primária à saúde, de urgência e emergência, hospitais e nos demais serviços de saúde no território nacional (SMS-Rio, 2017).

Ventura e Yujra (2019) apontam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que os refugiados devem ter direito à saúde sem sofrer discriminações em relação aos nacionais. Para que a promoção da saúde se materialize é preciso ter políticas específicas que atendam às necessidades e que levem em consideração os determinantes sociais dos deslocados.

Sobre a saúde de mulheres refugiadas, em 2020 o ACNUR identificou 112.119 partos em 19 países, houve um alto nível de mortalidade neonatal, principalmente de crianças menores de cinco anos e uma crescente mortalidade de mulheres por complicações nos partos. Segundo a OMS (2022),

Las mujeres refugiadas y migrantes suelen tener menos acceso a los servicios de salud materno infantil que las mujeres que viven en el país de acogida. Esto es particularmente grave para el acceso a la atención prenatal, que está influenciado por factores como la situación migratoria y el nivel educativo. Los datos muestran que las mujeres refugiadas y migrantes tienen un mayor riesgo de presentar resultados negativos durante el embarazo y el parto. El acceso a la atención prenatal es una cuestión clave en varias regiones (...) (p. 14).

Diante disso é urgente a necessidade de elaboração de uma política nacional de atenção para refugiados, que insira entre as pautas a saúde das mulheres refugiadas. Segundo Lavor (2017), ainda não existe uma política nacional de atenção à saúde aos imigrantes e refugiados no Brasil, em 2013 ela estava em fase de implementação. Atualmente os estados têm avançado nessa discussão com a criação de comitês para saúde de refugiados, capacitação de profissionais e desenvolvimento de ações que olhem para a especificidade desse público.

Entre as dificuldades para que os refugiados acessem os serviços de saúde, e dentro

desse público encontram-se as mulheres refugiadas, identifica-se principalmente a compreensão de outros idiomas e o conhecimento de outras culturas. Segundo Lavor (2017), isso muitas vezes reflete em uma “patologização” das diferenças.

De acordo com Santana (2018), há necessidade de um planejamento de ações que contemple a influência da cultura nos sintomas clínicos, na doença e na evolução delas. As refugiadas nem sempre compartilham da compreensão do mesmo modelo de saúde brasileiro, já que em alguns países não há acesso universal e gratuito. Quanto maior a diferença cultural, maior será a dificuldade de comunicação, afirma Santana (2018). Ventura e Yura (2018) apontam questões importantes a respeito das diferenças culturais, que podem ser definidas como:

- a incompreensão do foco preventivo e não apenas curativo do SUS;
- a atenção básica como porta de acesso;
- o fluxo de encaminhamento para atenção secundária;
- o papel da vigilância em saúde;
- e a diferença entre atribuições das diversas categorias profissionais (para uma parte dos usuários migrantes, todos os trabalhadores da saúde poderiam fazer diagnóstico e adotar condutas) (VENTURA; YURA, 2018, p.72).

Para Santana (2018), deve-se pensar no conceito de “humildade cultural”. Este tipo de abordagem (...) “implica numa atitude de respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e seus significados, incluindo múltiplos pontos de vista no desenho do projeto terapêutico” (SANTANA, 2018, p.2). Outro conceito considerado importante pela autora é a “competência cultural”, que se trata de uma estratégia que aborda as desigualdades na saúde, porém não seria suficiente. Uma importante ferramenta para o enfrentamento da cultura como barreira de acesso são as capacitações dos profissionais de saúde, buscando trazer o entendimento do funcionamento de outras culturas e como lidar com essas questões durante o atendimento de saúde.

Segundo Ventura e Yura (2018), o idioma é uma das primeiras barreiras de acesso para os refugiados nos serviços de saúde, é anterior até mesmo à cultura. Os profissionais nem sempre dominam outros idiomas e isso dificulta o cuidado na saúde. Para superar esse problema as secretarias municipais e estaduais de saúde têm realizado ações como a criação de materiais informativos em outros idiomas, que não seja o português, a fim de facilitar a disseminação de informações em saúde, além disso também usam de recursos como o google tradutor na hora do atendimento e encaminhamento das refugiadas para cursos de português.

4.CONCLUSÃO

Identificou-se com esse estudo que o SUS é um grande avanço na política de saúde brasileira e, com princípio da universalidade e equidade, todos os sujeitos que habitam o território, inclusive os migrantes, sem nenhuma distinção, devem ter acesso aos serviços de saúde no Brasil. A política de saúde da mulher faz parte dos avanços da política de saúde brasileira, é direcionada também pelos princípios de universalidade, de integralidade e de equidade, além de compreender-se que a saúde da mulher possui muitos determinantes, permeada pelas relações de gênero, raça e etnia, fatores culturais, condições de moradia, de trabalho, etc.

O crescimento do número de mulheres refugiadas no Brasil é uma realidade nos últimos anos que torna necessário a existência de políticas voltadas para esse público. A equidade estabelece que todos precisam de atenção à saúde, entretanto é preciso olhar para as especificidades de cada grupo e assim criar ações que atendam às particularidades.

Identificou-se na literatura que as principais barreiras de acesso para as mulheres refugiadas são o idioma e a cultura. O idioma foi considerado a primeira barreira de acesso nos serviços públicos para refugiadas. A falta de investimento para enfrentar esta demanda é um desafio, já que a comunicação é importante para que o atendimento se efetive. A cultura é um elemento fundamental na compreensão desse fenômeno tendo em vista as diferenças entre os modos de viver no processo saúde-doença. Por fim, é necessário avançar na discussão e elaboração de uma Política de Atenção à Saúde para Refugiados e Migrantes que coloque em evidência a atenção à saúde de mulheres refugiadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. O National Health Service – NHS: O Sistema de Saúde da Inglaterra. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 53 - 54, 2014.

ASSIS, A.M.O.; BARRETO, M.L.; OLIVEIRA, L.P.M.; SANTOS, S.M.C.; PINHEIRO, S.M.C. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2007.

BARRETO, L. P. T. F. A lei brasileira de refúgio - Sua história. *In*: BARRETO, L. P. T. F. Refúgio no Brasil: A proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010, p.12-46.

BOSCHETTI, I. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n.128, p.54-71, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/LPjQQGPrjNGJ6ZnCsKmn3wx/?lang=pt#ModalArticles>. Acessado em: 17 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

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

CAVALCANTI, L.; HORA, T.D. Acesso à saúde: conceito e questões para o debate. X Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2021, Maranhão.

COELHO, E.A. C; SILVA, C. T. O; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. Integralidade do cuidado à Saúde da mulher: limites da prática profissional. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.154-160,2009.

Comissão do cumpra-se: cerca de 85% dos óbitos maternos causados pela COVID ocorreram antes da vacinação. ALERJ, Rio de Janeiro, 27 de maio de 2022. Disponível em: <<https://www.alerj.rj.gov.br/Visualizar/Noticia/53472>>.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. vol.14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COSTA, A.M; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: Laços e diversidades no processo de formulação, implementação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Saúde em Debate, p. 13-24, 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=406345310003>> . Acessado em 25 de ago de 2022.

DORNELAS, P. D.; RIBEIRO, R. G. N. Mulheres Migrantes: invisibilidade, direito à nacionalidade e a interseccionalidade nas políticas públicas. O Social em Questão, Rio de Janeiro, v. 41, p.247-264, ago., 2018.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Proteção social, políticas e determinantes de saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. org. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 36-85.

GIOVANELLA. L; MENDOZA-RUIZ, A; PILAR, A.C.A; ROSA M.C; MARTINS, G.B; SANTOS, I.S et al . Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. saúde coletiva, 2018.

Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen [World report on the health of refugees and migrants: summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

JUBILUT, L; GARCEZ, G.S; FERNANDES, A, P; SILVA, J.C.J. O Direito Internacional dos Refugiados no marco dos 70 anos da Convenção de 51. In: JUBILUT, L. et al.; Direitos Humanos e Vulnerabilidade e Direito Internacional dos Refugiados. Boa Vista: Editora da UFRR, 2021, p.84-103.

JUNGER, G; CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; SILVA, B. G. Refúgio em Números (7ª Edição). 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, 2022.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LAVOR, A. Do outro lado da linha: Preconceitos e barreiras culturais dificultam acesso à saúde de refugiados que vivem no Brasil. Radis: Fiocruz, n.180, p. 18-21, 2017.

MARSHALL, T.H. Cidadania e classe social. São Paulo: Editora Unesp, 2021.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. S25-S32, 1998. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/jJ6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?lang=pt#>>. Acessado em 25 de ago. 2022.

PAIM, J. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da Refugiados” e “migrantes”: perguntas frequentes. ACNUR, 22 mar.2016. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2016/03/22/refugiados-e-migrantes-perguntas-frequentes>>. Acessado em 17 ago. 2022.

RISSON, Ana Paula; MATSUE, Regina Yoshie; LIMA, Ana Cristina Costa. Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais. O Social em Questão, Rio de Janeiro, n. 41, p.111-130, 2018.

RODRIGUES, T. Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos Indicadores mostram os resultados da ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde. EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: < <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos#:~:text=Indicadores%20mostram%20os%20resultados%20da,mulher%20aos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde.&text=No%20m%C3%AAs%20em%20que%20se,Mulher%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>> Acessado em 25 de ago. 2022.

RUSEISHVILI, S. Por uma Genealogia da Convenção de 1951: A nacionalização da sociedade na Europa e a construção normativa do refugiado-apátrida no período de entre guerras. In: JUBILUT, L. et al. Direitos Humanos e Vulnerabilidade e Direito Internacional dos Refugiados. Boa Vista: Editora da UFRR, 2021, p.84 -103.

SANTANA, Carmen Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hTwhxXPNybhHND4wCvYfT6c/?lang=pt#ModalArticles>. Acessado em 27 de ago. de 2022.

SARTORETTO, L.M. Direito dos refugiados: do eurocentrismo às abordagens de terceiro

mundo. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2018.

SAÚDE, Secretaria Municipal de. A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados. Rio de Janeiro: SMS, 2017. 85 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SERAPIONI, M.; TESSER, C. D. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. Saúde em Debate, Minas Gerais, v.43, n.5, p. 44-57, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ft6GqmSCTyxGYkG33Lmm8FP/?lang=pt>> Acessado em 20 ago. 2022.

SOUTO, K. “A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero”. Revista Ser Social, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. Saúde em Debate, v.45, n. 130, p. 832-846, 2021. Disponível em : < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=pdf&lang=pt>>.Acessado em 26 ago. 2022.

Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos. Jornal USP, São Paulo, 11 de abril de 2022. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/taxa-de-mortalidade-materna-no-brasil-cresce-principalmente-por-falta-de-recursos/>>.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. In: Conferência Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho, 2011.

VENTURA, D. F. L; YURA, V. Q. Saúde de migrantes e refugiados. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019.

,

,