



Mulheres Imigrantes e Acesso a Serviços de Saúde no Brasil¹

Sabrina Ribeiro²

Rosane Machado Rollo³

Ivana dos Santos Teixeira⁴

Cristianne Maria Famer Rocha⁵

Problema de pesquisa

Como as mulheres imigrantes percebem o acesso a serviços de saúde no Brasil, mais especificamente na cidade de Porto Alegre, RS?

Objetivos

Geral

Analisar a percepção de mulheres imigrantes a respeito do acesso a serviços de saúde no Brasil, mais especificamente na cidade de Porto Alegre, RS.

Específicos

- a) Descrever o acesso aos serviços de saúde no Brasil pelas mulheres imigrantes;
- b) Identificar semelhanças e diferenças entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde do país de origem das imigrantes;
- c) Identificar práticas de saúde desenvolvidas/praticadas pelas imigrantes.

Metodologia

De inspiração etnográfica, esta pesquisa faz parte de um projeto maior⁶, desenvolvido por uma das autoras, em seu estágio de pós-doutorado. De abordagem qualitativa, trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com a realização de entrevistas semiestruturadas com imigrantes mulheres, moradoras da cidade de Porto Alegre, RS, usuárias de serviços de saúde.

1 Este trabalho foi apresentado no “II Seminário Estadual sobre Migração e Refúgio: Razões para Migrar”, em 09 de outubro de 2019, selecionado mediante submissão do resumo expandido conforme Edital organizado pelo NEPEMIGRA.

2 Graduanda em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: email.sabrinar@gmail.com.

3 Mestre em Saúde Coletiva, Mestranda em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: rosanerollo@gmail.com.

4 Doutora em Antropologia Social, em Estágio de Pós-Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: ivanasteixeira@gmail.com.

5 Doutora em Educação, Professora Associada da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Email: cristianne.rocha@ufrgs.br.

6 Trata-se do projeto intitulado *Mulheres Imigrantes na cidade de Porto Alegre: Um diálogo pluricultural sobre saúde*, de autoria de Ivana dos Santos Teixeira, sob supervisão de Cristianne Maria Famer Rocha.

A modalidade de entrevista aberta ou não estruturada foi a escolhida, uma vez que permite às pesquisadoras trabalharem com um esquema de pensamento, “buscando sempre encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa” (MINAYO, 2008, p. 265). A ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida, pois essa é “determinada pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto em pauta” (MINAYO, 2008, p. 265).

As entrevistas foram realizadas pelas autoras, em datas e locais previamente agendados com as participantes, seguindo um roteiro padrão e gravação de áudio, com autorização prévia das participantes. As entrevistas foram transcritas na íntegra e as gravações, assim como as transcrições, serão mantidas pelas pesquisadoras por cinco anos e, após transcorrido este tempo, as mesmas serão destruídas. O quantitativo de participantes foi de oito mulheres, selecionadas de forma intencional, buscando compor um grupo de suficiente heterogeneidade.

Os critérios de inclusão foram: mulheres imigrantes, maiores de 18 anos, alfabetizadas (na língua materna), usuárias de serviços de saúde, que vivem no Brasil há mais de seis meses e que consigam se expressar e conversar em português.

Para a análise dos dados, foi realizada a análise de conteúdo, a partir do tema principal dessa pesquisa, qual seja, a percepção, por parte das usuárias imigrantes, a respeito do acesso aos serviços de saúde a elas prestados/disponibilizados no Brasil. Para Minayo (2008), a análise de conteúdo é definida como um conjunto de normas e de procedimentos que buscam a interpretação das comunicações, por meio da descrição objetiva, de forma metódica e qualitativa que possibilita a compreensão das mensagens e o alcance da interpretação dos significados do documento (comunicações), visando uma inferência minuciosa de informações complexas e sua aplicabilidade.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), sob número 3.229.977, em acordo à Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Aporte teórico

Ainda que exista certo consenso que é de direito dos imigrantes a igualdade de acesso aos serviços de saúde, de maneira que suas características culturais e étnico-raciais sejam respeitadas, sabe-se que, em alguns países, tal direito não é devidamente respeitado.

Embora o Brasil esteja em constante adaptação aos movimentos migratórios, os equipamentos públicos e os profissionais que prestam serviços às populações imigrantes passam por diferentes desafios interculturais devido à sempre maior presença de populações advindas de países como o Senegal, Haiti e Venezuela. Na América do Sul, o Brasil foi o primeiro país a formular legislação nacional específica, tendo sido também um dos pioneiros na adesão ao regime internacional para os refugiados. Os serviços públicos, neste contexto, como o atendimento à saúde

e todos os atores que estão envolvidos (equipes de saúde, dirigentes, equipamentos estatais e imigrantes), convergem esforços no sentido de adequar suas práticas de saúde em vista de uma maior efetividade nos processos de controle de doenças, em meio à forte influência das diferenças culturais. As técnicas de atendimento desenvolvidas pelos trabalhadores de instituições ligadas ao sistema convencional de saúde utilizam uma gama de técnicas e tecnologias que visam identificar as necessidades dos usuários e coordenar os conhecimentos, de tal forma que sejam passíveis de compreensão e aceitação pelos imigrantes. Isso se reflete, de maneira pragmática, nas práticas de cuidado e cura, porque além de constituírem a forma como o gesto ou a técnica é objetivada, nos falam das percepções e atitudes dos profissionais de saúde e dos usuários no contexto da prestação de cuidados, e isso pode ter implicações na sua interação (RODRIGUES; DIAS, 2012).

Em um apanhado geral, aponta-se que as maiores barreiras no atendimento a imigrantes/refugiados são linguísticas, culturais e estão estreitamente associadas à falta de profissionais de saúde capacitados a entender as demandas diferenciadas (que podem estar relacionadas à classe social, gênero, cultura, etc.), como mostram Santinho (2012) e Dias et al. (2011).

A inserção de migrantes, como rubrica mais geral, no espaço urbano de Porto Alegre, assim como de todo o território brasileiro, marca a constituição das cidades com uma base social dividida entre diferentes culturas. Os atuais migrantes que chegam na qualidade de refugiados, a maioria, amparados pela lei do refúgio humanitário, foram acolhidos na cidade de Porto Alegre através do convênio estabelecido com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) e a Associação Antônio Vieira (ASAV), que incluiu a parceria com projetos de assistência aos refugiados e outros órgãos parceiros: prefeituras e secretarias de municípios da Grande Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com estudantes do Curso de Direito que formam o Grupo de Apoio aos Refugiados (GARE); a Rede Metodista de Educação de Porto Alegre e Santa Maria, os Grupos Leigos Scalabrinianos, empresários locais e agentes de integração (BERNARDON, 2009).

Invisíveis para a maior parte da população local e isolados, os imigrantes têm cada vez mais dificuldades no acesso a cuidados básicos de saúde e outros serviços. Todos os dias, nas unidades de saúde e através de avaliações nas ruas, as equipes médicas veem a saúde dos imigrantes degenerar. Cientes dessas dificuldades, sabemos que a relação entre o atendimento a mulheres imigrantes e as técnicas de saúde implicadas variam de acordo com os sistemas de saúde, mas também de acordo com os grupos e sua situação de vulnerabilidade, etnicidade, gênero, região de origem e destino. Além disso, outros diversos fatores expõem os sujeitos a um maior risco de acidentes de trabalho, abuso sexual, violência, abuso de drogas e transtornos psicológicos, assim como o risco de contrair doenças infecciosas – como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH ou HIV, sigla em inglês), Síndrome da Imunodeficiência

Humana Adquirida (SIDA ou AIDS, sigla em inglês), tuberculose e hepatites. Esses riscos são agravados pelo acesso limitado aos benefícios sociais e serviços de saúde dentro dos territórios de origem, trânsito, destino ou retorno.

Resultados parciais

Os resultados obtidos até o presente momento apontam que há uma série de diferenças — como o acesso, a cobertura, o financiamento, a organização e a atenção à saúde, dentre outras —, entre os sistemas de saúde dos países de origem das mulheres entrevistadas e o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. De maneira geral, as imigrantes — de diferentes proveniências, tal como: República do Congo, Guiné-Bissau, Colômbia e Moçambique — indicam terem recebido atendimento compatível com suas necessidades (nos casos em que receberam atendimento no SUS) e até, em alguns casos, superior ao quanto recebido em seus países de origem. Todas referem a gratuidade e o acesso universal do SUS como a maior diferença existente em relação ao quanto oferecido em seus países.

Além disso, ficou evidenciado que, apesar da maioria das entrevistadas já estarem cadastradas no seu posto de saúde de referência, utilizando-o com certa regularidade, outras, mesmo estando há algum tempo no Brasil, ainda não haviam acessado o SUS. Cabe ressaltar que o acesso ao sistema de saúde brasileiro se concretiza a partir de algumas ações que os usuários devem executar, como a confecção do Cartão SUS (com comprovante de residência e documento de identificação oficial), momento em que será definido o local de atendimento, respeitando a territorialidade e a adscrição (designação de usuários a determinadas equipes de saúde). Embora esse itinerário pareça óbvio para um brasileiro, as entrevistadas nos mostram que, em alguns casos, não tinham ideia de como proceder para acessar o SUS ou notaram diferenças estruturais dentre as diferentes unidades de saúde da cidade, manifestando predileção por uma ou outra, considerando o modo como as consultas eram organizadas (marcação e atendimento no mesmo dia ou marcação em um dia e horário pré-estabelecido e realização da consulta ou exame em outro dia). A política de marcação dos atendimentos pode ser adequada pelos serviços em função da demanda e esse procedimento afeta diretamente a rotina dos usuários frente às suas questões de saúde, pois perder a data marcada para um exame (depois de um ano de espera) ou depender de uma consulta com data distante, quando passamos por um problema de saúde (mesmo que não tenha caráter de urgência), assim como a necessidade de perder um ou dois dias de trabalho (um para marcar a consulta e outro para ir à consulta), são questões que apareceram nas entrevistas e que mostram o quanto o nosso sistema de saúde, sempre em processo de melhoramento, pode repensar alguns itinerários, sobretudo para populações migrantes.

As participantes referem, nesse sentido, uma certa dificuldade para entenderem como fazer para acessar os serviços. Mas depois que acessam, dizem se sentir satisfeitas com os serviços oferecidos. E até surpresas, em alguns casos, com o fato de os brasileiros “não valorizarem o quanto que tem”.

Considerações finais

Ainda que os dados sejam parciais, até o momento, é possível indicar: que as mulheres imigrantes se sentem satisfeitas com a oferta de serviços de saúde acessados no Brasil, não terem tido dificuldades em relação ao idioma e considerarem que o melhor benefício é a possibilidade de acessarem os serviços de forma gratuita.

Espera-se que, até o final das análises realizadas dos dados coletados, seja possível descrever como se dá o acesso aos serviços de saúde, quais as principais diferenças e semelhanças entre o SUS e os serviços de saúde dos países de origem e as práticas de saúde utilizadas pelas imigrantes no Brasil.

Referências

BERNARDON, A. C. **População refugiada reassentada no Rio Grande do Sul**: Histórias de saudades e resistência. Porto Alegre: PUCRS, 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

DIAS, S.; GAMA, A.; SILVA, A. C.; CARGALEIRO, H.; MARTINS, M. Acessibilidade à saúde pelos imigrantes em Portugal. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 24, n. 4, p. 511-516, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

RODRIGUES, Rita; DIAS, Sónia. Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. **Forum Sociológico**, v. 22, n. 1, p. 63-72, 2012.

SANTINHO, Cristina. A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. **Forum Sociológico**, v. 22, n. 1, p. 73-81, 2012.