

EIXO TEMÁTICO 4 | SEGURIDADE SOCIAL: ASSISTÊNCIA SOCIAL, SAÚDE E PREVIDÊNCIA

DESAFIOS PARA O ACESSO A SAÚDE DAS REFUGIADAS CONGOLESAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: percepção dos gestores de saúde

CHALLENGES ACCESS TO HEALTH CARE FOR CONGOLESE REFUGEES IN THE MUNICIPALITY OF RIO DE JANEIRO: perception of health managers

Taiane Damasceno da Hora¹
Ariane Rego de Paiva²

RESUMO

Este artigo apresenta os desafios para acesso à saúde integral de mulheres refugiadas congolesas na cidade do Rio de Janeiro a partir da percepção de gestoras de saúde da Atenção Primária. A pesquisa foi realizada através de análise bibliográfica e de documentos, além de entrevistas semiestruturadas com quatro gestoras da política pública municipal, submetidas à análise de conteúdo temático. As gestoras consideram as diversas formas de precarização dos serviços de saúde, a falta de qualificação e formação dos profissionais na temática da diversidade e as diferenças de idioma como os principais dificultadores do acesso à saúde pelas refugiadas congolesas.

Palavras-chave: Saúde; Acesso; Refugiadas Congolesas; Rio de Janeiro.

ABSTRACT

This article presents the challenges facing Congolese refugee women in the city of Rio de Janeiro in terms of access to comprehensive healthcare, based on the perceptions of primary healthcare managers. The research was carried out through bibliographic and document analysis, as well as semi-structured interviews with four municipal public policy managers, which were subjected to thematic content analysis. The managers consider the various forms of precariousness in health services, the lack of qualification and training of professionals on the subject of diversity and language differences to be the main obstacles to access to health for Congolese refugees.

¹ Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela PUC-Rio. E-mail:taiane.damasc@gmail.com.

² Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUC Rio. Email: arianepaiva@puc-rio.br.

Keywords: Health; Access; Congolese Refugees; Rio de Janeiro.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo apresentar os desafios para acesso à saúde integral de mulheres refugiadas congoleesas na cidade do Rio de Janeiro a partir da percepção dos gestores de saúde. Trata-se de um recorte dos resultados da pesquisa de doutorado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC Rio) em 2023.

A pesquisa maior foi realizada na Atenção Primária do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada foi a abordagem qualitativa. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com gestores (4), profissionais da Clínica da Família (5) e mulheres refugiadas congoleesas (3). Para analisar os dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática. Este trabalho, portanto, apresenta os resultados das entrevistas com as quatro profissionais gestoras.

Compreende-se que nos últimos anos, vem ocorrendo um processo de feminização do refúgio, que se verifica nos dados internacionais de deslocamentos e no Brasil, tal fato traz um novo desafio, pois é preciso que as mulheres refugiadas tenham acesso aos direitos sociais. Com a Constituição Federal de 1988, expandiu-se direitos sociais, muitos deles resultados das lutas que se estabeleceram nos anos 70 com os movimentos feministas. Todavia, no Brasil, mesmo com direitos e proteções previstos nas leis, as mulheres ainda vivem com problemas como a violência de gênero, pobreza e desigualdade.

Com a chegada de mulheres refugiadas e outras migrantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica nos últimos anos, um novo desafio foi colocado para aqueles que atuam com políticas públicas, pois além de estarem inseridas em contextos de pobreza e desigualdades, sofrem com o desconhecimento de seus direitos, a dificuldade da língua, das diferenças culturais, com o racismo e a xenofobia.

As mulheres congoleesas, escolhidas no estudo apresentado, têm particularidades importantes que devem ser exploradas, como o contexto político e econômico da República Democrática do Congo (RDC) e como isso implica em violações para as mulheres e a condição de ser mulher, negra e refugiada no Brasil. A população que vive na RDC sofre com a grave e generalizada violação de Direitos Humanos, relacionada ao processo de colonização e

exploração dos países imperialistas que ao longo da história continuam a saquear as riquezas do país. As mulheres, assim como crianças e idosos, ficam expostos às violências de uma interminável guerra civil, o que motiva para que as pessoas busquem refúgio em outros locais a fim de sobreviverem, e um dos destinos tem sido o Brasil.

Segundo os dados do Relatório Refúgio em Números (2023), no Brasil em 2022 foram recebidas 50.355 solicitações de refúgio. No período compreendido entre 2011 até 2022 foram reconhecidas 1.113 solicitações de refúgio de congolese. Em 2022 foram reconhecidas 26 solicitações de refúgio deste público, sendo 14 para o sexo masculino e 12 para o feminino. Vale ressaltar que nos últimos anos no Brasil vive-se uma mudança no perfil das mulheres solicitantes de refúgio, pois até meados da década de 2010 predominavam as solicitações das sírias, congolese e colombianas. Todavia nos últimos três anos, há um predomínio das venezuelanas, devido a situação que a Venezuela vivencia atualmente (JUNGER ET AL, 2023).

Na legislação brasileira, as mulheres migrantes, independente de sua condição migratória, bem como as que possuem solicitação de refúgio ou que já possuam o reconhecimento do status de refugiadas, devem ter garantidos os mesmos direitos à saúde que as nacionais brasileiras. Os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) são essenciais para pensar no direito à saúde de refugiadas e migrantes.

Este artigo foi estruturado de forma a apresentar uma breve introdução do tema abordado, em seguida discutiu-se o acesso a saúde para as refugiadas no Brasil e os resultados da pesquisa de campo, abordando os desafios e limites para o acesso de refugiadas congolese à atenção integral à saúde no município do Rio de Janeiro, a partir da percepção das gestoras da Atenção Primária. Por fim, apresentou-se as considerações finais do estudo.

2 ACESSO A SAÚDE PARA MULHERES REFUGIADAS NO BRASIL

Na Lei de Migração brasileira define-se no artigo 4º, que o migrante no território nacional deve viver em condições de igualdade com os nacionais, sendo garantida a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, além de outros direitos que também estão definidos na Constituição Federal de 1988, no rol direitos fundamentais. Rezende (2021) afirma que são garantidos também direitos como o acesso aos serviços públicos de saúde, assistência social e previdência social, justiça, educação, entre outros.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo período na sociedade brasileira. Definiu-se que os direitos fundamentais, conforme aponta o Supremo Tribunal Federal (STF), devem ser estendidos também para os que não são brasileiros. Os direitos fundamentais são intransponíveis e essenciais aos cidadãos, estão distribuídos em direitos individuais; direitos coletivos; direitos sociais; direitos à nacionalidade, e direitos políticos, estes últimos não são garantidos aos migrantes e refugiados (SIMÕES, 2012). Entre os direitos que devem ser estendidos aos refugiados estão também os chamados direitos sociais, que estão inscritos no artigo 6º da Constituição Federal e, como afirma Simões (2012) possuem relação com os direitos da seguridade social, “[...] são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, art. 6º).

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) afirma que os refugiados, tanto homens quanto as mulheres devem ter direitos assegurados no Brasil, como a: não devolução, não ser discriminado, trabalho, livre trânsito pelo território brasileiro, não sofrer violência sexual ou de gênero, saúde, educação, praticar livremente sua religião, flexibilização nas exigências para apresentação de documentos do país de origem, documentação, residência permanente e reunião familiar (ACNUR,2014).

O SUS configura-se como um grande avanço na história da política de saúde no Brasil. Giovanella et al. (2018) ressaltam que o Brasil é o único país capitalista da América Latina que possui um sistema de saúde cujo modelo é público-universal. Trata-se de uma política que foi resultado do processo de luta, conhecido como movimento de Reforma Sanitária, que buscava um sistema universal de saúde para atender toda a população, e teve início nas décadas de 1970 e 1980. Há um compromisso geracional no financiamento da política pública, já que os futuros usuários terão seu direito à Saúde assegurado, devido à contribuição dos mais velhos. Esse tipo de modelo de seguridade social tem relação com a cidadania universal, garantindo o direito à Saúde a todos os necessitados (MATTA, 2008; FLEURY; OUVENEY, 2012). Segundo Fleury e Ouverney (2012), esse modelo trouxe, pela primeira vez, o entendimento de que a saúde é um direito universal de cidadania, assegurado pelo Estado, sendo base para a construção da ideia de universalidade do SUS.

Assis e Jesus (2012) afirmam que, embora a Constituição de 1988 e a Lei 8.080/1990 assegurem Saúde como um direito universal garantido pelo Estado, é preciso compreender que a legislação foi apenas uma etapa alcançada para a construção do SUS.

Logo, para que esse direito seja concretizado é necessário ter como alicerce um modelo social que tenha como fundamentos solidariedade humana e a igualdade social.

No Brasil a saúde também é direcionada a fim de atender as particularidades de alguns grupos. Em relação a saúde da mulher, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2004, trouxe questões importantes como o enfoque de gênero, da integralidade e da promoção da saúde. O documento também tem como objetivo a busca na consolidação de direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a necessidade de melhoria na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no tratamento de mulheres com HIV/AIDS e para aquelas que são portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Embora exista uma Política de Saúde da mulher, o acesso ainda é um problema. Segundo os dados do Observatório Obstétrico (RODRIGUES; HERZOG, 2023), no período de 2016 a 2020, no Brasil, registrou-se um total de 5.373 óbitos referentes a mulheres no período de puerpério até um ano após o parto. Esses óbitos cresceram ao longo dos quatro anos. Notou-se também que 47% das mulheres eram solteiras, e há uma dimensão racial nessas mortes, uma vez que 64% eram de pardas e negras. Sobre a escolaridade, 73% tinham até o ensino médio completo.

Segundo Rodrigues e Herzog (2023) dos 5.373 óbitos, 3.389 poderiam ter sido evitados, já que 63% dessas mortes ocorreram por causas obstétricas diretas. Ou seja, complicações durante a gravidez ligadas a intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos. Os óbitos femininos são evitáveis com melhor acesso à atenção básica, pré-natal, humanização na atenção e cuidados hospitalares. A mortalidade feminina cresceu na pandemia, foi uma das mais altas no mundo. Se para as brasileiras existem dificuldades para utilizar os serviços de saúde, para as refugiadas e migrantes não é diferente. O que está previsto na legislação nem sempre consegue ser concretizado, pois o SUS enfrenta muitos problemas estruturais e que se aprofundam em um contexto de acirramento do neoliberalismo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou, em julho de 2022, o seu 1º Relatório Sobre a Saúde de Refugiados e Migrantes, em nível mundial. No relatório, afirma-se que a experiência de deslocamento é um dos fatores que influenciam na saúde dos indivíduos, e isso ocorre combinado a outros problemas. Em relação à saúde reprodutiva notou-se que os refugiados e migrantes recebem menos atenção à saúde sexual e reprodutiva, entre os problemas, pode-se registrar a violência sexual, pouco conhecimento sobre o uso de

contraceptivos e falta de acesso ao planejamento familiar. Situações como o acesso ao pré-natal pode ser influenciado pelo nível educacional. A OMS (2022) aponta que há possibilidade de constrangimentos durante o parto. Outro problema apresentado pela OMS é a falta de dados sobre saúde de migrantes e refugiados nos países, isso dificulta a produção de políticas públicas para esse público (OMS, 2022).

Em 2023, foi realizada a 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes no Brasil. Nela, foram aprovadas 174 propostas resultantes de debates com as diferentes esferas da sociedade civil. As deliberações serão incorporadas à 17ª Conferência Nacional de Saúde e caminham na direção da construção de uma política nacional para esse público. Entre as propostas, é possível ver que há proposições sobre a saúde de mulheres refugiadas e migrantes.

No eixo “Gênero e Raça”, foi apresentada a necessidade de ampliar o acesso de indocumentados aos serviços de saúde. Afirma-se que os maiores impactos são para as mulheres e população LGBTQIA+; a ampliação de rede de proteção à mulher migrante vítimas de violência doméstica e de gênero; sensibilização sobre racismo e a violência obstétrica; o fortalecimento da Rede Cegonha e torná-la acessível para as migrantes.

3 OS DESAFIOS E LIMITES PARA O ACESSO DE REFUGIADAS CONGOLESAS À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No município do Rio de Janeiro, identifica-se que ainda não existe uma política específica e legitimada para os refugiados e migrantes. No período de 2021 e 2022, a política se encontrava na fase de formulação. Pode-se inferir que a implementação e a formulação dessa política vêm ocorrendo ao mesmo tempo, na medida em que a gestão procura reconstruir o trabalho que teve interrupções devido às mudanças eleitorais, e (re)desenhar uma política. Enquanto não existem diretrizes claras, os atendimentos aos refugiados e migrantes na rede de saúde não pararam, eles continuaram, principalmente, nas Clínicas da Família, definindo a fase da implementação.

Sobre os desafios e limites para atendimento de migrantes e refugiadas na saúde foram encontrados os seguintes conteúdos temáticos através das entrevistas com as gestoras: **(a) a rede de saúde como um todo enfrenta problemas; (b) Violência contra mulher refugiada é um desafio; (c) o idioma e a cultura são desafios a serem superados.**

Para os gestores, a rede de saúde como um todo enfrenta problemas, logo, apontam desafios como o desfinanciamento do SUS, a precariedade dos vínculos de trabalhos e dos serviços ofertados. Esses problemas afetam as brasileiras e as refugiadas. Segundo Mendes (2019), o SUS enfrenta desafios para se consolidar. Um deles diz respeito à segmentação e à universalização, já que ainda há necessidade do SUS se materializar como um sistema público universal e que seja como está proposto na Constituição, com bases em um modelo Beveridgiano. As dificuldades para que isso se concretize ocorrem porque ainda prevalecem os subsistemas de saúde suplementar de pagamento no país.

O financiamento do SUS, diante do cenário de avanço do neoliberalismo, segue sendo reduzido, tal fato tem impactos diretos para aqueles que utilizam os serviços públicos. Mendes (2019) aponta que, desde 1988, com a elaboração da Constituição Federal, houve diversas mudanças normativas. Em 1994, os recursos da saúde foram retidos para custear os benefícios previdenciários na época. Em seguida, aconteceu um novo ataque nos recursos da saúde, pois com o Plano de Estabilização do Governo, reteve-se 50% dos recursos da saúde, foi nesse período que se criou o mecanismo de Desvinculação de Receitas da União (DRU), o que motivou que os recursos da saúde e das outras políticas sociais fossem aplicados em outras áreas.

No ano 2000, Mendes (2019) analisa que o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional (EC) nº 29, regulamentada em 2012, através da Lei Complementar 141. Com a EC nº 29, estabeleceu-se que os Estados devem aplicar um mínimo de 12% e os municípios, 15% de suas receitas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). O desmonte na saúde seguiu através de Emendas e Leis Complementares, e em 2015, foi aprovada a EC nº 86. Com ela, passou-se a ter como base para o financiamento a receita corrente. Por fim, em 2016, no contexto do golpe aplicado ao governo de Dilma Rousseff, foi aprovada a EC nº 95, congelando as despesas primárias da União até 2036. Com o terceiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva em 2023, a EC nº 95 foi revogada, e um novo programa de austeridade tem sido implementado, chamado de Arcabouço Fiscal – já com cortes significativos em algumas áreas sociais.

Os desafios do SUS também são vistos pelos gestores a partir da precariedade dos vínculos trabalhistas. Nesse sentido, Pires (2009) afirma que a precarização das relações de trabalho tem acontecido, principalmente, e com maior intensidade, na produção industrial, mas se estende a outros setores da sociedade de formas diferentes. Na saúde, cresce o número de trabalhadores que não têm um trabalho protegido.

Outro desafio apontado pelos gestores, quando se trata do atendimento para as

mulheres refugiadas na saúde, é a questão da violência. Assim, afirma-se que violência contra mulher refugiada é um desafio, para as gestoras, porque também está vinculada com as diferenças de idioma e a falta de preparo dos profissionais. Há situações em que os mediadores de um atendimento na saúde são outros refugiados, que já falam português, logo, essa terceira pessoa, imprescindível como intérprete, durante o atendimento de violência, pode ser um limitador para o andamento da consulta – pode ser uma pessoa que intimide a vítima por conhecer o autor/autora da violência, por exemplo. A problemática da violência (física, sexual, psicológica) contra as refugiadas implica na necessidade, também, de ampliar a rede de saúde mental para um acompanhamento adequado às diferenças socioculturais.

Para Cavalcanti et al. (2022), no que diz respeito às políticas públicas voltadas para o combate à violência sexual, pode-se observar significativos avanços, entretanto, ainda há pouca abordagem nos órgãos de formação em relação a esse tema. Como um problema de saúde, as autoras apontam que vem sendo abordado, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, nas discussões sobre relações de gênero e direitos humanos, logo, a aplicação do tema vem sendo incorporada a partir de duas dimensões: seu conhecimento propriamente dito e da aplicação prática.

Embora identifique-se ações como capacitações e cursos, os profissionais de saúde afirmam que não se sentem preparados para realizar esse tipo de atendimento. No estudo realizado, constatou-se que há profissionais que não tiveram contato com o tema durante a formação, isso ocorreu já na prática profissional. Quando se trata do tema “violência sexual contra mulheres refugiadas” essa situação se agrava ainda mais, pois além da formação, é preciso empatia e atendimento humanizado, como afirmam as gestoras.

A discussão sobre a violência contra as mulheres refugiadas também vai incluir a violência obstétrica. Se as mulheres brasileiras são afetadas por esse problema, as refugiadas e migrantes não estão livres, isso se agrava, quando somada a barreira do idioma, visto que há uma maior dificuldade para o acolhimento de alguém que não se compreenda.

Sobre a violência obstétrica, Santos e Barros (2022) apontam que todas as mulheres estão suscetíveis a serem vítimas, devido à forma de compreensão a respeito do parto que existe em nossa sociedade, somado a outros fatores como a cultura sexual, valores de gênero, raça, classe social, geração, entre outros. Para Santos e Barros (2022), a partir da análise de dados, é possível identificar os marcadores de raça, quando se percebe que as mulheres brancas, negras e pobres acessam aos serviços de saúde reprodutivas de forma diferente. As

primeiras, utilizam mais os serviços privados, sendo submetidas a parto por cesárea e as segundas, os serviços públicos, realizando parto vaginal.

Para as gestoras o idioma e a cultura são desafios a serem superados. Profissionais tem utilizam, por exemplo, recursos como o Google Tradutor nas consultas ou, como já foi mencionado, precisam de uma terceira pessoa no atendimento que faça a interpretação. É importante ressaltar que a falta de intérpretes nas unidades de saúde se constitui como um desafio, pois é um direito humano que as pessoas possam se expressar em seu idioma. Uma das propostas seria a presença de mediadores culturais no município.

Sobre o tema “idioma” Gorovitz et al. (2023) afirmam que a interpretação comunitária é uma forma de garantia de direitos e uma questão sociopolítica necessária nos serviços públicos como saúde, educação, assistência social e judicial. A interpretação comunitária é importante não apenas para as refugiadas e migrantes, mas também para outras minorias linguísticas como indígenas, quilombolas e pessoas com surdez.

Gorovitz et al. (2023) apontam que, no Brasil, existem lacunas, quando se trata da formação de intérpretes comunitários. Há cursos, porém, com falantes, cujo treinamento é insuficiente ou são ainda amadores. Para as autoras, há uma desconsideração do Estado para essa demanda e que não se configura como política pública. Quando se trata da interpretação comunitária, é preciso pensar em algumas situações como a necessidade de os cursos trazerem à luz a realidade em que a atuação vai acontecer, além da ética profissional, que deve ser central neste tema, entendendo que existe um nível de intervenção para o intérprete.

Além da interpretação comunitária, aponta-se a necessidade e importância dos mediadores culturais. Alguns estados e até outros países utilizam os mediadores culturais para o atendimento de refugiados e migrantes. Como estratégia, são as próprias pessoas que se encontram nessa condição que exercem esse papel nos serviços.

3 CONCLUSÃO

A política municipal de saúde na cidade do Rio de Janeiro está articulada com outras esferas de governo, cumprindo o pacto federativo constitucional na elaboração e implementação de políticas sociais brasileiras. O Brasil não avançou na constituição da elaboração de diretrizes normativas para atendimento da população migrante no país, apesar de alguns esforços pontuais para se incluir este público nos serviços de saúde.

Com o aumento da chegada de migrantes de várias nacionalidades e em especial de pessoas que buscam refúgio no país, alguns temas estão sendo mais amplamente debatidos atualmente, inclusive com a realização de conferências que trataram das necessidades e particularidades deste segmento nos diversos serviços públicos.

No caso da saúde integral das mulheres, objeto deste estudo, além das mesmas dificuldades estruturais vivenciadas pelas nacionais brasileiras, identificou-se que no município do Rio de Janeiro havia a tentativa de uma organização dos atendimentos às mulheres imigrantes, mas houve descontinuidade das ações nas trocas de governo nas eleições locais. Portanto, retardou-se o processo de debates e as reais possibilidades de avanços neste tema.

Apesar de haver uma legislação progressista e avançada no Brasil para proteção e acolhimento dos migrantes e refugiados, há um descompasso na elaboração de políticas e na efetivação dos direitos. Sabe-se da importância do governo federal para indução de políticas públicas no âmbito das municipalidades, mas também há boas experiências e inovações em muitos municípios, a partir das realidades e demandas locais. Apesar dos retrocessos, a pauta das migrações e do atendimento a esta população e toda sua diversidade está na ordem do dia no município do Rio de Janeiro, principalmente após o assassinato brutal do refugiado congolês Moise Kabagambe em 2022, que teve grande repercussão midiática.

Esperamos que as lutas e organizações sociais empurrem o processo de elaboração de uma política nacional de saúde para os migrantes, mas também que provoque a gestão municipal a consolidar a institucionalidade do atendimento à esta população, e principalmente, que identifique as demandas dos segmentos mais vulnerabilizados, como é o caso das mulheres refugiadas congolezas.

REFERÊNCIAS

ACNUR. Cartilha para Refugiados no Brasil. ACNUR: Brasil, 2014.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 2865-2875, 2012.

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.F; SILVA, R.M; TSUBOI, A.P. A abordagem da violência sexual em quatro cursos da UFRJ. In: Violência sexual contra a mulher: abordagens, contexto e desafios / Ludmila Fontenele Cavalcanti (org.). – Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022, pp. 21-41.

GIOVANELLA, L; MENDOZA-RUIZ, A; PILAR, A.C.A; ROSA M.C; MARTINS. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23(6), 1763–1776, 2018.

GOROVITZ, S.; CARNEIRO, T. D.; MARTINS, M. A Interpretação Comunitária como garantia de direitos: qual formação para qual atuação no Brasil?. *Revista Belas Infiéis*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 01-33, 2023.

JUNGER, G.; CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, Bianca 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, 2023.

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. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

Mendes, E.V. Desafios do SUS. Brasília: DF, CONASS, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre a Saúde Dos Refugiados e Migrantes. OMS:Genebra, 2022.

PIRES, D. E. Precarização do Trabalho em Saúde. IN: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p.317-320, 2008.

REZENDE, H. L. O refúgio no Brasil. Editora Dialética: Belo Horizonte, 2021.

RODRIGUES, A. S.; HERZOG, R. S. OBSERVATÓRIO DE OBSTETRÍCIA (site). Óbitos de puérperas representaram 63% dos óbitos maternos do período de 2016 a 2020. 14 de abril de 2023. Disponível em: . Acesso em 22 de maio de 2023.

SANTOS, F. A.; BARROS, M.C. Enfrentamento à violência obstétrica em mulheres negras e o conceito de justiça reprodutiva. In: Violência sexual contra a mulher: abordagens, contexto e desafios / Ludmila Fontenele Cavalcanti (org.). – Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022, pp. 131-145.

SIMÕES, C. Curso de Direito do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2012.