



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

III SINESPP

20 a 24
OUTUBRO
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

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

REFÚGIO E SAÚDE NO BRASIL: QUESTÕES PARA O DEBATE

REFUGEE AND HEALTH IN BRAZIL: ISSUES FOR THE DEBATE

Taiane Damasceno da Hora¹
Ariane Rego de Paiva²

RESUMO

Resumo: O deslocamento forçado de pessoas é um fenômeno social que existe ao longo dos anos. Atualmente nota-se que houve um aumento de pessoas em busca de refúgio em outros países e isso demanda uma atuação do estado, garantindo direitos como o da saúde para essa população. Nesse trabalho será apresentada a discussão sobre acesso à saúde, diferenças culturais, saúde da mulher e o contexto neoliberal, entendendo que essas questões são relevantes para o debate sobre saúde de refugiado e migrantes.

Palavras-chaves: Saúde, Mulheres, deslocamento forçado.

ABSTRACT

Forced displacement of people is a social phenomenon that has existed over the years. Currently, it is noted that there was an increase in people seeking refuge in other countries and this requires action by the states, with guaranteeing rights such as health for this population. In this work, the discussion on access to health, cultural differences, women's health and the neoliberal context will be presented, understanding that these issues are relevant to the debate on the health of refugee women.

Keywords: Health, Women, forced displacement.

¹ Assistente social pela UFRJ; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio. taiane.damasc@gmail.com

² Assistente Social pela UFRJ; Doutora pelo Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da UFF; Professora do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio. arianepaiva@puc-rio.br

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo apresentar a discussão sobre acesso à saúde, diferenças culturais, saúde da mulher e o contexto neoliberal, entendendo que essas questões são relevantes para o debate sobre saúde e refúgio no Brasil. Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa mais amplo vinculado ao financiamento da Pontifícia Universidade Católica – PUC-Rio de um estudo cujo objetivo é analisar as diferentes dimensões do acesso de refugiadas congoleesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro.

O refúgio e a migração são fenômenos que existem ao longo da história mundial. Após a segunda guerra foram elaborados dois documentos sobre refúgio: a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a Convenção de Genebra relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951. 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, religião, nacionalidade ou por pertencer a um determinado grupo, conforme aponta a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 (BARRETO, 2010). Já a migração é um processo voluntário, que muitas vezes está relacionado às questões econômicas e busca por melhores condições de vida, segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) (2016), essa diferenciação permite que os refugiados tenham o seu direito internacional garantido.

No Brasil, hoje o aumento no número de refugiados é uma realidade, nota-se que segundo os dados da 4ª edição do relatório Refúgio em Números do ACNUR, até 2018 havia 11,231mil pessoas refugiadas no país. Segundo os dados as principais nacionalidades dos solicitantes de refúgio em 2018 foram Venezuela (69%), Senegal (7,6%), Haiti (6,9%), Síria (2,6) e Angola (2,2).

Diante disso, compreende-se neste estudo que atualmente a política de saúde no Brasil vive um novo desafio, que é a recepção de refugiados e migrantes e por isso direitos como a saúde devem abranger a todos, inclusive aos refugiados, materializando o princípio da universalidade conforme previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho apresentado será construído da seguinte forma: primeiramente será apresentada uma discussão sobre a política de saúde no Brasil; em seguida apresenta-se a discussão sobre acesso à saúde, diferenças culturais, saúde da mulher e o contexto neoliberal, entendendo que essas questões são relevantes para o debate sobre saúde e refúgio no Brasil; e por fim são apresentadas as considerações finais sobre o trabalho apresentado.

2 DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um grande avanço na história da política de saúde no Brasil, sendo resultado do processo de luta conhecido como movimento de Reforma Sanitária, que buscava um sistema universal de saúde para atender toda a população. Em 1988, com a Constituição Federal da República [...] “a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-la: A saúde é direito de todos e dever do Estado (Art. 196)” (PAIM, 2009, p.43).

A saúde passou a integrar o tripé da Seguridade Social juntamente com as políticas de assistência social e de previdência social, reconhecida como um direito social e uma política pública. Em 1990, com a criação do SUS, a saúde passou a ser regulamentada por leis, normas operacionais, emendas constitucionais e resoluções específicas (PAIM, 2009).

Além disso, é importante entender que o conceito elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, afirma que a saúde tem 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. Assim

(...) as precárias condições de vida normalmente se expressam na baixa renda da unidade familiar, no limitado poder de compra, particularmente dos alimentos; nas precárias condições de saneamento do domicílio e do meio ambiente; e no limitado e desigual acesso a serviços de saúde com capacidade resolutiva (ASSIS, 2007, p.1).

Tal 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. Segundo Laurel

(1976) as doenças existentes têm relação com diferentes tipos de grupos que compõem a sociedade, conforme o contexto e o desenvolvimento das forças produtivas em um dado momento.

O SUS tem como princípios a equidade, integralidade no atendimento e a universalidade. O princípio da equidade – “(...) Diz respeito à necessidade de tratar desigualmente os desiguais de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade” (TEIXEIRA, 2011, p.5). Este princípio tem como objetivo compreender as desigualdades presentes também na saúde. Para tanto, criam-se ações focalizadas em determinados grupos específicos da sociedade como a população indígena, população negra, entre outros. Vale ressaltar também que existem as desigualdades sociais em saúde, logo é preciso distribuir os serviços, priorizando os grupos cujas condições de vida e saúde são precárias, ficando isso expresso no processo saúde/doença. A solução que o sistema de saúde encontra é criar programas direcionados para estes grupos específicos da sociedade. Logo há duas dimensões presentes neste princípio do SUS; uma que diz respeito a uma reorganização dos investimentos e a outra relacionada às ações que serão realizadas.

O princípio da integralidade – (...) “Diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde” (TEIXEIRA, 2011, p.6). Para concretizar este princípio torna-se necessário investir em projetos e ações direcionados à população idosa, a portadores do vírus HIV, a gestantes, a usuários de drogas, a deficientes mentais e outros. Há também um maior enfoque na articulação dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde (alta, média e baixa complexidade), tendo como horizonte a racionalização do sistema e também possibilitando a absorção das demandas da população que busca atendimento. Atualmente a humanização passa a ser uma necessidade para o cumprimento deste princípio.

Já a universalidade é um dos princípios fundamentais do SUS, determina que todos os cidadãos têm direito às ações e serviços de saúde, superando assim a cidadania

restrita. Com este princípio, tanto os brasileiros quanto os refugiados devem acessar os serviços de saúde, sem que sejam impostas barreiras de acessibilidade legais, econômicas, físicas ou culturais (RISSON, MATSUE, LIMA, 2018; PAIM, 2009).

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

3 QUESTÕES SOBRE SAÚDE E REFÚGIO NO BRASIL

Sobre a saúde, neste estudo entre várias questões existentes, são apresentadas apenas quatro que faz parte do projeto de doutorado em desenvolvimento e necessitam ser pensadas na discussão sobre refúgio e saúde no contexto brasileiro: o acesso à saúde; a saúde da mulher; as diferenças culturais e o contexto de avanço neoliberal na saúde.

A primeira questão relevante na discussão é sobre acesso. A categoria direito está relacionado ao acesso, no entanto, este não se restringe apenas ao atendimento do indivíduo em um serviço de saúde. Essa categoria é complexa, pois deve ser analisada de forma ampliada, pensando também em questões como a distância e o tempo da população em relação às unidades de saúde; a oportunidade; a funcionalidade, que se refere à capacidade que os serviços de saúde possuem de resolver os problemas trazidos pela população; os custos que podem ser definidos como diretos (da atenção) indiretos (medicamento, salários, transporte); e aceitação do usuário ao modo da disponibilidade do serviço apresentado (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

A segunda questão a ser pensada neste estudo é sobre saúde da mulher no Brasil e a necessidade de garantir esse direito também para as mulheres refugiadas. Logo, um dos desafios recentes para a SMS-Rio definidos no livro “Recomeço: A experiência da SMS do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados” é referente ao gênero, saúde da mulher e sexualidade. No Brasil o SUS possui a atenção integral à saúde da mulher, que inclui demandas como a sexualidade, os direitos reprodutivos e

a violência de gênero, estes fatores precisam ser pensados tanto para as mulheres brasileiras quanto para as mulheres refugiadas (SMS-Rio, 2017).

Logo, para Souto (2008), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi um grande avanço na política de saúde da mulher, pois trouxe a possibilidade de rompimento com o paradigma materno-infantil, no qual a mulher era vista apenas como produtora e reprodutora da força de trabalho. Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a abordagem de gênero é compreendida a partir das diferenças no modo de viver de homens e mulheres que motivam o processo saúde-doença.

Ao ser considerado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento. Incluir essa abordagem na política de saúde significa reconhecer as condições feminina e masculina como estruturantes do cuidado integral à saúde e das ações e práticas desse cuidado, sendo esse um dos caminhos para a humanização e integralidade da atenção à saúde para homens e mulheres em todas as suas fases de vida (SOUTO, 2008, p.169).

Esse documento publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) traz questões importantes como o enfoque de gênero, integralidade e a promoção da saúde. O documento também tem como objetivo a busca na consolidação de direitos sexuais e reprodutivos, enfatiza a melhoria na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no tratamento de mulheres com HIV/AIDS e aquelas que são portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

A terceira questão que possui relevância para a discussão apresentada é referente às diferenças culturais e como isso influencia na saúde de refugiados. Em relação as diferenças culturais, Ventura e Yujra (2019) afirmam que o atendimento intercultural envolve diversos aspectos, por isso é preciso considerar questões como as semelhanças e diferenças culturais entre conceitos e práticas brasileiras e dos refugiados e migrantes. As autoras apontam questões importantes que devem ser levadas em consideração como: a incompreensão do foco preventivo e não apenas curativo do SUS; a atenção básica como porta de entrada; os fluxos de encaminhamento

para atenção secundária; e a diferença entre as atribuições das categorias profissionais da saúde.

Por último, aponta-se o contexto atual da política de saúde, pois embora o SUS seja um grande avanço e o atendimento à população refugiada seja um trabalho que vem sendo desenvolvido nas secretarias estaduais, municipais e no Ministério da Saúde, o retrocesso das políticas ainda é um desafio que impõe limites tanto para a população brasileira quanto para os refugiados.

Assim, conforme afirmado Constituição Federal de 1988 trouxe muitas conquistas para a política de saúde no Brasil, no entanto a lógica de privatização dos serviços públicos após esse período contrapõe a afirmação estabelecida no artigo 196 da CF88, que define a “saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art.196).

No contexto neoliberal a política social de saúde assume a forma de universalização excludente na medida em que o direito universal à saúde, na prática, não é mais garantido à população mais pauperizada. Para estes é oferecido um pacote básico de serviço limitando-se o acesso aos serviços de saúde que necessitam de uma tecnologia mais desenvolvida que são disponibilizados pelo setor privado, caracterizando para os mais pobres que o Estado deve ofertar serviços mínimos de saúde (BEHRING, 2003).

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo apresentar a discussão sobre acesso à saúde, diferenças culturais, saúde da mulher e o contexto neoliberal, entendendo que essas questões são relevantes para o debate sobre saúde e refúgio no Brasil.

O SUS é uma política de grande avanço no Brasil, conforme aponta Wagner (2018) a criação do SUS proporcionou o acesso universal aos serviços de saúde sem discriminações e a atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos. Nesse contexto a saúde é um dos direitos sociais para a população refugiada e migrante.

É importante dizer também que o Ministério da Saúde, as secretarias municipais e estaduais têm se esforçado para atender essa nova realidade para a saúde brasileira e construindo formas de garantir esse atendimento. Por último, cabe dizer que o refúgio é um tema complexo e recente nos estudos e na realidade brasileira, portanto é necessário a ampliação de políticas pública a fim de atender as demandas dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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.** 1.ed. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010, p.12-46.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo, Cortez, 2003.

BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. **Refúgio em números** 4ª edição. Brasília. DF: Ministério da Justiça, 2017. 46 p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. **Refúgio em números** 4ª edição. Brasília. DF: Ministério da Justiça, 2017. 46 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? Ciênc. **saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de saúde: o público e o privado.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz,1996. Cap. 3. p. 177-198.

LAURELL, Asa Cristina (1983). A saúde-doença como processo social. In: NUNES, Everardo D, org. **Medicina social.** São Paulo, Global.

“Refugiados” e “migrantes”: perguntas frequentes. ACNUR, 22 mar.2016. Disponível em:<https://www.acnur.org/portugues/2016/03/22/refugiados-e-migrantes-perguntas-frequentes> . Acesso em: 16 jun. 2020.

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, maio 2018.

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

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).

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

VENTURA, Dayse de Freitas Lima. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.