

Seminário FESPSP “Cidades conectadas: os desafios sociais na era das redes”

17 a 20 de outubro de 2016

GT 5: Direitos Humanos: Trajetórias e Desafios

### **O direito humano à saúde reprodutiva e à assistência ao parto das mulheres imigrantes**

Danilo Milev<sup>1</sup>, Instituto de Saúde

**Resumo:** O trabalho visa avaliar alguns aspectos legislativos da assistência à saúde, enquanto um direito humano, em especial a reprodutiva, e conseqüentemente, a assistência ao parto das mulheres imigrantes, levando em consideração as diferenças socioculturais existentes entre a cultura brasileira de predomínio do parto cesáreo, portanto, uma intervenção cirúrgica, e a cultura de mulheres de outros países que tem como preferência que o parto seja conduzido de forma mais natural possível. Pretende-se entender a discrepância que há entre o que essas legislações preconizam e a violência obstétrica e xenofobia em que essas mulheres estão sujeitas dentro de um centro de cirurgia devido, a entre outros fatores, uma ausência de um profissional capacitado para realizar a intervenção de modo humanizado, sem violações a direitos humanos por conta de situação migratória no país e respeitando sempre que possível, o desejo da mãe de ter o filho da maneira em que a sua cultura não seja desrespeitada.

**Palavras chave:** Direitos humanos, Saúde, Imigração, Saúde Reprodutiva.

#### **Objetivos do Trabalho:**

- . Compreender a discrepância entre o que a legislação diz e o que de fato acontece no sistema de saúde com as mulheres imigrantes, especialmente sobre a saúde reprodutiva e durante o parto.
- . Analisar as causas que levam a existência dessas barreiras de gênero e étnicas dentro do sistema de saúde.

---

<sup>1</sup> Graduado em Ciências Sociais pelo Centro Universitário Fundação Santo André, aprimorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde-SES/SP. [danimilev@hotmail.com](mailto:danimilev@hotmail.com)

. Identificar a relação entre xenofobia e acesso inadequado aos serviços de saúde como uma violação aos direitos da mulher imigrante.

**Metodologia:** Focou-se em levantamentos bibliográficos de materiais do Ministério da Saúde, legislações e textos de referência sobre determinantes sociais da saúde e da doença e racismo institucional sofrido pelas mulheres imigrantes.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, cuja origem remota ao pós segunda guerra mundial, afirma nos artigos 1º e 2º que:

#### Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

#### ‘Artículo 2

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.’ (ONU, 1948)

Isso significa, portanto, que, independente de características sócio-econômicas, todos os humanos possuem os mesmos direitos e que devem ser respeitados. Porém, dentro da área da saúde coletiva, ao tratarmos dos determinantes sociais da saúde e da doença, que, refere-se

Às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas

de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.<sup>2</sup>

de acordo com a Organização Mundial da Saúde, percebe-se que certos grupos sociais são mais vulneráveis ou possuem um acesso mais dificultado ao sistema de saúde do que outros como os negros e as mulheres, nacionais ou imigrantes, especialmente se essas mulheres estão em situação de vulnerabilidade, indocumentadas e sem falar a língua portuguesa (Isso quando nos referimos a mulheres imigrantes, refugiadas ou indígenas), embora, a lei 8080/1990, que, é a lei orgânica do Sistema de Saúde já em seu primeiro artigo garanta que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado<sup>3</sup>, e, ainda de acordo com a Constituição de 1988, temos em seu artigo 3º:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Isto é, para que esses objetivos sejam alcançados é necessário que a população, não só a de brasileiros, mas a de imigrantes também obtenham acesso e um tratamento equânime e integral no Sistema Único de Saúde (SUS), não sofrendo com o chamado racismo institucional, no qual, um grupo de indivíduos (negros, indígenas, imigrantes, refugiados) acabam tendo um atendimento de pior qualidade e com maior tempo de espera do que os demais, muitas vezes chegando a morrer na fila ou tendo o atendimento recusado por conta de sua origem, sendo obrigados,

---

<sup>2</sup> <http://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais> acesso dia 07/08/2016 às 01h20min

<sup>3</sup> BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) acesso dia 07/08/2015 às 01h29min

portanto, a deslocarem-se diversas vezes até obterem o atendimento médico necessário.

Outros exemplos a respeito do racismo institucional dentro da área da Saúde da Mulher e que atinge em maior grau as negras é a questão da esterilização ou controle de natalidade, que, de acordo com Da Silva (2009), acaba recebendo um eufemismo através da denominação 'Planejamento familiar', para assim, esconder o aspecto racista e classista e até antinatalista dessa questão. Ainda segundo o autor observa-se que:

(...) a intenção é controlar a reprodução dos pobres visando a diminuir sua população. A prova disso é o receio... esse medo desbragado que têm as elites dominantes de algum dia os brasileiros 'pardos' e 'negros' conseguirem ocupar os postos-chaves que elas sempre dominaram (...) (Da Silva, 2009, p. 398)

Indo em sentido contrário e, portanto, referente à saúde obstétrica, há a Rede Cegonha, iniciativa do governo em defesa de um parto humanizado, conforme a portaria 1459/2011 do Ministério da Saúde, que defende como um de seus princípios, além da assistência humanizada à parturiente, assim como, o enfoque de gênero, de levar-se em conta as especificidades culturais, econômicas, sociais, etc. da paciente. , sendo também que, possui entre seus objetivos:

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2011)

Não há ao longo da legislação restrições no que diz respeito à origem da gestante para ter acesso a Rede Cegonha e suas diversas etapas, desde o Pré Natal até o puerpério.

Portanto, em termos legislativos, há várias iniciativas governamentais que garantem o acesso da gestante – nacional ou estrangeira- aos serviços médicos e a um parto seguro, entretanto, há uma distância grande do que a lei preconiza e do que acontece nos serviços de saúde, pois, conforme Dos Anjos (In. Monteiro e Sansone, p. 110):

‘No caso da relação entre etnia e saúde, se verifica de início que os discursos sobre o problema (...) constituem posições de sujeito de enunciação a partir de lugares de identidade distantes em relação ao público alvo (...)’ , isso significa que, embora o foco tratado por Dos Anjos tenha sido os negros, diversos setores minoritários da população acabaram sendo distanciados da formulação de políticas públicas voltadas para eles e isso agrava-se quando tratamos de uma população que é considerada como intrusa, ou, nos termos de Norbert Elias, como *outsiders* pela população e pelos legisladores.

Ainda sobre a questão étnica, Dos Anjos (In. Monteiro e Santone, p. 117) ainda entende que pode ser feito um contraponto entre etnia e raça, pois,

(...) enquanto a primeira tende a se estabelecer sob uma razão social mais includente e a segunda, segundo uma lógica binária que no limite tenderia a uma razão genocida. (...). Sendo assim, racialização e etnização são dimensões de processos de dominação e resistência, lógicas de apropriação que emergem em estratégias de dominação, mediação e resistência. Essas estratégias constituem espaços de disputa pela mediação da questão étnica (...) (Dos Anjos. In: Monteiro e Sansone, 2004)

Não pretendo dizer que essas disputas de dominação e resistência ocorram apenas em relação aos estrangeiros, ao contrário, porém, em relação aos imigrantes e aos refugiados há o agravante do despreparo de se lidar com as diferenças sócio-culturais no tratar da doença , do parto , e no atendimento médico como um todo, ignorando-se que, quando tratamos dos imigrantes<sup>4</sup> estão presentes claramente os marcadores sociais de diferença, havendo a necessidade de constituição de grupos e redes em torno de uma identidade , entretanto, em um momento tão emblemático

---

<sup>4</sup> E logicamente, quando nos referimos aos negros também.

como o parto, quando tratamos de imigrantes, essas redes são quebradas, uma vez que estes irão depender do hospital brasileiro, do modo de atendimento brasileiro e nem sempre as condições de saúde permitem com que a mulher tenha o filho de modo a não quebrar essa rede.

Tudo isso, ainda que haja em diversos setores da saúde, atinge em especial a saúde reprodutiva, pois, se por um lado, a ONU e a Constituição garantem o direito a saúde independente da origem do paciente e a Rede Cegonha não limite o acesso a este programa apenas para brasileiras, assegurando o respeito à diversidade sociocultural no que diz respeito a saúde sexual e reprodutiva, nem sempre isso efetiva-se na prática, mesmo em relação à mulher brasileira, seja por conta de uma formação inadequada ou pelo fato de que nem sempre, e especialmente em uma concepção de saúde centrada na cura da doença – no caso, das doenças sexualmente transmissíveis, ou no caso da gravidez, na realização de um parto bem sucedido- , os determinantes sociais são levados em conta, o que limita e muito o acesso de pessoas em situação de vulnerabilidade social ao sistema de saúde.

Tudo isso atrela-se com a noção de biopoder em Foucault, onde, isso refere-se a um 'processo de normalização que define uma ordem moral e política e o discurso sobre o sexo' (Vigoya, In. Monteiro e Sansone, p. 138), que, à medida que a medicalização da sociedade foi se agravando, bem como a questão de normas referentes à vida individual ou coletiva, trazida pela, conforme denominada por Vigoya, 'Era do Biopoder', as especificidades das diversas culturas latinas, ou até mesmo de outros continentes, uma vez que há um crescente número de imigrantes oriundos dessas regiões, foram ignoradas.

Ora, é necessário termos em mente a obviedade que a medicina ocidental não é a única existente – e muito menos existiu desde sempre- e essa hierarquização de saberes em nada acrescenta ao controle de endemias dentro de um território.

Esse desrespeito a estas particularidades agravam-se conforme a religião vai misturando-se com a política e, com isso, forma-se uma 'Bancada Evangélica', onde leis baseadas em dogmas religiosos acabam sendo aprovadas tanto pelo legislativo quanto, em termos de repercussão, pela população, pois, é válido lembrar que a

formação do Estado brasileiro foi cristã e cada vez há um retorno da religião ao âmbito da política<sup>5</sup>.

Segundo Vigoya (Sansone e Monteiro, 2004), dentro da saúde pública ficou marcada uma imposição implícita de uma chancela de uma missão civilizatória (tal como existente nos tempos dos grandes pensadores da saúde e do sanitarismo, no início do século XX), implementando políticas de controle a endemias contrárias a cultura dessas populações.

E ainda a respeito dessas singularidades socioculturais e indo de acordo com o trecho anteriormente citado, a raça acaba por englobar em um todo, diversos grupos étnicos que lidam com a saúde das mais diferentes formas, e, embora não seja possível que algum profissional, independente da sua área de formação, conheça todas as variadas formas da relação saúde-doença existente nos inúmeros grupos étnicos que chegam ao Brasil, no caso da saúde reprodutiva e do parto/puerpério, é fundamental deixar com que a gestante, dentro das condições médicas existentes, exerça a sua autonomia em relação ao seu próprio corpo, independente das condições legais dessa mulher – solteira ou acompanhada por seus familiares – no Brasil, pois, vivendo-se em uma sociedade patriarcal sabe-se que a pressão de uma mulher para ter filhos é muito grande, e, portanto, o mínimo que se espera para aquelas que desejam ter filhos sejam eles planejados ou não, é que possam ter um parto realizado de acordo com a cultura, com os desejos da gestante, mais uma vez, dentro dos limites obstétricos, pois, é válido ressaltar que há casos que o parto deve ser feito dentro do que as condições obstétricas da gestante permite.

Outro documento importante do Ministério da Saúde a respeito do tema é o Caderno de Atenção Básica nº 26<sup>6</sup>, de 2010, que trata sobre a saúde sexual e reprodutiva, os métodos contraceptivos e mais uma vez, a importância de levar-se em conta as especificidades sociais, culturais, econômicas de cada família, e as diversas formas nas quais essas famílias se constituem, no tocante a saúde sexual e reprodutiva,

---

<sup>5</sup> É válido destacar que o objetivo do artigo não é ofender os religiosos, uma vez que o próprio autor é cristão, embora entendo que as doutrinas da igreja não devem exercer influência na elaboração das leis.

<sup>6</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

devendo os profissionais da saúde levar esses aspectos em consideração para que, de fato, haja um atendimento humanizado, que leva em consideração as demandas da população no que refere-se ao tema, dentro do possível em termos de organização do sistema de saúde, porém, sem por outro lado, violar o direito da mulher a um atendimento que atenda suas expectativas, independente se é a população nativa, naturalizada ou imigrante ou como a família é formada, afinal, o direito à saúde enquanto um direito humano caracteriza-se por ser universal e que deve ir além de questões de situação de regularização migratória de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos em determinado país

Algo que é importante analisar-se ao estudarmos direitos humanos é como esses direitos acabam confundindo-se e por vezes, contradizendo-se, pois, se por um lado, há toda a legislação em defesa de um SUS integral, humanizado, equitativo, por outro, em nome de outros direitos, como o de crença ou de objeção de consciência, muitas práticas de saúde acabam não sendo realizadas, não só no que diz respeito ao aborto legal - e toda a discussão de direito à vida -, mas também a oferta de métodos contraceptivos, especialmente para adolescentes, o que vai em contramão à concepção de integralidade defendida pelo SUS.

É válido pontuar, voltando à questão de raça e etnia, conforme Fry (In. Monteiro e Sansone, 2004) que:

Há um forte movimento no Brasil para impor uma taxonomia racial bipolar, semelhante à encontrada nos Estados Unidos. Durante muitos anos, esta reivindicação era mais forte entre os militantes dos movimentos negros, mas em anos recentes, tem sido adotada cada vez mais pelo governo federal. (...) a adoção de se considerar os mulatos, os pardos e os pretos como integrantes do contingente da população negra até agora dois argumentos tem prevalecido: manter a mesma taxonomia dos anos anteriores para permitir a comparação ao longo do tempo; e o Brasil ainda não se vê como um país dividido em duas categorias raciais (Fry, In. Monteiro e Sansone, PP. 122-123, 2004)

Abordo essa questão propriamente racial justamente por conta das disputas de dominação e resistência existentes e o fato de, conforme Peter Fry aborda ao longo do seu texto, alguns estudiosos embora considerem a raça como uma construção



social, ao tratarem de certas doenças, inclusive no que diz respeito à Saúde reprodutiva, a consideram como doenças típicas de pessoas com a pele escura, inclusive não apenas os negros brasileiros mas os negros das diversas regiões do mundo que vem ao país em busca de uma oportunidade, biologizando essa questão. O maior exemplo disso é a anemia falciforme, cuja uma das variações desta tem origem na África, mas, há referências tratando sobre a maior prevalência de doenças como DST/Aids, abortos sépticos ou mortalidade infantil elevada sobre essa população, entretanto, é muito importante destacar que o racismo institucional, isto é:

O conceito de Racismo Institucional foi definido pelos ativistas integrantes do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton em 1967, para especificar como se manifesta o racismo nas estruturas de organização da sociedade e nas instituições. Para os autores, “trata-se da falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica<sup>7</sup>

Essa falha pode ser desde a recusa sistemática de atender uma pessoa por conta de sua cor, cultura ou origem etnia, fazendo o indivíduo deslocar-se a inúmeros hospitais ou instituições, afinal, quando fala-se em racismo institucional, isso não ocorre unicamente no sistema de saúde, ou então o fato de passar na frente, durante o atendimento pessoas que chegaram mais tarde ao atendimento, porém, são de pele mais clara ou da cultura dominante, ou entre outros motivos, ou para citar um exemplo mais evidente, ignorar sinais de dor de mulheres negras e indígenas, e, portanto, evitando a utilização de anestésias durante os diversos procedimentos, e que, muitas vezes sofrem com a violência obstétrica unicamente porque, de acordo com o estereótipo racista elas seriam mais resistentes a dor do que as mulheres brancas, ou até mesmo o fato de, em boa parte da história social do país, haver toda uma política de higienismo no que refere-se à gestação, em especial, de mulheres negras.

Ressalta-se que, embora o próprio nome, já nos revela algo, o racismo institucional não está presente apenas dentro do serviço de saúde, não sendo uma questão

---

<sup>7</sup> ONU Mulheres. Guia de Enfrentamento ao Racismo Institucional, p. 11, apud. Carmichael, S. e Hamilton, C. Black power: the politics of liberation in America. New York, Vintage, 1967, p. 4.

unicamente de biopoder, como diria Foucault (2015), considerando a ligação entre o poder e a instituição, ainda que pegássemos o caso do acesso à educação norte americano para os negros nos anos 60, por exemplo, e a severidade das leis para o acesso desses imigrantes<sup>8</sup>, em especial nos estados sulistas, um atendimento precário por conta da etnia de determinado paciente teve e terá conseqüências, no geral, mais graves do que o que acontece em outras instituições<sup>9</sup>, embora, também seja uma violação dos direitos humanos.

Aqui podemos notar a existência de uma contradição entre os princípios dos direitos humanos e a ação estatal, e que vem desde o seu início, pois, ao mesmo tempo em que, foi criada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) assegurando o direito a elementos básicos da vida como saúde e educação, havia também governos que adotavam políticas de segregação raciais em estabelecimentos públicos, sendo os casos dos Estados Unidos e da África do Sul, os principais. Portanto, temos que ter claro ao estudarmos os direitos humanos e suas finalidades que:

As normas de direitos humanos têm como escopo o direito de proteção dos seres humanos e não dos Estados. Não se deve tratar os interesses dos Estados em detrimento da proteção dos seres humanos. (Dutra, 2016, p. 19)

Essa falha coletiva da organização, conforme a definição dos Panteras Negras, tem inúmeras conseqüências dentro do setor da saúde, além da violação direta de direitos humanos, ou seja, a mulher pode sofrer complicações de saúde, no caso, obstétricas, podendo chegar ao óbito, pode levar ao agravamento clínico de um quadro relativamente simples – ou não- de ser resolvido, que, entretanto, não chega a levar ao óbito, casos de violência obstétrica contra certos grupos de mulheres pelo fato do estereótipo considerá-las mais fortes à dor, em especial imigrantes e mulheres negras. Além disso, tem as conseqüências econômicas e psicológicas que o preconceito contra mulheres, negros, imigrantes, entre outros grupos sociais, acarretam.

Daí a necessidade de conscientizar os membros das equipes de saúde sobre a respeito dos direitos humanos à saúde, a integridade e ao respeito à sua própria cultura, no caso, a cultura da paciente, pois há relatos de bolivianas que no

---

<sup>8</sup> Em especial a Proposition 300, do Senador Dean Martin, onde aumentava em até 3 vezes os gastos educacionais de estudantes em situação irregular. .

<sup>9</sup> O que não significa que o que acontece em outras instituições não seja importante de analisar-se e criticar, seja sociologicamente, seja as conseqüências psicológicas do que acontece.

momento do parto além de se sentirem estranhas ou desrespeitadas no que refere-se a sua intimidade e em relação à sua identidade, e quanto ao modelo de parto existente nos hospitais brasileiros, uma vez em que elas estão acostumadas com um estilo que a parturiente tem maior autonomia e a participação médica ou de outras pessoas é menor, e, por conseqüência, se opõem o máximo possível ao parto cesáreo, uma vez que, como intervenção cirúrgica, ocorre uma diminuição da autonomia da mulher e aumenta a participação da equipe médica de modo que nem sempre é necessário.

É justamente levando-se em conta a ocorrência de casos de morbimortalidade e a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde - Integralidade, universalidade, equidade e regionalização e hierarquização- , que em 2003 foi criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestação do SUS, que, engloba diversas áreas, sendo que, dentro do assunto que estamos abordando, aliados com os casos de violência obstétrica e complicações da gravidez, , havendo uma defesa de um parto humanizado que garanta a defesa da autonomia da mulher e sua participação no momento do parto.

Apesar de não ser possível atender a particularidade de cada mulher que passa pelo sistema de saúde, imigrantes, refugiadas ou brasileiras, e, por outro lado, nem sempre ser possível que essa mulher possa ter sua autonomia ou seus desejos completamente atendidos no momento do parto, considerando que há situações muito complexas que envolvem o atendimento , que vão além do aspecto sociocultural ou psicológico e entra no biológico, entendo que uma rede humanizada e que valoriza a saúde enquanto um direito humano básico deva procurar o máximo possível a acolher essa mulher de modo a levar em conta um dos princípios básicos do SUS que é o da integralidade, isto é, não apenas levar em conta os aspectos biológicos, em que entende-se a saúde apenas como um processo de cura, tratamento ou como uma 'transição' de uma fase em que a mulher deixa de ser gestante e passa a ser puérpera- e muito menos negar o acesso – independente do motivo- a um serviço ou forçando essa mulher a procurar outros locais para poder ser atendida, mas, isso sim, oferecer um serviço de modo no qual qualquer mulher sinta-se incentivada a procurar novamente aquele serviço, seja para uma consulta ginecológica, para uma consulta clínica ou para uma eventual gravidez.

Ou, vindo de uma outra perspectiva, se por ventura, essa mulher não venha a precisar em curto ou médio prazo, e para também não ficarmos presos em uma visão utilitarista de tudo o que foi discutido, que essa oferta do serviço adequado ocorra por respeito a um direito humano fundamental presente nas diversas legislações apresentadas.

**Resultados:** O desconhecimento da legislação, aliado com a falta de preparo de alguns profissionais em lidar com mulheres de culturas distintas, especialmente durante o parto, além do preconceito com as imigrantes, vistas como, além de ‘outsiders’, nos termos de Norbert Elias, e como pessoas que vem ao Brasil apenas para terem filhos brasileiros, e, serem beneficiárias de programas de assistência são alguns dos resultados obtidos durante o trabalho, portanto, essas pessoas, dentro de uma visão estereotipada viriam para o Brasil apenas para se aproveitarem de políticas sociais ou para “roubarem empregos”, sem considerarem, todavia, contextos macros de uma sociedade como o governo de um determinado país, o nível de desemprego existente nessa região ou, no caso dos refugiados, guerras civis ou a perseguição existente a determinados grupos por determinada condição.

Ao lado dessa questão de um desconhecimento aprofundado de legislação a respeito dos imigrantes e o lidar com as mulheres ou a população de outras culturas, e toda visão estereotipada propagada pela mídia, tem mais um ponto de discussão na sociedade brasileira em que, os imigrantes devem se adaptar à sociedade receptora, de preferência o mais rápido possível, como se essa população unicamente por morar em um outro país não tivessem o direito de exercer sua identidade étnica e cultural.

Embora, outro ponto a ser levantado e que muitas vezes as pessoas não entendem, independente de grau de formação, é que, por mais que ainda que eles se adaptassem, falassem português perfeitamente, e assimilassem a cultura local, entre outras coisas, isso não garante a não existência de preconceitos com as mulheres negras e imigrantes seja na sociedade ou no serviço de saúde – uma vez que, o serviço de saúde não está em uma bolha- e, portanto, não garantiria a superação de todas as barreiras enfrentadas por essas mulheres, que, embora no caso das imigrantes a cultura tem um peso significativo, não é o único fator que poderia vir a impedir essas mulheres de ter um tratamento médico.

Agora, se por um lado, a integração do imigrante ao país receptor seja importante, por outro, é necessário considerar que para uma população vinda de um país com culturas totalmente diferentes<sup>10</sup>, por outro lado, as pessoas esquecem que dependendo do aspecto cultural que estivermos estudando, essa adaptação ou aprendizagem se dará de forma mais ou menos lenta, levando isso em consideração, conclui-se que é muito difícil que em um curto espaço de tempo todos aqueles já acostumados com uma determinada forma de agir e de pensar se adaptem a cultura e aos modos de comportamentos da sociedade receptora, especialmente quando temos o caso de povos tradicionais brasileiros ou imigrantes de algum grupo étnico da América Hispânica em relação ao modelo de assistência adotado no Estado.

Essa adaptação será, evidentemente, mais demorada conforme a cultura do imigrante for mais distante de um determinado país, e no caso da saúde ginecológica e obstétrica, conforme o modelo de parto existente em determinado povo se distanciar mais do modelo ainda predominante em países em desenvolvimento que é a cesárea dentro de um hospital com uma equipe médica ao redor da mulher.

Isso nos revela que, para alguns, a saúde é vista por alguns mais como um direito ligado à cidadania, e não como um direito humano, independente da nacionalidade ou da situação imigratória do indivíduo, havendo o agravamento, conforme já dito, mas que é necessário ressaltar, de que há uma percepção de que as mulheres imigrantes estão no país unicamente para receberem políticas assistencialistas, e, portanto, só pensam em ter filhos para receberem mais auxílios como bolsa família, desconsiderando, contudo, que há certas condições para o recebimento do auxílio – e que nem sempre as famílias de renda baixa sejam de imigrantes ou de brasileiros estão incluídas - e que, ainda que cumpram todos os requisitos, há um valor máximo de auxílio que a família pode receber.

Também lembrando a questão do racismo institucional e a saúde, essa cidadania preconizada pelas legislações (Constituição Federal, Lei orgânica da saúde, leis de combate ao racismo) acaba também muitas vezes não revelando-se na vida

---

<sup>10</sup> Ressalta-se que: Nem todos os imigrantes oriundos da América Espanhola falam o Espanhol com fluência, portanto, também necessitam mais de tempo para se adaptarem ao português.

cotidiana, como por exemplo, quando analisamos o estereótipo de que a mulher negra seja mais resistente a dor , e, por isso, não necessitaria de anestesia durante a realização de algum procedimento.

Por outro lado, o material produzido pelo Ministério da Saúde ou Conselho Nacional de Justiça ou outros órgãos são avanços e podem ser uma oportunidade para a difusão de conhecimento para esses profissionais, embora as barreiras sejam muitas, inclusive de ordem material.

## REFERÊNCIAS.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ONU, 1948. Disponível em: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Dutra, Cristiane Feldmann. **Além do Haiti**: Uma análise da imigração haitiana para o Brasil. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

Foucault, Michel. Microfísica do poder. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. – 3. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

Fundação Osvaldo Cruz.. **Determinantes Sociais**. In. Pense SUS. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. 1ª Ed. – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: LTC, 2015.

ONU Mulheres. Guia de Enfrentamento ao Racismo Institucional

MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (org.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

Silva, Martiniano José da. **Racismo à Brasileira: Raízes históricas. Um novo nível de reflexão sobre a história social do Brasil. 4ª Ed. São Paulo: Anita Garibaldi, 2009.**

