



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA**

KYARA BORGHETI

**MULHERES IMIGRANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
O (RE) CONHECIMENTO DO EXAME CITOPATOLÓGICO**

**PASSO FUNDO - RS
2025**

KYARA BORGHETI

**MULHERES IMIGRANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
O (RE) CONHECIMENTO DO EXAME CITOPATOLÓGICO**

Projeto de Pesquisa-Intervenção apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de concentração - Atenção Básica - da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo/RS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Priscila Pavan Detoni
Coorientadora: Eliana Paula Brentano

**PASSO FUNDO/RS
2025**

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Borgheti, Kyara

MULHERES IMIGRANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: O
(RE) CONHECIMENTO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / Kyara
Borgheti, Eliana Paula Brentano, Priscila Pavan Detoni.
-- 2025.

85 f.:il.

Orientadora: Doutora Priscila Pavan Detoni
Co-orientadora: Pós graduação Eliana Paula Brentano
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo,RS, 2025.

I. Brentano, Eliana Paula II. Detoni, Priscila Pavan
III. Detoni, Priscila Pavan, orient. IV. Brentano,
Eliana Paula, co-orient. V. Universidade Federal da
Fronteira Sul. VI. Título.

KYARA BORGHETI

**MULHERES IMIGRANTES NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:
O (RE) CONHECIMENTO DO EXAME CITOPATOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em:
17/02/2025

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **PRISCILA PAVAN DETONI**
Data: 19/03/2025 12:12:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Priscila Pavan Detoni — UFFS
Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **ELIANA PAULA BRENTANO**
Data: 18/03/2025 14:35:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Eliana Paula Brentano - MARAU/RS
Coorientadora

Documento assinado digitalmente
 **ALESSANDRA REGINA MULLER GERMANI**
Data: 19/03/2025 12:28:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Alessandra Regina Müller Germani - UFFS
Avaliadora

Documento assinado digitalmente
 **RENATA DOS SANTOS RABELLO BERNARDO**
Data: 19/03/2025 16:42:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Renata dos Santos Rabello Bernardo - UFFS
Avaliadora

SUMÁRIO

RESUMO

CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. CONTEXTUALIZAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	8
3. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	9
4. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	10
5. MARAU: CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA	13
6. REDE DE SAÚDE: REGIONAL E LOCAL.....	16
7. ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO.....	20
7.1 Caracterização do Território.....	26
7.2 Caracterização da população adscrita.....	27
7.3 Atividades desenvolvidas pela ESF	30
7.4 O território na percepção da residente.....	34
8. PROJETO DE PESQUISA E INTERVENÇÃO: JUSTIFICATIVA.....	36
9. REFERÊNCIAS.....	37

CAPÍTULO II: PROJETO DE PESQUISA INTERVENÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	42
2. TEMA.....	45
2.1 PROBLEMAS DE PESQUISA.....	45
2.2 OBJETIVOS	45
2.2.1 Objetivo geral.....	45
2.2.2 Objetivos específicos	45
2.3. HIPÓTESES	45
2.4. JUSTIFICATIVA	45
2.5. REFERENCIAL TEÓRICO	48
2.5.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica.....	48
2.5.2. A saúde da mulher imigrante pelo SUS	49
2.6 METODOLOGIA	50
2.6.1 Tipo de estudo	50
2.6.2 Local e período de realização	50
2.6.3 Sujeitos de pesquisa	51
2.6.4 Técnica de coleta de dados	51
2.6.5 Método de análise dos dados	52
2.6.6 Aspectos Éticos	53
2.6.6.1 Riscos e Benefícios	54
2.7 Orçamento	56
2.8 REFERÊNCIAS	59

CAPÍTULO III: RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO.....

CAPÍTULO IV: ARTIGO CIENTÍFICO.....	64
--	-----------

RESUMO

Esta pesquisa, intitulada “Mulheres Imigrante na Atenção Básica em Saúde: o (re)conhecimento do exame citopatológico, se configura como o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. O desenvolvimento, criação e formulação da pesquisa ocorreu no período de dezembro 2023 a março 2025. Dentro da carga horário teórica do programa onde se encontram as disciplinas trabalhadas em cada dia está a chamada “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência” tal qual, é dividida nos quatro semestres residência, cada uma dela responsável por elaborar uma etapa do trabalho de conclusão da residência. São divididas da seguinte forma: TCR I - Diagnóstico Territorial; TCR II - Projeto de Pesquisa-intervenção; TCR III - Relatório do Trabalho de Campo e Percurso da Pesquisa-intervenção; e TCR IV - Artigo Científico. A pesquisa em questão, trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, onde a pesquisadora se propôs a analisar a compreensão das mulheres imigrantes de duas nacionalidades sobre o seu entendimento sobre a Saúde da Mulher. Desse modo, foram desenvolvidas entrevistas, a fim de obter dados que respondessem à pergunta orientadora da pesquisa, após a coleta e apuração destes dados, foi possível chegar em algumas questões chave a respeito do entendimento, dificuldade e acesso aos serviços de saúde no SUS. Assim, foram desenvolvidas cartilhas em diferentes idiomas das mulheres imigrantes sobre como acessar os serviços de saúde, importância da realização do exame citopatológico e métodos contraceptivos. A fim de melhorar o acesso e entendimento dessas mulheres sobre a Saúde da Mulher.

Palavras-chave: Atenção Básica, Saúde da Mulher, imigrante, integralidade, equidade.

CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é a primeira porta de entrada dos usuários no serviço de saúde no Brasil, atua como principal meio de comunicação entre todas as redes de atenção à saúde e coordena todos os serviços disponibilizados na rede, visando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

A AB considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral ao indivíduo e sua coletividade, visando assim vincular a oferta de serviços compatíveis com as necessidades de saúde das diferentes localidades, levando em consideração as particularidades de cada território (BRASIL, 2017).

O diagnóstico situacional ou organizacional surge como principal ferramenta de pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, uma vez que este surge como resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de um determinado local, para posteriormente planejar e programar ações para o território (MONKEN et al, 2008).

Dentre as etapas que compõem o diagnóstico estão a coleta de dados, tratamento e análise destes, propiciando propostas de intervenção para as situações encontradas, além de melhor compreensão dos processos envolvidos (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016).

Conforme MONKEN et al, 2008 o diagnóstico situacional é uma ferramenta que auxilia a conhecer os problemas e as necessidades sociais. O mesmo gera benefícios para além da organização local, como também, na transparência para com a equipe de serviço e à população, visando atingir a qualidade das ações de saúde e oferece subsídios para a proposta e implementação de ações de Educação Permanente (QUEIROZ; VALENTE, 2019).

Dessa forma o diagnóstico situacional compõe o primeiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com foco na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Partindo desse pressuposto o presente trabalho objetiva (1) compreender o cenário no qual os serviços de saúde e a população do território em estudo estão inseridos; (2) correlacionar os conhecimentos teóricos e práticos com o cotidiano do serviço em saúde, de forma a considerar os princípios da integralidade, universalidade e equidade; (3) contribuir para o fortalecimento das práticas de saúde visando a expansão e consolidação da Atenção Básica; (4) direcionar a elaboração do projeto de pesquisa e intervenção que constitui o Trabalho de Conclusão de Residência.

2. CONTEXTUALIZAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A forma com que se dá o processo saúde-doença no mundo e no Brasil sofreu inúmeras transformações ao longo dos anos. Tanto as condições de saúde, quanto o acesso aos serviços modificaram-se, o que se deve tanto ao avanço científico e tecnológico, quanto à participação popular (BRASIL, 2015). Para compreender o modelo de saúde vigente é imprescindível contextualizar os diferentes panoramas já vivenciados.

Anteriormente à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a assistência à saúde teve duas fases. A primeira ocorreu até a década de 1920, onde os serviços de saúde ofertados eram limitados, a população pobre recorria aos hospitais liderados por instituições religiosas, as chamadas Santas Casas de Misericórdia, além de práticas de saúde pautadas na chamada medicina caseira, advindas dos saberes populares. Diferentemente do proletariado, a burguesia dispunha de atendimento dos médicos da família, seu poder aquisitivo lhes proporciona melhores condições de saúde, tanto no processo de recuperação, quanto na prevenção das doenças (MARQUES, 2016; CARVALHO, 2013; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2015).

A segunda fase ocorre a partir da mudança demográfica e epidemiológica que surge no país a partir da Revolução Industrial, pois muitas famílias residentes no meio rural migraram para os grandes centros (MENDES; RÓZSA FUNCIA, 2016). Cada vez mais se percebia a necessidade de esforços voltados para a saúde coletiva, bem como melhoria das condições sanitárias (BAPTISTA, 2007).

Ocorre então a aprovação da Lei Eloy Chaves na segunda fase, devido a preocupação com a saúde dos trabalhadores surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões, porém apenas alguns trabalhadores de áreas específicas eram beneficiados, portanto, ainda se tinha boa parte da população sem uma cobertura a saúde (CHIORO; SCAFF, 1999) Logo após a criação das CAP's surgiram outros institutos e as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram excluídas. Foram criados então os Institutos de Aposentadorias e Pensões- IAP's (1933), depois estes se transformaram no Instituto Nacional da Previdência Social- INPS (1966).

Apesar das tentativas do governo em criar serviços de saúde, estes acabavam não dando conta da população e deixando boa parte desta sem acesso à saúde, uma vez que esses estabelecimentos possuíam como modelo o hospitalocêntrico, e atendiam a lógico do lucro (SCHIORO; SCAFF, s.d). A urgência por mudança no panorama de saúde do país e o grande quantitativo da população desassistida foi pauta da 8 ° Conferência Nacional de Saúde que

ocorreu em 1986. Assim, no ato discutiu-se a necessidade de tornar o acesso à saúde não uma prática segmentada e restrita à uma parte da população, mas sim de acesso universal (BRASIL, 1986).

Aliado à isto os movimentos populares encabeçados por trabalhadores da área da saúde, professores e estudantes ganharam força e voz, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1988 (CORTÊS, 2009). Desde então a saúde passa a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

No ano de 1990 são instituídas as Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 as quais promovem a regulamentação do SUS, bem como estabelecem os princípios, diretrizes e objetivos deste (BRASIL, 1990a; Brasil 1990b). Estas passam a ser regulamentadas pelo Decreto 7.508 no ano de 2011, o qual dispõe sobre o planejamento e assistência à saúde, além da articulação interfederativa (BRASIL, 2011). A partir de então uma sucessão de mudanças ocorreram no contexto nacional de saúde, tornando essa acessível a todos de forma universal, equânime e integral.

3. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB) surge no Brasil nos anos seguintes, ela traz ideias de reforma sanitária consigo e incorpora os princípios do SUS, como a universalidade, descentralização, integralidade e a participação popular. A AB visou uma reorientação do modelo assistencial da saúde, sendo esse o principal contato da população com o sistema único de saúde (MATTA, 2007).

Com o intuito de fortalecer a AB foram formados dois importantes programas, o PACS (Projeto de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família) (DALPIAZ; STEDILE, 2011). , os quais possibilitaram a criação de vínculos com a população. A AB é então regulamentada e financiada pelo SUS a partir de 1997, com a instituição do Piso da Atenção Básica, ao qual este constitui recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, de forma fixa e variável (BRASIL, 1997).

Como proposta de consolidação do SUS em 2006 é lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta traz a Atenção Básica como a porta de entrada da rede, possuindo um elevado grau de descentralização e abrangência, comunicando-se com os demais pontos do sistema (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a dinamicidade do território, e as particularidades das populações entende-se que a Saúde da Família é uma estratégia prioritária para a consolidação da AB. Dessa forma podemos considerar a Estratégia da Saúde da Família (ESF) com inúmeras potencialidades, capazes de desempenhar um papel transformador, e promover a expansão da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A AB considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Em 2006, o Programa de Saúde da Família teve uma modificação em seu nome, passando a se chamar Estratégia da Saúde da Família (ESF), pois, entendeu-se que programa era algo que tinha um início e fim, e estratégia estaria mais perto do verdadeiro sentido da proposta, já que essa nomenclatura traz a ideia de algo permanente e contínuo (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A ESF é considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica dentro do SUS. Deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas da população de seu território e tem maior potencialidade de aplicar na prática os conceitos e diretrizes da APS (BRASIL, 2017).

Para o ideal funcionamento da ESF é necessário o quantitativo mínimo de profissionais atuantes, o qual compreende: um médico (a), um enfermeiro (a), um técnico (a) em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Estes compõem a equipe de Saúde da Família (ESF) preconizada pelo Ministério da Saúde (MS). Esta pode incluir outros profissionais, como Odontólogo (a) e Auxiliar de Saúde Bucal, por exemplo (BRASIL, 2017).

E cada ESF pode ser responsável por no máximo 4.000 pessoas em seu território. Os agentes comunitários de saúde devem cobrir 100% da população, sendo que cada ACS pode ter um máximo de 750 pessoas de sua responsabilidade e a unidade pode ter até 12 ACS por equipe de saúde da família (BRASIL, 2017).

4. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) é realizado em parceria com a Prefeitura Municipal de

Marau e tem como área de concentração a Atenção Básica. Atua na formação de profissionais de saúde das categorias de Enfermagem, Farmácia e Psicologia. Esse processo de Formação em Serviço na Saúde nasceu da estratégia de descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que, em 2012 estabeleceu parceria para a realização desse Programa descentralizado de sua sede em Porto Alegre.

A RMS caracteriza-se como um processo de formação de profissionais de Saúde na modalidade pós graduação *latu sensu*, o programa envolve ensino, formação e aprendizagem, com 20% de carga horária teórica e 80% de carga horária implicada com a presença nos serviços, órgãos de gestão e instâncias de participação popular e controle social do Sistema Único de Saúde (UFS, s.d.).

A inserção da equipe multidisciplinar na Atenção Básica oportuniza um cuidado integral e equânime, com um enorme potencial formador, a Estratégia de Saúde da Família, é vista como um ambiente justo e favorável para a formação de estudantes e trabalhadores em saúde, pois estar inserido no território e fazer parte dos processos de forma ativa, colabora para uma qualificação da formação em serviço, possibilitando o aprender a cuidar e cuidar. Em contrapartida o residente oportuniza ao serviço recursos humanos, os quais potencializam ainda mais as práticas de saúde (CECCIM et al., 2018).

A RMS com área de concentração na Atenção Básica da UFS abrange os núcleos profissionais da enfermagem, psicologia e farmácia, contando com o ingresso de dois profissionais de cada um desses núcleos anualmente. Possui duração de 24 meses, configurando o título de especialista ao profissional concluinte, com aprovação ao término deste período. As atividades práticas são desenvolvidas em duas ESFs localizadas no município de Marau, no norte do Rio Grande do Sul, sendo estas a ESF São José Operário e a ESF Santa Rita. Tal programa é possível a partir da parceria entre a UFS e Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS (UFS, s.d.).

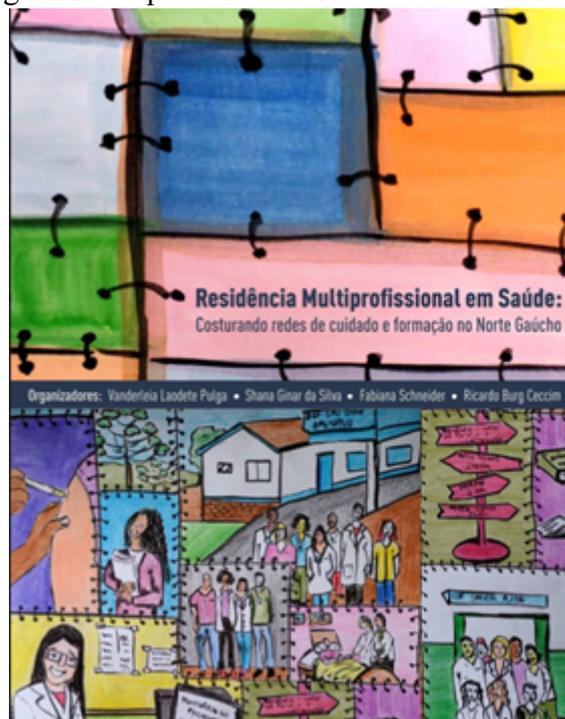
Anualmente os ingressantes no programa, após passarem por uma etapa de apresentação do programa, são alocados nas unidades em que desenvolvem suas atividades durante o período da residência. Na ocasião, cada ESF recebe um residente de cada núcleo profissional, além daqueles que permaneceram do processo seletivo anterior, totalizando seis residentes em cada ESF, divididos nas três áreas de abrangência (UFS, s.d.).

Os profissionais residentes são acompanhados diretamente no cotidiano por preceptores, os quais são profissionais do núcleo específico que atuam nas unidades de saúde em que o programa é desenvolvido. Além destes os tutores, professores da universidade, atuam nas supervisões e aulas teóricas e teórico práticas (UFS, s.d.). Esta formação em

serviço ocorre em cenários reais do SUS na Atenção Básica onde o residente tem sua formação pautada no cotidiano do serviço em que está inserido, podendo correlacionar as vivências práticas com a contextualização teórica do conhecimento (UFFS, s.d.).

Com o objetivo de divulgar, difundir e disseminar informação técnica e científica sobre as produções do Programa de RMS da UFFS no município de Marau, buscou-se tornar visível o cotidiano do Programa, metodologias e tecnologias desenvolvidas a partir da confecção do livro: *Residência Multiprofissional em Saúde: costurando redes de cuidado e formação no Norte Gaúcho*. A obra traz a experiência pedagógica e política da RMS realizada pela UFFS, gestada com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Prefeitura Municipal de Marau-RS. Por meio de manuscritos no formato de narrativas, ensaios teóricos e empíricos, pesquisas e experiências no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, produzidos por residentes, tutores, coordenadores, docentes, preceptores, membros das equipes de saúde, gestores e egressos do Programa, costuramos a presente obra.

Figura 1 - Capa do livro confeccionado em 2022.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

5. MARAU: CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA

Localizado no interior Norte do Estado do Rio Grande do Sul (Figura 1), na região do Planalto Médio, a cidade faz divisa com os municípios de Passo Fundo, Mato Castelhano, Vila Maria, Camargo, Soledade, Nicolau Vergueiro, Ernestina e Ibirapuitã (MARAU, 2023).

O município se destaca como um dos municípios brasileiros mais promissores do Estado devido ao seu constante crescimento populacional. Com uma área territorial estimada em 65 quilômetros quadrados e 45.523 mil habitantes (IBGE,2023)

Figura 2 – Localização de Marau no mapa do estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: Marau, 2021.

Marau foi, durante muito tempo, apenas território para tropeiros de gado. A vinda de alguns imigrantes das mais diversas pátrias fez surgir os primeiros núcleos populacionais, um denominado de Tope e o outro, de Marau. Este recebeu as primeiras famílias de imigrantes italianos por volta de 1904 e mais tarde tornou-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo (PREFEITURA, s.d.).

A vila e a zona rural desenvolveram-se com o trabalho árduo dos colonizadores, descendentes dos imigrantes italianos e estímulo dos freis capuchinhos presentes no território. Em 28 de Fevereiro de 1955 a cidade é emancipada de Passo Fundo e recebe o nome em homenagem ao bravo cacique Marau, que vivia na região e morreu em combate (PREFEITURA, s.d.).

O município possui 5.200 hectares de matas nativas e é banhado por diversos rios e córregos, destacando-se o Rio Marau, o Rio Capingui e o Rio Jacuí. Existem várias fontes de água que abastecem propriedades rurais para irrigação de lavouras, para os animais e atividades domésticas.

A cidade de Marau, a partir da década de 70, cresceu rápida e desordenadamente e os requerimentos da população em termos de saneamento não foram contemplados devidamente. Grande parte da cidade tem uma rede de esgoto mista (cloacal e pluvial). Em torno de 42,1% das residências usam o sistema de fossa séptica, mas apenas alguns bairros estão sendo dotados de rede de esgoto, aproximadamente 55,6%. O abastecimento da cidade

é feito pela Corsan, sem maiores problemas, abrangendo 75,7% da população. A grande questão, hoje, são os inúmeros poços artesianos e nascentes no interior, que perfazem um total de 24,1%. Em relação aos resíduos sólidos, a população marauense produz 22 toneladas por dia, 96,5% do lixo é coletado por empresa terceirizada, Eco Verde, 3,5% tem outro destino (queimado, enterrado ou a céu aberto), sendo a mesma empresa também responsável pela coleta seletiva (PREFEITURA, s.d.)

Dentre seus pontos turísticos mais procurados estão o Caminho das Águas e Sabores e a Rota das Salamarias, um compilado de belezas naturais que põe em evidência as potencialidades locais, além de oportunizar uma diversidade de atividades. Cabe ressaltar que esta é fruto da iniciativa de empreendedores rurais do território (PREFEITURA, s.d.).

A culinária tipicamente italiana atrai turistas interessados em desfrutar de uma experiência gastronômica que remete ao interior da Itália, tornando assim a Rota das Salamarias como um dos pontos bem mais requisitados. A rota é composta por uma extensão de cerca de 13 km no meio rural do município e conta com catorze pontos de visitação com refeições variadas e típicas da culinária italiana, com destaque para os salames, queijos, uvas, vinhos, mel e cachaças (KURTZ; KURTZ, 2022).

A cidade hoje se destaca nacionalmente como a “Capital Nacional do Salame”, e pela sua qualidade de vida e modernidade ofertada à população através da promoção de ações de sustentabilidade, segurança, investimentos em mobilidade urbana e também na limpeza e a revitalização de espaços públicos (PREFEITURA, s/d).

No cenário cultural podemos destacar o Coral Italiano e Grupos Folclóricos, o qual desempenham suas atividades, mantendo vivas as origens, e promulgando a cultura italiana no município. Além destes a cidade promove anualmente a Festa Italiana, evento este que visa fortalecer as raízes culturais e históricas do local, a cidade ainda tem como destaque o Festival Nacional do Salame, Festa Italiana, Rodeio Internacional, ExpoMarau, Marau em duas Rodas, Encontro de Fuscas, Motocross, Futsal e Artes Marciais (PREFEITURA, s.d.). O município desenvolveu-se ao longo dos anos através do trabalho árduo dos seus moradores, a partir dos anos 60 destacava-se a atividade agropecuária, com ênfase na criação de aves e suínos devido ao Frigorífico Borella e Cia Ltda., que, através de seus produtos, tornou a cidade conhecida no mercado nacional (PREFEITURA, s/d).

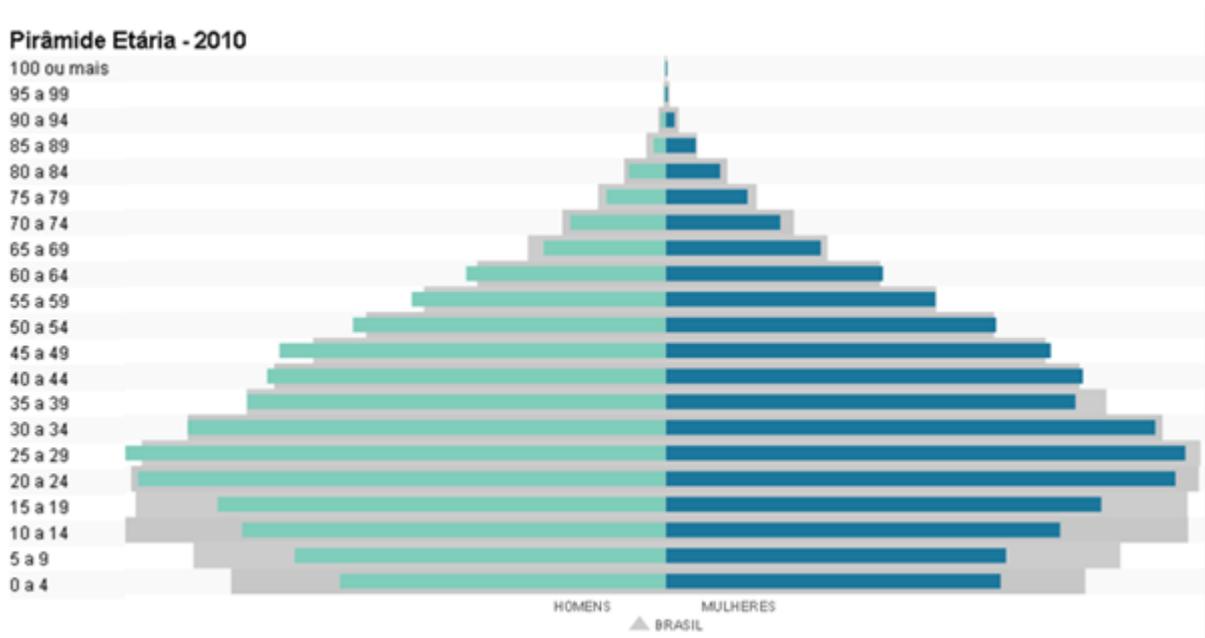
Ao longo dos anos as indústrias iniciaram suas atividades no território, fortalecendo ainda mais a economia do município, e atraindo novos olhares. Atualmente obtendo uma diversidade de empresas instaladas na cidade, atendendo a diversos setores como o couro, setor alimentício, construção civil, equipamentos para avicultura e suinocultura, entre outros.

A cidade obteve um avanço significativo, com impulso à economia e atraindo grande parte da população rural para a região urbana (PREFEITURA,s/d).

No setor industrial, atualmente, destacam-se as empresas Brasil Foods (BRF) e Metasa, as quais anualmente empregam boa parcela da população e atraem inclusive trabalhadores de outras cidades (KURTZ; KURTZ, 2022). Muitos procuraram Marau com o intuito de crescimento, por ser uma cidade em acelerada expansão, visando assim melhores condições de vida, conforme dados do IBGE o Produto Interno Bruto (PIB), per capita no ano de 2020 de Marau, foi de R \$49.638,88.

Ao observar o censo IBGE de 2010 no município de Marau percebe-se uma expressiva parcela da população em idade produtiva em comparação ao Brasil (Figura 3), cerca de 68,97% dos habitantes possuem entre 15 a 59 anos, o que corrobora com o desenvolvimento acentuado do município ao longo dos anos. Conforme dados do IBGE também, é possível observar que no de 2020 o salário médio mensal dos trabalhadores formais do município foi de 2,3 salários mínimos.

Figura 3 – Pirâmide etária do município de Marau no ano de 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

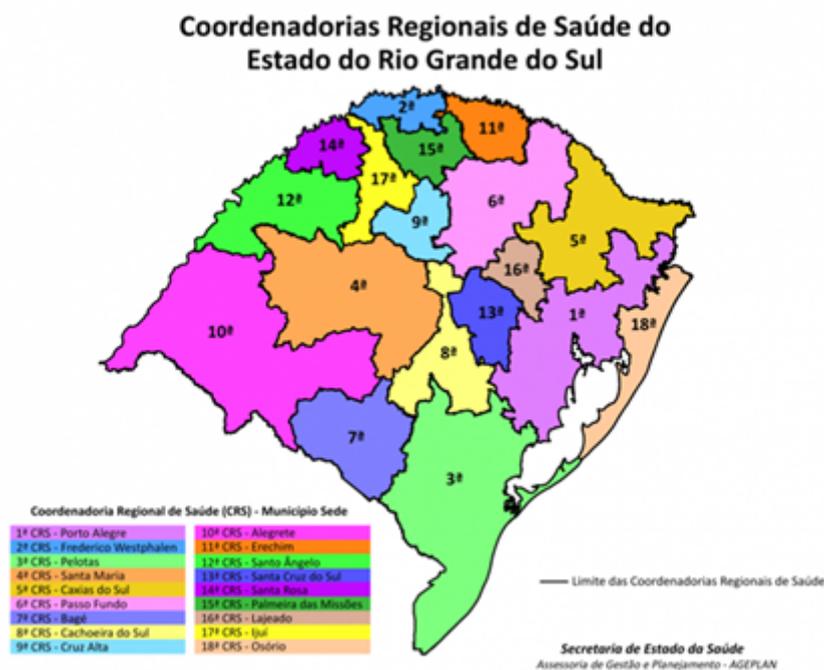
No setor da educação, Marau é reconhecida como uma Cidade Educadora. Isso se dá pelo esforço envolvido para proporcionar uma educação de qualidade à toda população em todas as faixas etárias. O município conta com transporte gratuito do ensino infantil ao superior, facilitando o acesso tanto nas instituições locais quanto na região (PREFEITURA,

s.d.). Conforme dados do IBGE a taxa de escolarização do município na faixa etária dos 6 aos 14 anos é de 94,5%, atualmente a cidade conta com escolas municipais, estaduais e particulares, dessas quatro são escolas de ensino médio e dezoito escolas de ensino fundamental, incluindo as creches.

6. REDE DE SAÚDE: REGIONAL E LOCAL

O Município de Marau faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) em conjunto com outros 61 municípios do Rio Grande do Sul que são pertencentes à macrorregião norte (Figura 4). Suas ações de saúde, bem como regulação da rede são vinculadas a esta coordenadoria, possibilitando uma comunicação com o sistema regional.

Figura 4 – Localização da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde no mapa do Rio Grande do Sul.



Fonte: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, s.d.

No âmbito da saúde municipal, Marau tem seus processos geridos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) inaugurada em 11 de maio de 1988, a qual é responsável pela gestão e coordenação das ações do município a partir dos recursos referentes ao SUS. A SMS fica localizada na Avenida Presidente Vargas 1676, Centro. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 07:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Os serviços administrativos desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde são: o planejamento, toda parte financeira, agendamentos de consultas e exames, (156 e GERCON), autorização de internação hospitalar, recursos humanos, cartão SUS e regulação dos transportes. Ainda fazem parte do setor a Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, Farmácia Básica Municipal, Farmácia de Medicamentos vindos do Estado e setor de transporte.

A rede de saúde municipal conta com 12 unidades de Estratégia de Saúde da Família, as quais abrangem 100% da população ao que tange os serviços assistenciais disponibilizados por esta. As quais são: Central I, Central II, Central III, ESF Centro Social Urbano, ESF Constante Fuga/Santa Helena, ESF Planalto, ESF Progresso, ESF Rural, ESF Jardim do Sol, ESF Santa Lúcia, ESF Santa Rita e a ESF São José Operário (MARAU, 2021).

O horário de funcionamento das ESF é das 07:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas, e tais equipes são compostas por um médico de (40 horas semanais), uma enfermeira de (40 horas semanais), uma técnica de enfermagem de (40 horas semanais), uma psicóloga de (20 horas semanais), um cirurgião dentista de (20 horas semanais), uma auxiliar de consultório dentário de (20 horas semanais), uma auxiliar administrativa de (40 horas semanais), uma sanificadora de (40 horas semanais) e agentes comunitários de saúde (ACS) de (40 horas semanais).

O sistema de agendamento de consultas médicas e odontológicas na AP se dá por meio de contato telefônico, pelo número 156. O serviço é ofertado de segunda a sexta-feira a partir das 06:00 horas da manhã, onde ao contatar tal número o usuário tem sua ligação direcionada para a central de agendamentos que fica localizada na SMS. Os profissionais atuantes nesse setor estão capacitados para alocar o indivíduo conforme sua unidade de referência no caso de consultas médicas, ou na unidade disponível em caso de atendimento odontológico de urgência.

Este agendamento de consultas via telefônica é uma estratégia que viabiliza o atendimento de forma ordenada, evitando aglomerações e longas filas na porta das unidades. Dessa forma o usuário não necessita mais se deslocar para a ESF de referência horas antes do início de suas atividades, ficando a mercê das condições climáticas, especialmente se sua situação de saúde está fragilizada.

O município ainda possui convênio com laboratório privados para realização de exames laboratoriais via SUS. São disponibilizadas cotas mensais para as unidades de saúde, as quais distribuem conforme a prioridade de atendimento. Ainda é possível utilizar o benefício da chamada Cota Social, parceria que fornece descontos para usuários do SUS nos

mesmos laboratórios conveniados, quando estes optam por realizar os exames de forma particular.

O gerenciamento das ações e recursos, levando em consideração as formas de repasse intergovernamental, e a participação das três esferas do governo permite a execução de medidas preconizadas para garantir a saúde da população.

Além das ESFs Marau também conta um Centro da Criança e do Idoso, espaço destinado para o atendimento da população pediátrica e idosa de forma especializada, um Apoio Diurno e Noturno de consultas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades e uma Sala Central de Vacinas (MARAU, 2021).

No âmbito da saúde da mulher Marau conta com assistência ginecológica e obstétrica, a qual está alocada nas dependências do Centro da Criança. Esse serviço disponibiliza o atendimento de profissionais especializados para suprir tais demandas do município.

A Rede Cegonha é um dos programas dentre os quais o município está vinculado, ofertando à população atendimento de planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, além de garantir o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável até os dois primeiros anos de vida (MARAU, 2021).

Como referência para nascimentos no município e região tem-se o Hospital Cristo Redentor (HCR), instituição filantrópica que presta serviços assistenciais de forma privada e SUS. Segundo dados do DATASUS no ano de 2021 foram 760 nascimentos, sendo 368 do sexo feminino e 392 do sexo masculino. Destes 143 (18,8%) foram via de parto vaginal e 617 (81,2%) por cesárea.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 215 medicamentos da lista básica, na farmácia municipal e nos núcleos de Farmácia que ficam localizados nas ESF Santa Rita, Centro Social Urbano, São José Operário, Planalto, Central 3 e Fuga. São atendidos cerca de 300 usuários / dia tanto na farmácia Central quanto nos núcleos de dispensação de medicamentos.

Ao lado da Farmácia Básica encontra-se a Farmácia de Dispensação de Medicamentos do Estado e de medicações provenientes de processos judiciais. A demanda de atendimentos nesta aproxima-se de 50 atendimentos por dia. São dispensadas medicações provenientes de processos estaduais, aparelhos e fitas de Glicose, medicamentos especiais provenientes de alguns hospitais de fora do município, além de fraldas e dietas especiais.

Marau também dispõe desde o ano de 2005 de CAPS tipo I, o Centro de Atenção Psicossocial presta atendimento a transtornos mentais severos, persistentes e dependência química, é um articulador da rede de saúde mental, pois oferece uma linha de cuidado ao

usuário, em parceria com as equipes de Saúde da Família, as quais contam com profissionais de várias áreas. O CAPS também se faz um grande articulador entre as internações psiquiátricas, além de encaminhamentos para comunidades terapêuticas aos dependentes químicos quando necessário. O CAPS atualmente é o regulador das internações em saúde mental, através do GERINT – Sistema de Gerenciamento de Internações.

O Setor de Transportes do município também fica anexado junto a SMS, atualmente o mesmo conta com uma frota de 05 ambulâncias (sendo 03 UTI móvel), 02 micro-onibus, 03 vans, 01 ônibus e 13 automóveis. Os veículos ficam à disposição para realizar o transporte dos pacientes que necessitam de atendimentos fora do município ou em alguns casos dentro da própria cidade, além das transferências de urgência/ emergência e altas hospitalares, de ou para hospitais de outros centros. As equipes de ESF utilizam os carros da frota para realização de atividades necessárias fora das Unidades de Saúde, como por exemplo as visitas domiciliares. O setor da Vigilância em Saúde utiliza dos veículos próprios (caminhonete e veículo pequeno) para realizarem os serviços de vigilância. Com relação ao transporte de pacientes, a Secretaria Municipal de Saúde, reserva o direito de disponibilizar veículos para transporte coletivo a pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, atendidos pelas equipes de saúde municipal ou hospitais que prestam serviços ao SUS. O transporte será individualizado quando o paciente não tiver condições de saúde para o transporte coletivo (exemplos: paciente que necessita de maca, sem condições de caminhar ou paciente de urgência/emergência).

Marau ainda conta com Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e Academia de Saúde, além de estar inserido nos Programas Criança Feliz/ Primeira Infância Melhor, Programa de Imunizações, Programa de Pacientes Ostomizados, Programa Saúde na Escola e Programa de Controle da Dengue (MARAU, 2021).

7. ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO

O ESF São José Operário, encontra-se localizado na rua 21 de maio, número 151 do bairro a qual leva o nome. Apesar disto, a mesma abrange uma população de aproximadamente 4527 usuários cadastrados, residentes nas sete microáreas que contextualizam o atendimento da unidade de saúde nos bairros São José Operário, Frei Adelar, Loteamento Busnello e Nova Alternativa. A unidade também é referência e atende as famílias que residem junto ao Distrito Industrial, porém no mesmo não seria permitido a construção de casas residenciais. Fazem parte do ESF as microáreas 30 e 31 pertencentes ao

bairro São José Operário, as microáreas 27 e 28 do bairro Frei Adelar, Lot. Busnello e Nova alternativa com as microáreas 29, 67 e 68.

A unidade iniciou suas atividades no ano de 2006, nas dependências da antiga escola do bairro, passando por uma reforma no ano de 2021 para melhor atender as demandas da população.

Figura 05 e 06 – Estratégia de Saúde da Família São José Operário



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Quanto sua infraestrutura, esta conta com: 01 recepção equipada para receber os usuários, onde atua também um profissional administrativo; 03 banheiros, sendo um deste adaptado para cadeirantes; 02 consultórios médicos; 01 farmácia; 01 sala de vacinas; 01 sala de procedimentos; 01 consultório odontológico; 01 sala de enfermagem com banheiro anexo; 02 consultórios psicológicos; 01 lavanderia; 01 sala de esterilização a qual é dividida em dois

blocos, sendo uma área limpa e uma suja; 01 cozinha; 01 sala de digitação e uma sala de reuniões.

Figura 7 - Estratégia de Saúde da Família São José Operário: Vista interna da unidade: recepção



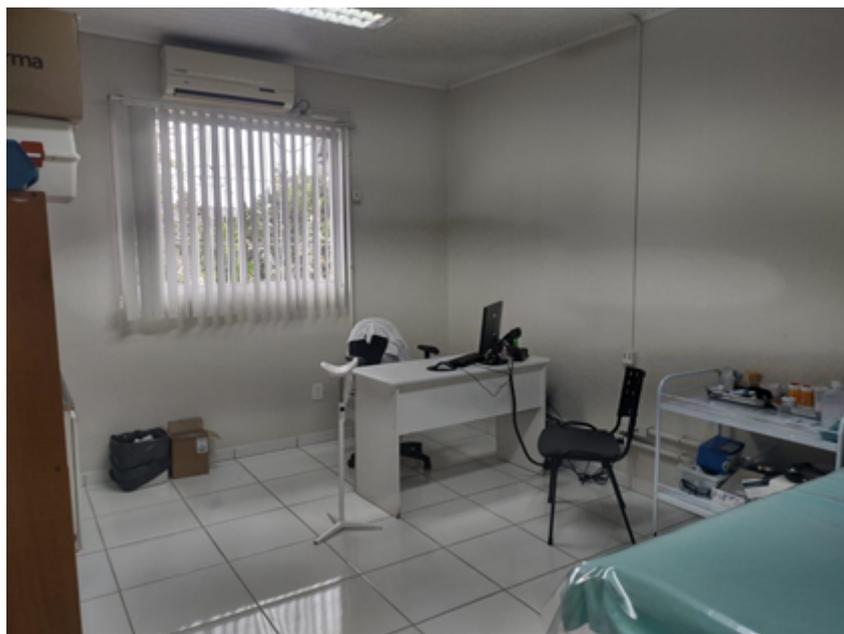
Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Figura 8 - Estratégia de Saúde da Família São José Operário: Vista interna da unidade: sala de vacinas



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Figura 09 - Estratégia de Saúde da Família São José Operário: Vista interna da unidade: sala de procedimentos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Figura 10 - Estratégia de Saúde da Família São José Operário: Vista interna da unidade: consultório de enfermagem.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

A equipe multiprofissional atuante na ESF é composta por 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 02 médicas da família e 01 administrativo, 06 agentes comunitárias de saúde os quais atuam na unidade 40h semanal, além de 01 sanificadora terceirizada. Conta também com 01 odontóloga, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 farmacêutica e 01 psicóloga que atuam 20h semanais.

Os profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS também estão inseridos na equipe, prestando atendimento direto à população e contribuindo com a dinâmica de trabalho da ESF 40 horas semanais, a equipe é composta por 02 residentes do núcleo da enfermagem, 01 da farmácia e 02 da psicologia.

Dentre os serviços ofertados pela unidade estão consultas médicas e de enfermagem nos diferentes ciclos da vida, compreendendo atendimentos de puericultura, pré-natal, puerpério, doenças crônicas, saúde do idoso e da mulher. Realização de procedimentos ambulatoriais de enfermagem como curativos, aplicações, vacinas, aferição de sinais vitais, dentre outros. A dispensação de medicamentos ocorre na farmácia interna, a qual atua também na assistência farmacêutica. São prestados também atendimentos odontológico, psicológico e acolhimentos multiprofissionais.

7.1. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

O território de abrangência da ESF (Figura 16) é composto por 07 Microáreas (MA), sendo que duas estão localizadas no bairro São José Operário (MA 30 e 31), 01 no bairro Busnello (MA 27), 01 no bairro Frei Adelar (MA 28) e 03 no bairro Nova Alternativa (MA 29, 67 e 68). Cada MA conta com uma ACS responsável, porém a MA 68 encontra-se no momento sem ACS responsável.

Figura 11- Mapa do Território da ESF São José Operário



Fonte: Arquivo pessoal de Melanie Aguiar, 2022.

A área de limitação de abrangência do ESF é de fácil visualização no mapa do município de Marau, uma vez que o território possui três principais ruas de acesso, e é limitado pela rodovia RS 324. As principais ruas de acesso do ao território são 07 de Setembro, Romana Mistura e Nóe Vieira, além delas destaca-se as ruas principais para locomoção dentro do território, sendo elas: 21 de Maio, Brasil, Bonfilho de Rocco, México e Inglaterra.

Um das principais características do território é a presença de grandes empresas, como Metasa, Plastimarau, Aljesa, Mega e Incubatório de aves da BRF. Assim, o território foi modelando-se ao redor destas grandes empresas, uma vez que o mesmo fica localizado perto do distrito industrial do município de Marau, e ao principal acesso a cidade a partir da rodovia RS 324.

As diversas empresas presentes no território geram empregos a população residente no bairro, o que fortalece a economia local e atrai diversos moradores para as imediações, porém, o que vale salientar é que a presença de tais instituições influi no delineamento tanto sociodemográfico do território, quanto do perfil de saúde dos usuários. É comum o acometimento de doenças relacionadas ao trabalho, o que implica em atendimentos na ESF, bem como na promoção de saúde por meio de ações educativas.

Em relação às questões sanitárias, considerável parte do território possui tratamento de esgoto, sendo o uso de fossa séptica comum em algumas localidades. O abastecimento de água potável se dá pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) em sua maioria, e por poços artesianos em parte do bairro São José Operário. Quanto ao fornecimento da energia elétrica, a Rio Grande Energia (RGE) é a empresa responsável por tal serviço na área de abrangência.

Quanto à caracterização das moradias no território percebe-se que no bairro São José Operário é composto principalmente por casas de alvenaria, enquanto que nos bairros Frei Adelar e Nova Alternativa é comum encontrar prédios com mais de uma unidade habitacional.

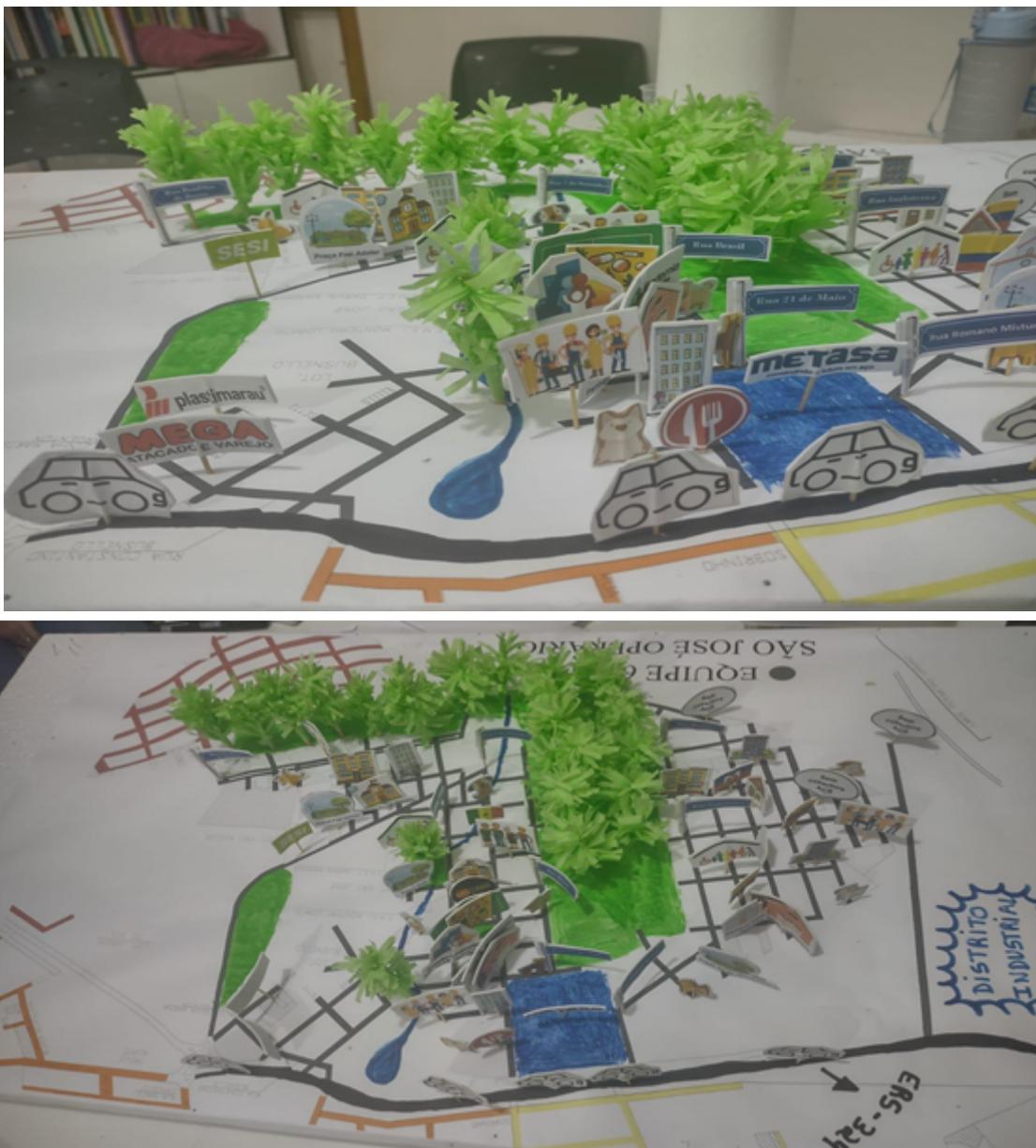
Apesar de estar localizado geograficamente próximo à rodovia e distante do centro da cidade, há pontos de parada do transporte coletivo dentro da área de abrangência com horários disponíveis tanto durante o dia e a noite. Além disso, boa parte da população conta com veículos próprios para deslocamento.

Ainda é possível identificar instituições como igrejas, centros espíritas, mercados, lojas, bares, metalúrgicas, dentre outros estabelecimentos, os quais implicam em questões

econômicas e sociais. Estes facilitam o acesso a determinados serviços, não sendo necessário o deslocamento para pontos mais distantes da cidade.

Para melhor caracterização e visualização da área de abrangência do ESF, foi elaborado o mapa falante do território, onde a partir desta técnica é possível conhecer o território em que se está inserido e elaborar a partir da percepção e conhecimento da equipe uma representação gráfica. Na elaboração do mapa falante do território do ESF São José Operário é possível visualizar todos os principais pontos de destaque no território, desde as principais ruas, pontos de comércio, área verde, escolas, empresas e caracterização da população de cada microárea.

Figura 12 e 13 -Mapa falante do território de abrangência do ESF São José Operário



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

7.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ADSCRITA

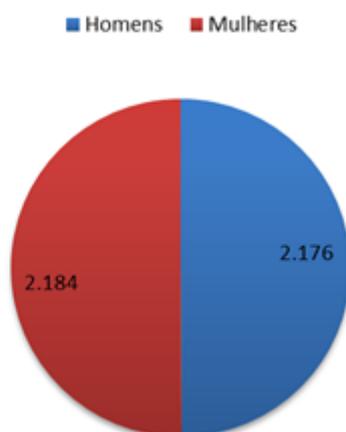
A partir do levantamento de dados realizado através do sistema G-mus, sistema de prontuário eletrônico utilizado na rede de atenção básica do município de Marau, foi possível realizar a análise da população adscrita no território. Atualmente a população pertencente ao território do São José Operário totaliza 4.360 pessoas, sendo 2.176 homens e 2.184 mulheres, que residem nas sete microáreas do território.

Delineando a população adscrita percebe-se que em sua maioria trata-se de jovens e adultos, predominantemente em idade produtiva. Destes 1446 são homens entre 18 e 59 anos e 1431 são mulheres. Entre 0 a 59 anos identifica-se uma predominância do sexo masculino, enquanto que na faixa etária de 60 anos ou mais as mulheres são maioria, destes dois são acamados, sendo os únicos pacientes com limitação ao leito presentes no território.

A população idosa é composta por 439 indivíduos, sendo 259 do sexo feminino e 180 do sexo masculino. Está corresponde a cerca de 10% da população cadastrada, concentrada principalmente no bairro São José Operário, um dos mais antigos dentro da abrangência da unidade de saúde.

Figura 14 - Gráfico da população cadastrada por sexo.

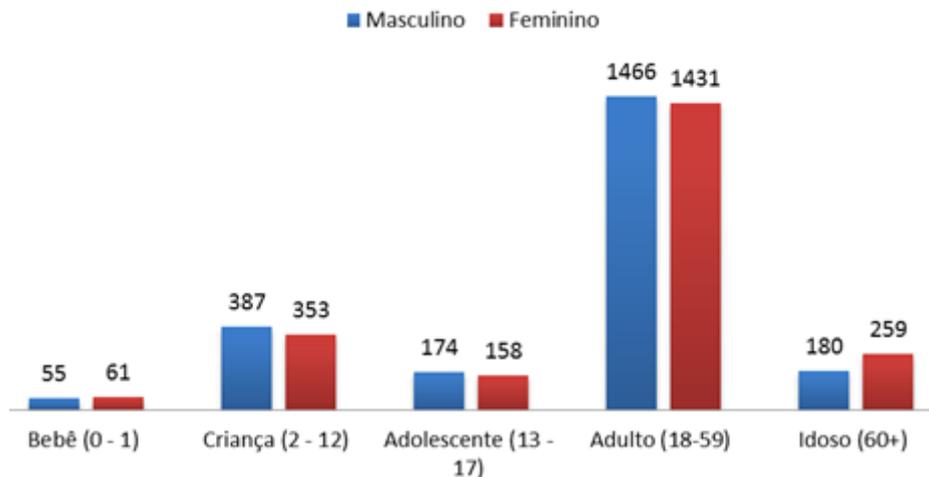
População atendida 4.360 pessoas



Fonte: Própria autora, 2023.

Figura 15 - Gráfico da população cadastrada por faixa etária.

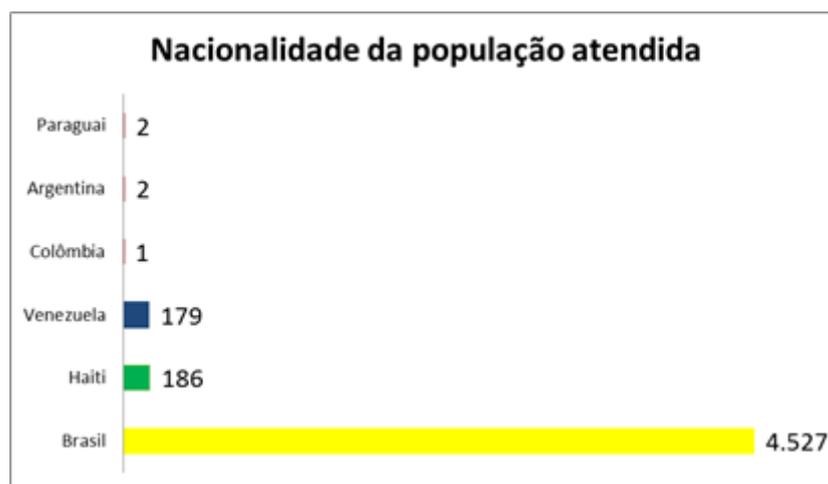
Faixa etária da população atendida



Fonte: Própria autora, 2023.

Analisando os dados sociodemográficos do território percebe-se um número expressivo de imigrantes no território, oriundos de países como Haiti, Venezuela, Argentina, dentre outros. É possível visualizar na figura 16 as diferentes nacionalidades presentes no território, sendo estas compostas por crianças, adolescentes, adultos e idosos. A maioria da população imigrante masculina reside no território devido ao emprego em empresas situadas no próprio bairro ou proximidades. Estes, frequentemente, residem com amigos, formando núcleos de imigrantes, o que possibilita uma cooperação mútua entre os mesmos.

Figura 16 - Gráfico da nacionalidade da população cadastrada, sem divisão de sexo e faixa etária.



Fonte: Própria autora, 2023.

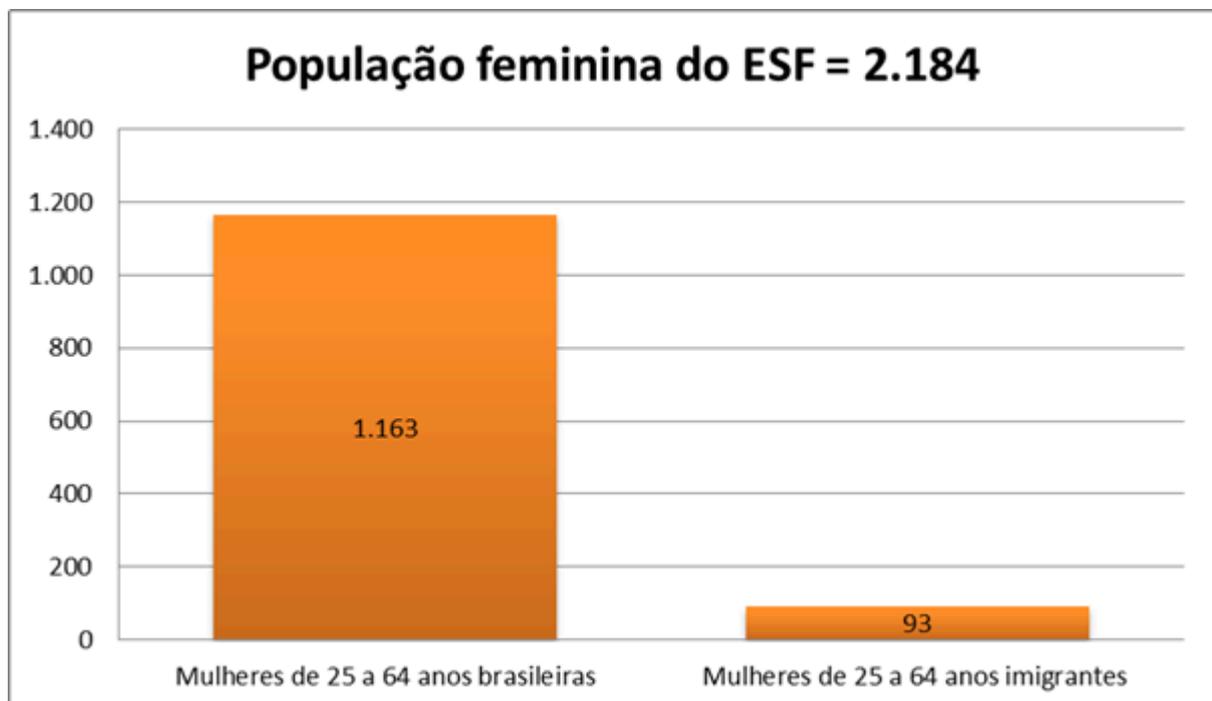
Em relação à organização econômica das famílias adscritas percebe-se baixas taxas de desemprego, e conseqüentemente índices menores de vulnerabilidade social. Programas sociais como Auxílio Brasil contribuem para tal cenário positivo.

Cerca de 740 crianças estão cadastradas no território, dentre estas 116 possuem entre 0 e 1 ano de idade. Ao analisar o índice de atendimento em puericultura, percebe-se que estes acontecem com frequência definida pelo MS apenas até os seis meses de idade, havendo redução do número de consultas após este período. Tal evento pode estar associado ao retorno da figura materna ao trabalho.

O número de mulheres em idade fértil, ou seja, entre 15 e 44 anos corresponde a 50,5 % da população total, caracterizando a população do território como jovem. Em contrapartida, o número de gestantes no território atualmente é baixo, em comparação a anos anteriores, contando com apenas 20 gestantes, sendo que destas 15 realizam o acompanhamento de pré-natal baixo risco no ESF, 04 no particular/ convênio e 01 gestante de alto risco encaminhada para o atendimento no serviço especializado.

É a partir dos dados coletados que é possível identificar também o número de mulheres no território em idade para realizar o exame citopatológico, conforme os Ministério da Saúde toda mulher entre 25 a 64 deve realizar no mínimo a cada três anos o exame. A figura 18 nos traz uma análise comparativa entre o número de mulheres atendidas no ESF e o percentual de mulheres que vem realizar o exame, assim como a nacionalidade das mesmas.

Figura 17 - População feminina atendida no ESF entre 25 a 64 anos

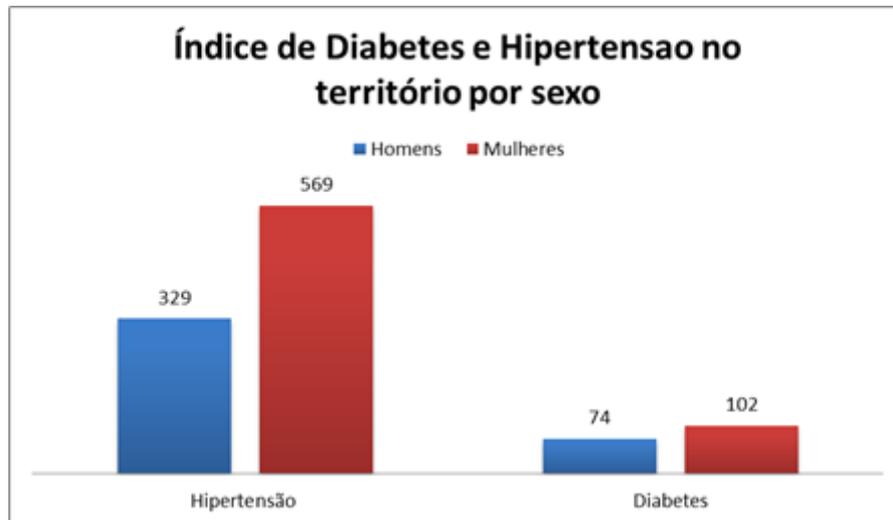


Fonte: Própria autora, 2023.

Quanto ao perfil de saúde da população é possível identificar que as principais morbidades encontradas são diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Dentre os portadores de DM 102 são do sexo feminino e 74 do sexo masculino, totalizando 174 indivíduos, o que corresponde a quase 4% da população total cadastrada. Já para aqueles que convivem com a HAS 569 são mulheres e 220 são homens, um total de 569 indivíduos, ou 13% dos cadastrados.

Figura 18 – Gráfico do índice de diabetes e hipertensão no território por sexo.



Fonte: Própria autora, 2023.

Cabe citar também a situação da drogadição que é presente em todo território, sendo uma questão de saúde pública, a qual demanda esforços dos diferentes pontos da rede, implicando também na organização da ESF. O índice de violência e as questões de saúde mental representam uma das maiores demandas da unidade, principalmente após um período pós-pandêmico.

7.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA ESF

Por se tratar da porta de entrada da rede, a ESF desenvolve inúmeras atividades, as quais compreendem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. Dentre estas pode-se citar consultas médicas, de enfermagem, atendimento psicológico e odontológico, procedimentos de enfermagem, entre outras.

Devido à grande demanda de atendimentos, percebe-se muitas vezes que a unidade desempenha muito mais um papel curativo, do que preventivo. No entanto, é notório o esforço para evitar esta realidade, promovendo ações voltadas para a prevenção de agravos no território.

Dentre estas, cabe citar os grupos de gestantes, os quais são realizados semestralmente com o intuito de orientar as mulheres durante a gestação, bem como sua rede de apoio. Tal atividade visa reduzir os índices de mortalidade infantil e materna através da educação em saúde com a população alvo.

O grupo de gestantes envolve esforços da equipe multidisciplinar, e engloba temas pertinentes à gestação e primeira infância durante cerca de nove encontros. Também são convidados profissionais externos para o desenvolvimento das atividades. Estes contribuem não apenas para a formação de vínculos, mas também para a troca de saberes entre comunidade e unidade de saúde. Infelizmente, no atual momento o grupo de gestantes não está sendo realizado devido o baixo quantitativo de gestantes no território, além de muitas delas realizarem o pré-natal na rede privada, mas o mesmo ocorre semestralmente, assim, tendo ocorrido em 2022, espera-se que para o ano que vem, seja possível a realização do mesmo.

Tendo em vista a importância da atividade física para a saúde e bem estar do ser humano, a ESF promove semanalmente encontros para realização destas, estimulando hábitos de vida saudáveis. O grupo de Atividade Física está ativo há anos no ESF e possui grande adesão da comunidade. Os encontros são realizados toda quarta-feira de manhã na academia de saúde ao ar livre, que fica localizada ao lado da ESF.

Em um primeiro momento é aferida a pressão arterial de todos os participantes e na sequência são desenvolvidas atividades de alongamento, caminhadas, pilates e mobilidade corporal. Os cronogramas de atividades desenvolvidas é coordenado pelas agentes comunitárias de saúde de duas residentes, o qual busca utilizar os diferentes espaços do território para desenvolver as atividades, como as praças dos bairros Nova Alternativa e Frei Adelar.

Sabe-se da eficácia dos exercícios físicos regulares no controle e prevenção de doenças como HAS, diabetes, Alzheimer, dentre outras. Dessa forma, o desenvolvimento do grupo contribui para a redução de atendimentos, e promoção da saúde.

Figura 19 - Grupo de atividade física realizando alongamento no campo de futebol do bairro.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Figura 20 - Grupo de atividade física na academia de saúde do bairro Nova Alternativa.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Quanto à participação social identifica-se uma baixa adesão por parte da população ao Conselho Local de Saúde, especialmente após a pandemia do COVID 19, pois com a pausa da realização do mesmo durante a pandemia, as atividades acabam não retornando novamente. No entanto, a comunidade é ativa em outros aspectos, como por exemplo a participação no Brechó Solidário (Figura 21 e 22) e a Festa Junina (Figura 25).

Figura 21 e 22 - Brechó Solidário ESF SJO 2023



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

O Brechó Solidário visa angariar fundos para a unidade de saúde, bem como auxiliar famílias em situação de vulnerabilidade social. As roupas são recebidas ao longo do ano através de doações da própria comunidade e funcionários do ESF, e são vendidas a R\$2,00 reais a peça. O valor obtido nas vendas do brechó é destinado a compra de materiais para os grupos de educação em saúde ao longo do ano no ESF.

A festa junina do ESF aos integrantes do território ocorre anualmente, e tem como objetivo a integração entre a comunidade e os profissionais do ESF. São realizadas brincadeiras, dança e compartilhado comidas típicas de festa junina.

Figura 23 - Festa Junina ESF SJO com grupo de Atividade Física e Grupo de Artesanato Alegria e Companhia.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Outra grupo efetivo no ESF é o Grupo de Artesanato Alegria e Companhia, ao ocorre semanalmente nas quinta-feiras a tarde, o local para realização do grupo é no salão da comunidade do bairro São José Operário, e tem em sua maioria participantes idosas ou com comorbidades associadas. As atividades manuais são terapêuticas, ajudam a nos conectar com os processos mentais e trazem diversos benefícios à saúde, como minimizar os sintomas de estresse e depressão e impulsionam o desenvolvimento cognitivo.

Além das atividades realizadas semanalmente e anualmente, o ESF também promove diversas atividades de educação em saúde, ao qual são realizadas para as diferentes faixas etárias da população. Mensalmente, em alusão às campanhas de conscientização na área da saúde, como por exemplo Março Lilás, Julho Amarelo, Julho Lilás e Dourado, Setembro Amarelo, Outubro Rosa e Novembro Azul, além de atividades nas datas comemorativas como Dia da Mulher e Dia das Mães. Essas atividades sempre ocorrem com a participação da equipe multiprofissional e tem grande adesão da comunidade.

7.4 O TERRITÓRIO NA PERCEPÇÃO DA RESIDENTE

Estar inserida no cotidiano de trabalho da residência multiprofissional proporciona uma interação com o território, permitindo um mapeamento deste, bem como de suas fragilidades e potencialidades. É notório como este se modifica ao longo dos dias, semanas, meses, anos, reafirmando sua característica principal de ser um território vivo, e não apenas linhas geográficas delimitadas.

A partir da interação com os habitantes e os fluxos presentes, é possível compreender algumas dinâmicas e particularidades do território. Por meio da interação com o mesmo percebe-se que este possui características que o diferenciam de outros, o que torna cada território único em sua maneira de ser.

Com a vivência diária no território é possível elencar pontos centrais de convivência e grande participação da população no bairro, como por exemplo as escolas de ensino infantil e fundamental, as quais são imprescindíveis no processo saúde-doença. A partir do vínculo com as instituições de ensino do território é possível realizar atividades educativas, identificar problemas de saúde, situações de violência/negligência, bem como a violação dos direitos da criança e do adolescente.

É importante enfatizar o papel das escolas na formação de cidadãos, sendo um espaço de promoção de cultura e conhecimento. Portanto a inserção de escolas no território se faz fundamentais no desenvolvimento das crianças e jovens, pois o ensino gera oportunidades, contribuindo para melhores empregos, e conseqüentemente menores índices de vulnerabilidade.

Identificam-se no território também pontos que contribuem para a saúde da população, como áreas de lazer, áreas verdes, incluindo uma área de preservação ambiental, academia ao ar livre, dentre outros. Tais espaços dentro do território facilitam o acesso ao lazer, imprescindível para o bem estar físico, emocional e social, os quais promovem saúde. Junto com a vivência diária no território, é possível observar e entender as principais dificuldades evidenciadas pela população que aqui reside. Como exemplo o difícil acesso ao bairro, pois por se localizar à margem de uma rodovia e ao redor de diversas empresas, o acesso às microáreas do território se tornou difícil com o grande crescimento populacional.

Por se tratar de um território de grande expansão territorial e populacional, ocorre que a localização do ESF fica distante a algumas microáreas de abrangência, por ser uma construção antiga, inserida em uma localidade mais próxima ao acesso ao bairro, torna-se distante das demais, o que acaba algumas vezes dificultando o acesso ao serviço da população.

O acúmulo de lixo, principalmente em terrenos desocupados, também é uma prática também presente no território. Tal prática contribui para a proliferação de vetores e animais que podem se tornar risco para a saúde da população. É imprescindível que os moradores compreendam os riscos do descarte incorreto de resíduos, especialmente no meio ambiente. Até porque a coleta seletiva é uma realidade na região como um todo.

Ao final é importante destacar o grande quantitativo de participação da população idosa feminina nas atividades desenvolvidas pelo ESF no território, apesar do quantitativo ser baixo em relação ao público de abrangência do território, a criação de vínculo com diversos pacientes é um destaque no território.

Por ser um bairro de população jovem e com muitos imigrantes e migrantes, o número de atendimentos a essa faixa etária da população ainda é reduzido, uma vez que os mesmos acabam não procurando muito o serviço para prevenção, apenas para tratamento e diagnóstico.

8. PROJETO DE PESQUISA E INTERVENÇÃO: JUSTIFICATIVA

Ao analisar o território, bem como a população que faz parte deste, percebe-se que a população feminina em idade para realizar o exame citopatológico chega a 57%, ou seja, mais da metade da população. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o exame citopatológico é o método de rastreamento do câncer do colo do útero indicado para a população alvo de 25 a 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais (INCA, 2016; 2021). Essas recomendações visam garantir o balanço favorável entre riscos e benefícios do rastreamento.

O rastreamento do câncer do colo do útero representa um processo complexo em múltiplas etapas: aplicação do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica e tratamento (INCA, 2016). No município de Marau, conforme preconizado em protocolo de saúde do município, o exame pode ser realizado anualmente, seguindo a idade preconizada pelo Ministério da Saúde. A partir da busca realizada no sistema de prontuário eletrônico do município, G-Mus é possível identificar o grande quantitativo de mulheres imigrantes com idade para realizar o exame preventivo residindo no território, mas que infelizmente não realizam o exame.

Com a vivência e estudo do território, percebe-se um grande número de mulheres imigrantes que buscam a ESF para atendimento em consultas médicas, acompanhamento de doenças crônicas e agudas, ou até mesmo gestações que frequentemente são descobertas na própria unidade de saúde, porém ao mesmo tempo identifica-se uma dificuldade por parte dos

profissionais no manejo com aspectos relacionados à saúde das mulheres. A realização do exame preventivo, é um exemplo, pois a dificuldade na comunicação ou na compreensão da importância da realização do exame é grande por parte deste público, uma vez que procedimentos como a coleta do exame citopatológico não era uma realidade em alguns países de suas origens.

Com a exposição da problemática, este projeto tem como objetivo levantar dados a partir do sistema de prontuário eletrônico do município de Marau, G-mus e do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) do Ministério da Saúde as mulheres imigrantes que residem no território, com idade entre 25 a 64 anos que nunca realizam o exame preventivo no Brasil através de uma busca ativa. O intuito do projeto é criar uma cartilha nos diferentes idiomas das pacientes explicando o que é o exame, a importância de sua realização e de como este é realizado.

A partir do levantamento das informações das pacientes que se encaixam nos requisitos da pesquisa inicia-se a busca ativa das mesmas junto a visitas com as agentes comunitárias de saúde (ACS). Nas visitas será entregue a cartilha com todas as informações sobre a realização do exame, e então oferecido à paciente a realização do mesmo. A partir de um cronograma, espera-se realizar o maior número de coleta de exames preventivos na população imigrante e aumentar a adesão e vínculo da paciente junto ao ESF na busca de prevenção ao câncer de colo de útero.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1882/GM, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição. Brasília, DF, 1997.

<https://www.saude.pr.gov.br/sites.d.default/arquivos_restritos/files.d.documento/2020-05/portgm1882_18dezembro_1997.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL, ASIS – Análise de situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26570/2/Livro%20EPSJV%20007739.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2023.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt#>>. Acesso em: 09 ago. 2023.

CECCIM, R. B. et al. EnSiQlopedia das residências em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. Acesso em: 09 ago. 2023.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. A implantação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf>. Acesso em 09 ago. 2023.

CÔRTEZ, S. V. Participação e saúde no Brasil. [online] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/8znq5/pdf/cortes-9788575413463.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2023..

DATASUS. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18 jun. 2023.

DALPIAZ, Ana K.; STEDILE, Nilva LR. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital, v. 5, 2011. Acesso em: 11 jun. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama. 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 10 ago. 2023.

KURTZ, I.; KURTZ, D. Marau-RS: Um município do norte gaúcho acolhe o ensino em serviço. In: Residência Multiprofissional em Saúde: Costurando redes de cuidado e formação no Norte Gaúcho. Porto Alegre, 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MARAU. Secretaria da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Marau, RS, 2021. Acesso em: 25 jul. 2023

MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. In: Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alejandra-Carrillo-Roa-2/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organizacao_e_financiamento/links/5810edb308ae009606be74e9/Sistema-de-Saude-no-Brasil-organizacao-e-financiamento.pdf#page=141>. Acesso em: 09 ago. 2023.

MENDES, A; RÓZSA FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alejandra-Carrillo-Roa-2/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organizacao_e_financiamento/links/5810edb308ae009606be74e9/Sistema-de-Saude-no-Brasil-organizacao-e-financiamento.pdf#page=141>. Acesso em: 09 ago. 2023.

MONKEN, M; GONDIM, G M G; PEITER, P; BARCELLOS, C; GRACIE, R. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In Saúde, Ambiente e Território, Ed. FIOCRUZ, 2008. Acesso em: 09 mai. 2023.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. Encontros Teológicos, 2012, p. 31-42. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>>. Acesso em: 09 ago. 2023.

PAIM, J. S. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Acesso em: 09 ago. 2023.

PREFEITURA - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. História de Marau. s.d.. Disponível em: < <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>>. Acesso em: 29 mai. 2023.

QUEIROZ, R. S.; VALENTE, G. S. C. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 88, n. 26, 12 ago. Disponível em: <<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/297>>. Acesso em: 25 jul. 2023.

SILVA, C. S. S. L.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. Revista Pró-UniverSUS, v. 7, n. 2, p. 30–33, 2016. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>>. Acesso em: 24 jul. 2023.

UFFS – UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. Residência Multiprofissional. s.d.. Disponível em: <<https://www.uffs.edu.br/campi/passo-fundo/residencias-multiprofissionais/a-residencia>>. Acesso em: 24 jul. 2023.

CAPÍTULO II: PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACNUR	Agência da ONU para Refugiados
AB	Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
CEP/UFS	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
G-MUS	Gestão para a Secretaria Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
OBmigra	Observatório das Migrações Internacionais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

RESUMO

O aumento da população de mulheres imigrantes no Brasil e conseqüentemente como usuárias no Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se uma demanda de cuidado, especialmente, na Atenção Básica (AB), porta de entrada e ingresso aos correspondentes serviços. Este estudo tem como objetivo compreender o entendimento das mulheres imigrantes sobre a saúde da mulher na Atenção Básica em territórios de duas Estratégias de Saúde da Família do município de Marau/ RS. Por isso, é preciso compreender o processo de migração e produzir conhecimento acerca da saúde da mulher, uma vez que a mesma é fundamental na AB, e repercute na saúde de toda a família. Essa pesquisa será feita nos serviços de atendimento junto aos campos de prática da residência multiprofissional em saúde da família. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem metodológica qualitativa do tipo pesquisa-intervenção com questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas com mulheres imigrantes pertencentes aos territórios de saúde, mediante consentimento. Espera-se com este estudo, fomentar integralidade e equidade na saúde dessa população.

Palavras-chave: Atenção Básica, Saúde da Mulher, imigrante, integralidade, equidade.

1. INTRODUÇÃO

A Lei da Migração Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017 em congruência com a Constituição Federal Brasileira de 1988 garantem a todos aos imigrantes o acesso à saúde, conforme capítulo 3, itens I e XI: “universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; [...] acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social. (BRASIL, 2017).

Segundo o Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) entre a última década (2011-2020) houve o aumento da migração e do perfil dos imigrantes e refugiados que chegaram ao Brasil. O aumento do fluxo de entrada ocorreu ao norte do país, com a passagem de aproximadamente 1,3 milhões de imigrantes (OBMigra, 2021). Desde 2015, existe um crescente número de mulheres imigrantes atravessando as fronteiras para o território brasileiro e se constituindo no mercado de trabalho acompanhadas de crianças e adolescentes. Apesar da contenção em razão da pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021. (CAVALCANTI, OLIVEIRA, SILVA, 2022).

As mulheres representam hoje uma parcela significativa da população migrante espalhada pelo mundo. Elas migram pelas mais variadas motivações, algumas por causas econômicas e financeiras, outras para acompanhar a família e assegurar a unificação, ou também para escapar de constrangimentos culturais (PINTO et al., 2020). Por comporem uma grande parte da população que migra, a necessidade em falar sobre o cuidado com a saúde destas mulheres surge como algo de extrema necessidade na atualidade.

Pela superlotação de pessoas nessa região, a população migrante foi redirecionada para outras regiões do Brasil, em especial, as regiões sul ampliaram o mercado de trabalho formal para o imigrante, propiciando o aumento do volume de trabalhadoras. Entre as movimentações dentro deste intervalo encontram-se números de registros das nacionalidades sul-americanas e caribenhas como as venezuelanas e haitianas ganharam destaque, o que denota uma tendência ao direcionamento do Brasil como uma das principais rotas migratórias Sul-Sul. (TONHATI, MACEDO, 2020).

A escolha do Município de Marau, localizado no Rio Grande do Sul (RS) como território de análise se deu por sua realidade local, a partir da expressiva manifestação da migração internacional na cidade, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023) nos últimos dez anos, o crescimento nominal do nível de atividade da cidade foi de 101,8% e a taxa apresentada dos últimos 5 anos foi de 17,6%. Tal correspondência está

relacionada ao aumento de empresas frigoríficas de estruturas locais e multinacionais, que oferecem oportunidade de trabalho, inclusive a imigrantes.

No Brasil, por meio das políticas públicas, a Atenção em Saúde da Mulher brasileira e imigrante, migrante e/ou refugiada se destacam nas práticas de promoção e prevenção em saúde, afinal, na questão de orientação sexual e de gênero, há determinantes sociais e condicionantes e desigualdades que impactam a vida dessa população. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sancionada em 2006, possui dentre um dos seus objetivos o planejamento familiar no âmbito da atenção integral à saúde, dentre os tópicos está a garantia de acesso à informações e oferta de métodos anticoncepcionais. (BRASIL, 2004).

O aumento dos fluxos migratórios pela população feminina trouxe visibilidade a estas mulheres, a necessidade de um olhar atencioso à saúde das mesmas surge como um dos novos desafios a serem alcançados pela Atenção Básica (AB). Como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe ao serviço acolher e articular ações para que estas mulheres conheçam os serviços ofertados no Brasil. Uma vez, que existem muitas mulheres que desconhecem sobre as possibilidades de cuidados oferecidos, como vacinas, visitas domiciliares, os métodos contraceptivos oferecidos no país e a realização do exame citopatológico (CP), pois em alguns países existem diferenças, e esse exame, por exemplo, não é ofertado de forma gratuita.

A necessidade de olhar atencioso e focado para estas mulheres e sua saúde é tarefa das equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), tornando a prevenção a sua saúde um tema de conhecimento e interesse das mesmas, através de estratégias que as capacitem como protagonistas do seu cuidado, para que possa ser integral e equitativo. O conceito de acesso à saúde é, portanto, complexo e se apresenta de forma multifacetada e multidimensional, com aspectos de difícil mensuração. Desse modo, a adoção de estratégias eficazes para a detecção precoce do câncer do colo do útero, conhecimento sobre seus direitos sexuais e reprodutivos surge como cobertura e organização da atenção primária à saúde.

Esse projeto de pesquisa pretende compreender o entendimento de mulheres imigrantes sobre a saúde da mulher na AB, que fazem parte do território de abrangência das ESF dos bairros Santa Rita e São José Operário no município de Marau/RS, lócus de intervenções das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no norte do estado do Rio Grande do Sul pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo.

Contempla o estudo da saúde da mulher na região de abrangência da UFFS no Sul do Brasil, com um grupo de pesquisadoras que está vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas

Interdisciplinares sobre Saúde, Mulher e Gênero (GEPISMUG), entre os campi de Chapecó e Passo Fundo.

2. TEMA

Compreensão das mulheres imigrantes acerca da saúde da mulher na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1. PROBLEMAS DE PESQUISA

Qual o conhecimento das mulheres imigrantes acerca da saúde da mulher na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo geral

Compreender o entendimento das mulheres imigrantes sobre a saúde da mulher na Atenção Básica (AB) dos territórios de duas Estratégias de Saúde da Família do município de Marau/ RS.

2.2.2 Objetivos específicos

- Realizar levantamento de dados sociodemográficos das mulheres imigrantes dos territórios de abrangência das Estratégias de Saúde da Família;
- Analisar o conhecimento e o entendimento das mulheres imigrantes sobre a saúde da mulher conforme preconizado pelo SUS.

2.3. HIPÓTESES

Não se aplica em razão da metodologia.

2.3. JUSTIFICATIVA

A mobilidade humana é uma realidade já discutida nas políticas sanitárias desde o século XIX, os fluxos migratórios humanos vêm apresentando um ritmo mundial crescente, tornando relevantes as discussões sobre as políticas públicas adotadas para o acesso à saúde dos imigrantes (GRANADA e DETONI, 2017; ARAGÃO et al., 2023). A assistência de saúde pública, fornecida pelo Sistema Único de Saúde, é reforçada pela Nova Lei da Migração brasileira de 2017, por intermédio dos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, nos diferentes níveis de complexidades assistenciais. A principal porta de entrada e centro de comunicação com as demais redes do SUS é a Atenção Básica à Saúde, através das Estratégias de Saúde da Família, que oferta serviços multidisciplinares (ARAGÃO et al., 2023).

A acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde implica a capacidade de oferta de serviços que possam responder às necessidades em saúde dos mesmos. Assim, a acessibilidade “refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.” (SANCHEZ e CICONELLI, 2012, p. 191). Uma vez, que o processo migratório acarreta consigo a vulnerabilidade dessa condição, somada ao desconhecimento da legislação, a falta de vínculos com a população local e a dificuldade de comunicação em função do desconhecimento da língua (GRANADA e DETONI, 2017).

O acesso ao sistema de serviço de saúde configura um dispositivo para a produção do cuidado, por ser uma condição em que os fluxos assistenciais são operacionalizados pelos profissionais. Dessa forma, é no espaço intercessor entre trabalhador de saúde e usuário que o acesso se materializa, desencadeado pelo olhar atento, pela atuação acolhedora e pelo vínculo construído na intersubjetividade do encontro, ou seja, o acesso não se resume à entrada do usuário nos serviços, mas se conforma frente à micropolítica do trabalho em saúde (FERNANDES et al., 2019).

Em crises humanitárias, mulheres e meninas são mais prejudicadas, pois algumas necessidades específicas dessa população muitas vezes torna-se inviabilizada, acarretando na falta de escuta e compreensão das demandas. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) processo de feminização das migrações, seja pelas necessidades pessoais ou coletivas de filhos e familiares torna-se um risco à população imigrante feminina, o que pode gerar maiores exposições a riscos de violência (ONU Mulheres, 2021)

A saúde da mulher é uma das demandas mais atuantes na Atenção Básica em Saúde, a saúde sexual é uma pauta importante, pois tem como finalidade contribuir na qualidade de vida, autoconhecimento e projeto de vida da população. Apesar de ainda ser tabu em alguns espaços, a sexualidade envolve além do copo, uma história de vida, cultura e relações

afetivas. Assim, é uma dimensão fundamental entre mulheres e homens que acompanha do nascimento até a morte, envolvendo questões físicas, socioculturais e psicoemocionais. (BRASIL, 2013). Para as mulheres imigrantes os mesmos cuidados, orientações e direitos necessitam ser tomados.

Atualmente, sabe-se que mais da metade da população imigrante é feminina, assim, cada vez mais se constata a presença de mulheres que se inserem em fluxos migratórios para poder trabalhar, dar sustento à família e aos filhos, garantir acesso à educação, fugir de relações violentas, em função de arranjos familiares ou pelas redes de migração. (BERTOLDO, 2018). Segundo o sistema operacional utilizado no município de Marau, denominado como Gestão para a Secretaria Municipal de Saúde (G-MUS) nas Estratégias de Saúde da Família a serem participantes o número de mulheres entre 18 a 64 anos que residem no território chega a 30% no ESF São José Operário, já no ESF Santa Rita o número de mulheres corresponde 34% em relação a população total atendida, destas 194 mulheres são imigrantes (12%), caracterizando a mesma como uma população jovem (G-MUS, 2024).

Conhecer os aspectos culturais e qualificar a prática é um processo dinâmico de saúde e migração e a nas possibilidades de expansão das políticas públicas, o treinamento adequado aos trabalhadores de saúde aos imigrantes (FERREIRA; DETONI, 2021). Portanto, refletir sobre o processo de cuidado que já vem ocorrendo na ESF, focando em observar as dificuldades e potencialidades enfrentadas no manejo com as mulheres migrantes, faz com que se tenha a possibilidade de criar ferramentas de potencialização do trabalho, garantindo os princípios de universalidade e equidade, visando acesso de qualidade e favorecendo também na qualificação dos profissionais da saúde.

Nas Estratégias de Saúde da Família Santa Rita e São José Operário, identifica-se desafios e dificuldades ligadas à barreira linguística por parte dos profissionais no manejo com aspectos relacionados à saúde das mulheres imigrantes. Por conseguinte, na saúde da mulher, torna-se uma responsabilidade investigar se esse grupo que frequenta as ESF conhecem os serviços disponíveis para o cuidado integral e equitativo, dentre alguns como: acolhimento multiprofissional, acompanhamento psicológico, grupos de promoção em saúde, coletas de preventivos ao câncer de colo de útero, mamografias, testes rápidos, uso de métodos contraceptivos e ingresso a demais exames clínicos, grupos de prevenção e promoção de saúde, entre outros. Muitas vezes as mulheres imigrantes não solicitam esses serviços, pelo desconhecimento, bem como devido às dificuldades na comunicação ou na compreensão linguística e cultural.

2.4. REFERENCIAL TEÓRICO

2.5.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica

A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou o SUS, com 32 anos de história, continua sendo a base de recuperação da saúde, de proteção, promoção entre outros determinantes importantes para a validação da saúde como um direito (BRASIL, 1990). Este tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade são formas organizativas de representar a operação e organização do sistema, por meios de estratégias que concretizam os valores fundamentais do SUS. (MATTA, 2007)

O território apresentado por uma perspectiva de saúde e bem-estar viabiliza rever as condições de trabalho, de moradia e de vida. A identificação destes cuidados, figuras de convivência, lideranças, ameaças à saúde e ações do poder público identificam o perfil dos moradores deste espaço. (MONKEN; ARJONA; PEREIRA, 2021). O território faz parte dos cuidados básicos e por isso evidencia a potência de construção de saúde e faz parte do primeiro fundamento e diretriz da Atenção Básica (AB).

O Ministério da Saúde define como AB o conjunto de ações, a níveis individuais e coletivos que abrangem a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento de problemas de saúde mais comuns e relevantes, bem como a reabilitação e manutenção. AB refere-se a porta de entrada no sistema e oferece condições de cuidado mais próximas das casas dos usuários, caso a situação de saúde não alcance as tecnologias existentes na AB, se oferece direcionamento e interlocução com as demais esferas e linhas de cuidado mais complexas. (BRASIL, 2017).

Entre as diretrizes da AB, encontram-se além dos princípios do SUS, ter acesso universal e contínuo, acolhendo os usuários e promovendo a corresponsabilização pelas necessidades em saúde (BRASIL, 2012). Nesse modo, o acolhimento à população imigrante necessita da construção de um vínculo. A partir de Seixas e outros autores (2019) o cuidado em saúde da população imigrante se estabelece através do vínculo, sendo este um dos componentes operacionais que aproxima os usuários às suas necessidades de saúde. Na atenção básica, no final dos anos 90, o “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e corresponsabilidade” resulta no convívio contínuo, visando como potencializador a preservação da saúde e de dispositivo de amenizar e solucionar problemas.

Criada como uma proposta de reorganização da atenção básica, surgiu-se a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que favorece a reorientação do trabalho com maior

potencial de aprofundar de ampliar a resolutividade e impacto da situação de saúde das pessoas e coletividades. No máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas para cada equipe de Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Promover a aproximação dos serviços de saúde, a participação e autonomia da população imigrante são alguns dos objetivos do SUS ao se tratar da integralidade e do acesso universal.

2.5.2. A saúde da mulher imigrante pelo SUS

Em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propôs ações educativas, preventivas, de tratamento e de recuperação ginecológica, englobando pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, climatério e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS). Essa política foi criada com o objetivo de controlar a alta mortalidade infantil e os óbitos nos partos, que eram frequentes até a década de 1980 no Brasil (BRASIL, 2004). Contudo, a saúde da mulher não deve ser limitada apenas ao binômio materno-infantil; deve, portanto, contemplar desde sua integralidade, trabalhar com as desigualdades de gênero e outras discriminações cumulativas, como classe, raça, idade, expressão do gênero e da sexualidade, etnia, deficiência, língua, religião e ocupação (BRASIL, 2004)

O processo de imigração por si só é um desafio aos imigrantes do gênero masculino, para o gênero feminino a vulnerabilidade torna-se maior. A Agência das Nações Unidas para Refugiados da Organização das Nações Unidas (ACNUR/ONU), aponta que as mulheres e crianças são vistas em situação de vulnerabilidade invisibilizadas que podem resultar em ocorrência de diferentes tipos de violência seja sexual, física e/ou psicológica. Desse modo, há um desafio em aprimorar e construir um suporte multidisciplinar, valorizando a vida dessas mulheres sobreviventes a situações de violência e construção da sua dignidade. (COSTA, 2022).

Se tornar mulher por si só gera processos de transformação, de autoconhecimento, de enfrentamento e apresentação. No caso da mulher migrante, se dá a desconstrução das fronteiras nacionais e na busca de processo de reestruturação de si e da sua reconstrução da capital. Aqui, a migração compreende-se pela vontade pelos seus direitos, da sua qualidade de vida e de não ser oprimida. (MOREIRA, 2018). Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2023), é dever do Estado garantir providências adequadas aos seus ciclos de vida ao alcance da igualdade de gênero, bem como reconhecimento das pessoas trans, incluindo acesso a seguridade social, liberdade de expressão, proteção contra violência, tortura e maus tratos.

2.6 METODOLOGIA

2.6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem metodológica qualitativa do tipo pesquisa-intervenção com questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas com mulheres imigrantes pertencentes aos territórios de saúde dos serviços de prática da Residência Multiprofissional de Saúde em Família da UFFS. A pesquisa-intervenção consiste em um método de pesquisa qualitativa participativa, que visa problematizar a descentralização do saber através da ampliação e a atenção aos processos de subjetividade e subjetivação na relação entre as participantes da pesquisa e as pesquisadoras. (CHASSOT; SILVA, 2018). Nesta pesquisa, essa abordagem visa integrar os saberes das mulheres imigrantes aos serviços de saúde, bem como compreender as necessidades deste público no decorrer da pesquisa, agregando a ferramenta do diário de campo das pesquisadoras .

2.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa na ESF São José Operário e ESF Santa Rita da rede de Atenção Básica do Termo de Anuência Institucional do município de Marau/RS, através da secretaria de saúde do município (ANEXO A). O local dentro do ESF será uma sala reservada, para atendimento e realização da entrevista e questionário entre participante e pesquisadora. O período previsto para a realização do estudo é de dezembro de 2023 a fevereiro de 2025, com início das buscas das participantes só acontecerão em Maio de 2024. O estudo contará com a análise dos dados, elaboração de artigo científico, submissão e socialização dos resultados junto às equipes de Saúde da Família (SF) e gestão municipal.

2.6.3 Sujeitos de pesquisa

A população-alvo a ser estudada compreende as mulheres imigrantes maiores de idade até 60 anos que podem acessar a AB. Pretende-se selecionar 20 mulheres imigrantes que possam compreender o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) nos respectivos idiomas mais falados por elas: português, espanhol e crioulo.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, pretende-se abordar 10 participantes em cada serviço, para dar conta do aprofundamento do questionário sociodemográfico e da entrevista semi estruturada, somando um total de 20 participantes.

As participantes indicadas serão contactadas individualmente através de visita domiciliar pelas pesquisadoras e agentes comunitárias de saúde que apresentarão a proposta de pesquisa. Caso algum participante não aceite, será respeitada sua decisão, bem como será informado que a pesquisada poderá desistir a qualquer tempo.

A pesquisa busca utilizar a técnica de amostragem não probabilística, denominada “amostra por bola de neve linear”, onde as participantes selecionadas para o estudo convidam novas participantes da sua rede de amigas e conhecidas que se encaixam na pesquisa, ou seja, uma participante chamará a outra.. Assim, a técnica amostral vai crescendo à medida que as participantes selecionadas convidam novos participantes.

Crítérios de Inclusão: Mulheres imigrantes entre 18 até 60 anos, que estejam sendo acompanhadas no território das ESF Santa Rita e ESF São José Operário há 6 meses ou mais, com funções cognitivas preservadas para responderem de forma fidedigna as entrevistas semiestruturadas sobre a Atenção Básica. Essas mulheres poderão ser cisgêneras ou pessoas trans, de diferentes expressões do gênero e da sexualidade, de diferentes autodeclarações de raça, cor e religião.

Crítérios de Exclusão: Mulheres imigrantes que não pertencem aos territórios ESF Santa Rita e ESF São José Operário, adolescentes e idosas. Mulheres que não consigam vir a realizar a compreensão das questões das entrevistas, como, por exemplo, com dificuldades cognitivas para responder essa pesquisa, ou sem um intérprete de línguas.

2.6.4 Técnica de coleta de dados

Para a pesquisa, as pesquisadoras seguirão as seguintes etapas:

- 1) **Busca Ativa:** Será realizada uma busca online no sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município de Marau, o G-MUS - Gestão Municipal de Saúde, mediante login e senhas das pesquisadoras, de modo a acessar somente nome, endereço, nacionalidade e idade das mulheres imigrantes, respeitando assim questões éticas, como concordância da instituição fiel depositária. (ANEXO B). A partir dessa busca, será gerado o relatório com a listagem das usuárias imigrantes

que residem nos territórios adscritos às ESF Santa Rita e ESF São José Operário com idade entre 18 até 60 anos. Estas receberão uma visita domiciliar pelas pesquisadoras e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que apresentaram a proposta de pesquisa e caso concordem, será agendada na ESF e/ou em Visita Domiciliar o momento para realização das etapas seguintes. Segundo o manual do E-SUS na Atenção Básica, a busca ativa está totalmente relacionada à integralidade, um dos atributos na AB, por aproximar ações e intervenções no território, pois consegue identificar necessidades socioeconômicas e de saúde na população. (BRASIL, 2023)

- 2) **Questionário Sociodemográfico:** Para realizar levantamento de dados sociodemográficos das mulheres imigrantes dos territórios de abrangência das Estratégias de Saúde da Família, faz-se necessário uma organização de informações que influenciam diretamente na condição de saúde e na utilização do serviço . O questionário sociodemográfico (APÊNDICE B) foi baseado a partir da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no ano de 2006. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) “os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.
- 3) **Diário de Campo:** será registrada observação das pesquisadoras nas buscas ativas e locais do serviço de saúde durante a realização da pesquisa. O diário de campo consiste em uma forma de registro de observações, comentários e reflexões para uso individual das profissionais pesquisadoras. Faz parte do processo de imersão no campo-tema da pesquisa, produzindo registros de aspectos do cotidiano e de suas implicações no diário, que passam a ser percebidos como parte do campo-tema da pesquisa. A escrita destas experiências pode produzir reflexões que levam ao surgimento de outros afetos, os quais disparam novas análises (KROEF, GAVILLON e RAMM, 2020).
- 4) **Entrevistas e Questionários:** Serão realizadas as entrevistas semiestruturadas e questionário sociodemográfico, após leitura, compreensão e aceite do TCLE (APÊNDICE A) e autorização da gravação de áudio, conforme Roteiro das Entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE C). Essas atividades vislumbram uma duração média de 40 minutos, sendo que a entrevista semi estruturada possui um roteiro prévio, mas ao longo do encontro, as pesquisadoras puderam sanar as dúvidas do não ficou entendido. Com a finalidade de compreender, exercer uma flexibilidade

ao roteiro, as pesquisadoras necessitam de atenção e cautela, a fim de evitar influências da entrevistadora. (DOS SANTOS; DE JESUS; BATTISTI, 2021)

2.6.5 Método de análise dos dados

As entrevistas serão gravadas e transcritas. Após a transcrição, os dados e as informações relacionadas às entrevistas, bem como dos diários de campo das pesquisadoras, serão organizados a partir da elaboração de categorias temáticas e analíticas relacionadas aos objetivos propostos e a partir da análise qualitativa por meio da construção de categorias temáticas de análise de conteúdo na perspectiva de Minayo (2014). A construção de categorias temáticas será a partir da análise de prontuários e das entrevistas semiestruturadas realizadas com as mulheres imigrantes.

Com base em Minayo (2014, p.317-318) a análise temática se dará em três etapas: a) a primeira etapa é a pré-análise que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, na leitura dos dados coletados buscando relações entre os objetivos, hipóteses e os achados da pesquisa. Nessa fase pré-analítica, determinam-se palavras-chave ou frases para estabelecer a unidade de registro, a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, os recortes, a forma de categorização, os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. b) a segunda etapa será a exploração do material que consiste na classificação para a compreensão do texto. Para isso, serão construídas categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização a partir de técnicas de análise de material qualitativo. Após será realizada a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas.

Posteriormente os resultados das entrevistas serão analisados através da análise temática, e restituídos com o grupo estudado, de forma a constituir a devolutiva da pesquisa (MINAYO, 2012).

2.6.6 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa segue a legislação que aborda a pesquisa com seres humanos, expressa por meio da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para tal pesquisa será necessária a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) atenderá aos seguintes aspectos éticos:

a) Ciência e concordância da instituição envolvida: este projeto de pesquisa será submetido à apreciação da Gestão Municipal de Marau, RS, através da Secretaria de Saúde, obtendo-se assim o termo de Ciência e Concordância (ANEXO B)

b) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS): o presente projeto de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Residência será submetido a Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Nesse processo, constará o Termo de Ciência e Concordância da Secretária Municipal de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo (ANEXO A) que deverá ser assinado por todos os participantes da pesquisa. A pesquisa somente será realizada após a apreciação e aprovação do CEP/UFFS.

c) Dos participantes: Cada usuário selecionado será convidado a participar, e caso aceite, será solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual deverá ser assinado pelo mesmo e pelo pesquisador responsável. A entrevista somente terá início após a assinatura deste termo (APÊNDICE A) e o mesmo poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa. A participação não é obrigatória, sendo possibilitada desistência e retirada do consentimento, sem qualquer penalização ou prejuízo no atendimento recebido na unidade de saúde. As informações presentes na pesquisa possuem garantia de sigilo e a identificação não será divulgada, já os resultados serão divulgados em artigo científico e em reunião específica com a equipe de saúde da ESF e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Os TCLEs e as entrevistas semiestruturadas (APÊNDICES A e C) serão guardados em envelopes e permanecerão em total sigilo e anonimato sob responsabilidade da pesquisadora. O nome dos participantes não será mencionado sob nenhuma circunstância, para isso, as pesquisadoras utilizaram códigos para identificar as participantes. Os arquivos serão mantidos em computadores da ESF com senha de acesso e arquivados na plataforma de armazenamento online do Google Drive pelo prazo de cinco anos, sendo destruídos após o decorrer deste tempo. A coleta dos dados relativos aos Prontuários Eletrônicos se dará com base no Termo de Ciência e concordância da Secretaria de Saúde.

Espera-se através do contato com as Participantes, vivenciar e compreender parte do processo migratório, observar as possíveis demandas em saúde que poderão ser refletidas em conjunto com as equipes Saúde da Família e gestão municipal. Bem como, oferecer qualificação no trabalho em saúde a essa população.

A devolutiva dessa pesquisa irá ocorrer através de educação em saúde junto às participantes da pesquisa, onde através dos dados coletados e analisados, será elaborado pelas

pesquisadoras um material com informações referentes aos cuidados com a saúde da mulher e fluxo de acesso aos serviços ofertados nas ESF/SUS LOCAL, em diferentes idiomas (portugues, espanhol e crioulo).

Os resultados deste trabalhos poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada à privacidade. Além disso, você terá uma devolutiva do estudo, caso deseje, deixando seu contato para entrega de material elaborado pelas pesquisadoras.

2.6.6.1 Riscos e Benefícios

Nos procedimentos e escrita de resultados tomar-se-á cuidado para que a participante não seja identificada, nem diretamente e nem indiretamente. Para tanto, os instrumentos (questionário sociodemográfico e roteiro de entrevista) ratificam esse cuidado. Existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, o nome será substituído por número na ficha de transcrição de dados, assim como nas fichas de resposta da entrevista. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe, ainda, o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a pesquisa. Com o objetivo de minimizar este risco, reforçamos que a pesquisa não é obrigatória e que a participante poderá desistir de participar a qualquer momento. As pesquisadoras buscarão ainda, aplicar os questionários e entrevistas de forma reservada, visando garantir a privacidade da participante. Caso o risco se concretize, as pesquisadoras responsáveis encaminharão para serviço especializado, através de acolhimento psicológico oferecido pelos profissionais da ESF e rede de saúde do município, a fim de garantir que esses riscos serão minimizados (Caso algum risco se concretize, a participante poderá ter seus dados excluídos do estudo e a instituição envolvida será informada sobre o ocorrido).

Como benefícios diretos às participantes, destacam-se a oportunidade da qualificação dos atendimentos à população imigrante, além da possibilidade das participantes se tornarem participantes ativas no seu processo de saúde/doença, além do potencial contato terapêutico entre as usuárias e as profissionais pesquisadoras. Verifica-se que o benefício manifesto tem relação com aprofundamento dos conhecimentos relacionados à saúde da mulher, bem como os serviços e cuidados oferecidos nos territórios e inserção e mais proximidade das (os) trabalhadores da saúde do território e ampliar a participação população nestes espaços.

municipal de saúde.															
Levantamento de dados através de Prontuários Eletrônicos.			X	X											
Coleta, seleção e organização dos dados dos prontuários.				X	X										
Contato e realização de entrevistas semiestruturadas com as mulheres imigrantes.						X	X	X	X						
Análise dos dados (transcrição das entrevistas e análise dos discursos em categorias classificatórias).									X	X	X				
Produção e apresentação do relatório parcial do estudo.											X	X	X		
Restituição do trabalho com a população pesquisada e equipe de saúde.												X	X		
Redação do artigo científico.												X	X		

Revisão, redação final, entrega.													X	X	X
Produção e entrega do relatório final do estudo.													X	X	X
Defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).															X

Fonte: elaborado pelas autoras (2023).

* A coleta de dados só iniciará após aprovação do CEP/UFF

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, H. T., et al. Demandas e utilização de serviços de saúde entre imigrantes de uma região metropolitana do nordeste do Brasil. Escola Anna Nery 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zsqkVmyMw6h665CjSWwWnqz/>. Acesso em: 07 jan.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). 1990. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>. Acesso em: 05 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, df, 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em 26 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 25 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacion_a_atencao_basica.pdf. Acesso em: 29 dez. 2023.

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. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 23 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei 13.445, de 24 de maio de 2017. Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. Disponível em: http://https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm. Acesso em: 15 dez. 2023.

BRASIL, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 dez. 2023.

BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Capítulo 11: Busca Ativa In: e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 5.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_11_busca_ativa/ . Acesso em: 10 fev. 2024.

BERTOLDO J. Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de políticas e direitos. *Rev katálysis* [Internet]. 2018 Maio ;21(2):313–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p313>. Acesso em: 26 dez. 2023.

BUSS, P. M., & PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93. (2007) Disponível em : <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 fev. 2024.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. *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, 2021. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anuar/Relato%CC%81rio_Anuar_-_Completo.pdf Acesso em: 15 dez. 2023.

CHASSOT, C.S., SILVA R. A. N. da. A Pesquisa-Intervenção Participativa Como Estratégia Metodológica: Relato de uma Pesquisa em Associação. [Internet]. 2018;30:e181737. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/qjPGZF9b6HYJ56mDsB34yCq/abstract?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 05 jan. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Direitos das mulheres [recurso eletrônico] Brasília: CNJ, 2023. eBook (109 p.) Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/publicacaoPublicacaoTematica/anexo/2_Cadernos_STF_Genero_Direito_das_Mulheres.pdf. Acesso em: 30 dez. 2023

COSTA, Adriana Miranda Ramos. A saúde de mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual no contexto mundial: uma análise da literatura. 2022. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.7

DOS SANTOS, Alexa Fagundes; DE JESUS, Gabrieli Guterres; BATTISTI, Isabel Koltermann. Entrevista semi-estruturada: considerações sobre esse instrumento na produção de dados em pesquisas com abordagem qualitativa. *Salão do Conhecimento*, v. 7, n. 7, 2021. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/20805>. Acesso em: 10 jan. 2024.

FERNANDES, N. F. S., et al. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *CSP cadernos de saúde pública*, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x4zfvP7xx75t9nhWpFPMzDH/>. Acesso em: 20 dez. 2023.

FERREIRA, D.G da S, Detoni P. P. Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. *Physis* [Internet]. 2021;31(4):e310405. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6jbdHMM4DPGxjNBmXhjW3ms/> Acesso em: 07 jan. 2024.

G-MUS. Disponível em: <https://smsmarau.g-mus.com.br/conta/login/>. Acesso em 17 fev.. 2024.

GRANADA, D.; DETONI, P. P. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no Sul do Brasil. *Temáticas*, Campinas, SP, v. 25, n. 49, p. 115–138, 2017. DOI: 10.20396/tematicas.v25i49/50.11131. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/11131>. Acesso em: 24 dez. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/marau.html>. Acesso em: 16 dez.. 2023

KROEF, Renata Fischer da Silveira; GAVILLON, Póti Quartiero e RAMM, Laís Vargas. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2020, vol.20, n.2, pp. 464-480. ISSN 1808-4281. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.52579>.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%EDticas%20de%20Sa%FAde%20-%20Princ%EDpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%20DAnico%20de%20Sa%FAde.pdf?sequence=2>. Acesso em 03 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 05 dez. 2023.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde. São Paulo (SP): Hucitec, 2014. 393p.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência coletiva* [Internet]. 2012. Mar;17(3):621–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/#> . Acesso em: 20 dez. 2023.

MONKEN, Maurício; ARJONA, Felipe Bagatoli Silveira; PEREIRA, Edilene de Menezes. Cap 6, Território e Territorialização de Informações: Apontamentos Para Produção De Diagnósticos de Condições De Vida e Situação De Saúde. IN: LIMA, André Luiz da Silva; VARGAS, Alex Luiz Barros; BUENO, Leonardo Brasil. *Cooperação social, territórios urbanos e saúde: diálogos e reflexões*. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. 231p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49503>. Acesso em: 28 dez. 2023.

MOREIRA, V. S. Migrações Femininas e a Nova Lei de Migrações. *Caderno de Gênero e Diversidade*. Bahia: Universidade Federal da Bahia. v. 04, N. 04 - Out. - Dez., 2018.

ONU MULHERES. Organização das Nações Unidas Mulheres. Guia para Acolhimento de Migrantes, Refugiadas e Refugiados. 2022. Disponível em:

http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2023/05/guia_para_acolhimento_de_migrantes_refugiadas_refugiados.pdf . Acesso em: 28 dez. 2023.

PINTO, M. P.; et al. A mulher imigrante e sua vulnerabilidade no ambiente de trabalho: uma revisão de literatura. Revista do Programa de Pós-graduação em humanidades, culturas e artes - UNIGRANRIO. 2020. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/magistro/article/view/6164>. Acesso em: 16 dez. 2023.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica, v.31, n. 3, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt> . Acesso em: 28 dez.2023.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. Interface. Botucatu, 2019.

TONHATI, Tânia; MACEDO, Marília. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações, Brasília, v. 4, n. 2, p. 125-155, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/35905. Acesso em: 18 dez. 2023

CAPÍTULO III: RELATO DO TRABALHO DE CAMPO E PERCURSO DA INTERVENÇÃO

A partir de um Diário de Campo, o trabalho de campo foi registrado pela pesquisadora durante todo o percurso, ao qual ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética para então iniciar a busca e o convite às participantes que se encaixavam na pesquisa e que aceitassem participar da mesma. Inicialmente, para iniciar a busca de campo, ocorreu a coleta de dados, com uma busca online das informações cadastrais de mulheres imigrantes no sistema de prontuários integrados das ESF do município, o sistema Gestão Municipal de Saúde (G-MUS), acessou-se somente nome, endereço, nacionalidade e idade, respeitando assim questões éticas, com a concordância da instituição fiel depositária. Os filtros utilizados foram: idade entre 18 a 60 anos, sexo feminino e nacionalidade estrangeira. A partir dessa busca, foi gerado um relatório contendo uma listagem no total de 120 usuárias imigrantes de nacionalidades diversas, sendo elas: haitianas, venezuelanas, argentinas e chilenas, que residiam no território adscrito.

Na sequência, o segundo passo da coleta de dados consistiu no levantamento de informações sobre a realização ou não do exame CP por essas mulheres imigrantes, por meio de uma busca online no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). No sistema obteve-se dados das 120 mulheres sobre a data de realização do último CP e se já haviam realizado o exame pelo SUS. Os seguintes dados foram organizados em uma tabela contendo: nome, idade, nacionalidade, endereço, agente comunitário de saúde ao qual pertencia, data da realização do último citopatológico. A ideia foi organizar a partir de qual microárea de agente comunitária de saúde cada mulher pertencia, para melhor visualização, assim, as seis agentes comunitárias de saúde, foram classificadas em uma cor diferente, e cada mulher que residia em sua microárea, foi grifada na tabela com a cor correspondente. No total, das 120 mulheres levantadas para pesquisa, 46 delas já realizaram o exame preventivo no SUS.

Das seis micro áreas pertencentes ao território a ser realizado a pesquisa, obteve-se o os seguintes números:

Microárea	Número de mulheres imigrantes que residiam	Nacionalidades
67	20	Venezuela, Haiti e Argentina.
28	08	Venezuela e Haiti.

29	28	Venezuela e Haiti.
31	22	Venezuela e Haiti.
27	24	Venezuela, Haiti e Chile.
30	18	Venezuela e Haiti.

A partir das informações coletadas nos relatórios gerados pelos sistemas G-MUS e SISCAN foram organizadas as visitas domiciliares junto as ACS de cada microárea para convidar as mulheres para a pesquisa, foi possível realizar apenas 25 visitas domiciliares, das 46 mulheres que se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa, devido as demais possíveis participantes não se encontrarem no domicílio. Nas visitas foram explicados os objetivos da pesquisa e realizados os convites de participação por meio de entrevistas semiestruturadas, que tinham o intuito de compreender o seu entendimento sobre o exame CP no território da ESF do município de Marau/RS. Das 25 visitas domiciliares realizadas para convite de participação da pesquisa, 12 mulheres imigrantes aceitaram realizar as entrevistas, conforme o seu consentimento e a sua disponibilidade. As 12 mulheres entrevistadas tinham uma média de 28 anos de idade e eram de duas nacionalidades: venezuelanas e haitianas.

CAPÍTULO IV: ARTIGO CIENTÍFICO

MULHERES IMIGRANTES NA ATENÇÃO BÁSICA: o (re) conhecimento do exame citopatológico

IMMIGRATED WOMEN IN PRIMARY CARE: the (re) knowledge of cytopathological examination

Introdução: O aumento da população de mulheres imigrantes no Brasil, e consequentemente de usuárias no Sistema Único de Saúde, torna-se uma demanda de cuidado, especialmente, na Atenção Básica, porta de entrada e ingresso aos serviços de Saúde da Mulher. **Objetivo:** Compreender o entendimento das mulheres imigrantes sobre o exame citopatológico no território de uma Estratégia de Saúde da Família do município de Marau/RS. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório de abordagem metodológica qualitativa do tipo pesquisa-intervenção com questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas com mulheres imigrantes pertencentes aos territórios, após consentimento e análise temática. **Resultados:** Foram rastreadas 120 mulheres imigrantes no sistema da Estratégia de Saúde da Família, dessas 46 realizaram o exame citopatológico, segundo registro no Sistema de Informação do Câncer. Entre as 120 mulheres migrantes mapeadas neste território, foram entrevistadas 12 mulheres entre 18 a 60 anos de idade, através de busca ativa com agentes comunitárias de saúde, de duas nacionalidades: venezuelanas e haitianas. **Conclusão:** Enquanto as mulheres venezuelanas conhecem o exame citopatológico, as mulheres haitianas não sabem sobre sua realização e importância, visto que não tiveram a oferta dele em seu país. Como resultado foi possível conhecer e entender os desafios que levaram às mulheres a migrar, seu conhecimento acerca da Saúde da Mulher no Brasil e o que acham que precisa ser melhorado. Espera-se com este estudo conscientizar sobre a importância do exame citopatológico e fomentar integralidade, equidade na saúde dessa população.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde da Mulher; imigrante; integralidade; equidade.

Abstract: The increase in the population of immigrant women in Brazil and consequently of users in the Unified Health System, becomes a demand for care, especially in Primary Care, the gateway to women's health services. **Objective:** To understand immigrant women's understanding of cytopathological examination in the territory of a Family Health Strategy in the city of Marau/RS. **Methods:** This is an exploratory study with a qualitative methodological approach of the research-intervention type with a sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews with immigrant women belonging to the

territories, after consent and thematic analysis. **Results:** 120 immigrant women were recruited into the Family Health Strategy system, of which 46 underwent cytopathological examination according to registration in the Cancer Information System. Among the 120 migrant women mapped in this territory, 12 women between 18 and 55 years of age were interviewed, through active search with community health agents, of two nationalities: Venezuelan and Haitian. **Conclusion:** The understanding of Women's Health is still vague between the two nationalities, while Venezuelan women know about the cytopathological exam, Haitian women do not know about its performance and importance, since they did not have it offered in their country. As a result, it was possible to know and understand the challenges that led them to migrate, their knowledge about women's health in Brazil and what they think needs to be improved. This study is expected to raise awareness about the importance of cytopathological examination, promoting comprehensiveness, equity in the health of this population.

Keywords: Basic Care; Women's Health; immigrant; completeness; equity.

Resumen: El aumento de la población de mujeres inmigrantes en Brasil, y consecuentemente de usuarias del Sistema Único de Salud, se convierte en una demanda de atención, especialmente en la Atención Primaria, puerta de entrada a los servicios de Salud de la Mujer. **Objetivo:** Comprender la comprensión de las mujeres inmigrantes sobre el examen citopatológico en el territorio de una Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Marau/RS. **Métodos:** Se trata de un estudio exploratorio con enfoque metodológico cualitativo del tipo investigación-intervención con cuestionario sociodemográfico y entrevistas semiestructuradas a mujeres inmigrantes pertenecientes a los territorios, previo consentimiento y análisis temático. **Resultados:** 120 mujeres inmigrantes fueron tamizadas en el sistema de la Estrategia de Salud de la Familia, de las cuales a 46 se les realizó examen citopatológico según registro en el Sistema de Información del Cáncer. Entre las 120 mujeres migrantes mapeadas en este territorio, se entrevistó a 12 mujeres entre 18 y 60 años, mediante búsqueda activa con agentes comunitarios de salud, de dos nacionalidades: venezolana y haitiana. **Conclusión:** La comprensión de la Salud de la Mujer aún es vaga entre las mujeres de ambas nacionalidades. Mientras las venezolanas conocen la prueba citopatológica, las haitianas desconocen su realización e importancia, ya que no la ofrecían en su país. Como resultado, fue posible conocer y comprender los desafíos que llevaron a las mujeres a migrar, sus conocimientos sobre la Salud de la Mujer en Brasil y lo que creen que debe mejorarse. Se espera que este estudio genere conciencia sobre la importancia del examen citopatológico y promueva la integralidad, equidad en la salud de esta población.

Palabras clave: Atención Básica; Salud de la Mujer; inmigrante; lo completo; equidad.

Introdução

O Brasil, ao longo de sua história, recebeu diferentes fluxos migratórios, de modo que distintos povos contribuíram para a formação de características de sua diversidade cultural. Com a superlotação de imigrantes na região Norte do Brasil, essa população foi direcionada

para outras regiões, em especial, para a região Sul que ampliou o mercado de trabalho formal para o imigrante, propiciando o aumento do volume de mulheres imigrantes trabalhadoras. Desde 2015, existe um crescente número de mulheres imigrantes, acompanhadas de crianças e adolescentes, que atravessam as fronteiras para o território brasileiro e se constituem no mercado de trabalho^{1,2,3}.

As motivações por migrar dessas mulheres são diversas. Algumas migram por causas econômicas e financeiras, outras para acompanhar a família e assegurar a unificação familiar, ou também para escapar de catástrofes e constrangimentos culturais, o que exige do Estado brasileiro desenvolver políticas capazes de atender às demandas dessas populações⁴. A Lei da Migração, nº 13.445, de 24 de maio de 2017, em congruência com a Constituição Federal Brasileira de 1988, disciplinou a migração no Brasil e estabeleceu princípios e diretrizes para as políticas públicas destinadas aos migrantes. Assim como preconiza a Constituição Federal, essa nova legislação de migração define a igualdade de tratamento aos migrantes internacionais, sem quaisquer tipos de discriminação na oferta dos serviços públicos de saúde⁵.

Os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil na implementação de políticas adequadas aos novos imigrantes, principalmente às mulheres, têm sido enfrentados em diversos territórios, uma vez que o processo de imigração é considerado um determinante social da saúde (DSS). O aumento dos fluxos migratórios femininos trouxe maior visibilidade às mulheres e evidenciou a necessidade de um olhar mais atento à sua saúde, ou seja, gerou novos desafios a serem enfrentados pela Atenção Básica (AB). Sendo a principal porta de entrada do SUS, cabe à AB acolher as mulheres migrantes, articular ações que promovam acesso ao conhecimento sobre os serviços ofertados, e garantir que possam utilizá-los de maneira efetiva.

Instituída em 2006, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem entre seus objetivos o planejamento familiar no contexto da atenção integral à saúde. Entre suas ações destacam-se a garantia de alcance às informações, a oferta de métodos anticoncepcionais, a realização de exames, como o citopatológico (CP) e a mamografia, o planejamento sexual e reprodutivo, entre outras.

A PNAISM entende que as características individuais das mulheres, bem como seus contextos e condições de vida, são determinantes em sua saúde mental e física. A condição de vulnerabilidade feminina, frente à certas doenças e causas de morte, está mais relacionada com situações de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos⁶. No caso das mulheres migrantes, aspectos como o alcance aos serviços, aos direitos, à informação, ao

conhecimento e às redes, tornam-se importantes para combater as situações de discriminação, visto que contribuem para sua autonomia, seu desenvolvimento pessoal e, conseqüentemente, para sua saúde integral.

Os profissionais de saúde, por meio de ações e exames de política, visam promover a saúde e prevenir doenças entre as mulheres. No entanto, a chegada de mulheres imigrantes apresenta desafios para todo o sistema, em especial para os profissionais de saúde: compreenderem as percepções dessas mulheres sobre a saúde feminina e adaptarem as abordagens para atendê-las integralmente. Assim, torna-se um dos maiores desafios a conscientização sobre a importância de exames preventivos, como o CP, também conhecido como exame preventivo, que desempenha um papel essencial na detecção precoce do câncer de colo de útero e na sua prevenção.

Conforme preconizado desde 2016 pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, o início da coleta do exame deve ser aos 25 anos de idade para mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. No entanto, jovens que iniciam a vida sexual devem realizar o exame um ano após a primeira relação sexual. Por isso, a população-alvo passou a incluir mulheres jovens entre 15 e 24 anos devido aos comportamentos de risco, como o início precoce da atividade sexual, os relacionamentos de curta duração, os múltiplos parceiros e o uso inconsistente dos preservativos. Esses fatores aumentam a exposição ao Papilomavírus Humano (HPV)^{7, 8, 9}.

O câncer do colo do útero (CCU), apesar de prevenível, é um dos cânceres mais frequentes em mulheres no Brasil e com altas taxas de incidência e de mortalidade⁷. Estudos mostram a experiência de alguns países, com sistemas de saúde integrados, nas quais a incidência de CCU pôde ser reduzida em torno de 80%. Eles mostram que, para haver a redução da incidência, é preciso que o rastreamento citológico seja implantado com qualidade, acompanhado pelo seguimento adequado e oportuno das mulheres, e tenha um bom sistema de comunicação entre os serviços de saúde e as usuárias^{10, 11, 12}.

Desde a criação do SUS, o Brasil se tornou uma referência em promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Conforme preconiza o SUS, as demandas das mulheres imigrantes são tarefas primárias das equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), a prevenção deve ser um tema de conhecimento delas, e as estratégias devem capacitá-las como protagonistas do seu cuidado de forma integral e equitativa. Desse modo, a adoção de estratégias eficazes para realização de exames, como o CP e a detecção precoce do CCU, e o conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos surgem como funções das equipes da AB¹³.

As mulheres representam uma parcela significativa da população migrante espalhada pelo Sul do Brasil, especialmente no município de Marau, quarto do Rio Grande do Sul (RS) a receber essa população. Assim, para a investigação a ser apresentada neste artigo, a escolha do território do município deu-se por sua realidade e por ser lócus de intervenções da Residências Multiprofissionais em Saúde da Família da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Passo Fundo.

A expressiva migração internacional, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos últimos dez anos, manifesta um crescimento nominal do nível de atividade da cidade de 101,8%, sendo que a taxa dos últimos cinco anos foi de 17,6%¹⁴. Tal correspondência está relacionada ao aumento de empresas frigoríficas de estruturas locais e multinacionais que oferecem oportunidades de trabalho, inclusive aos imigrantes, visto que as pessoas locais não querem exercer determinadas funções precarizadas¹⁵.

Diante do exposto, com uma pesquisa-intervenção, teve-se como objetivo compreender o entendimento de mulheres imigrantes, do território de uma ESF do município de Marau/RS, sobre Saúde da Mulher e sobre o exame CP na AB, e, posteriormente, construir com a equipe da ESF a melhoria na comunicação e no cuidado equitativo.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção. A escrita do projeto e os estudos teóricos iniciaram em dezembro de 2023, e a pesquisa foi finalizada em fevereiro de 2025. A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, nº 6.776.642-19/04/2024, em maio de 2024, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas e da aplicação de um questionário sociodemográfico. A pesquisa-intervenção consiste em um método de pesquisa qualitativa participativa, que visa a inclusão, a diversidade, a descentralização do saber, a ampliação e a atenção aos processos de subjetividade e de subjetivação na relação entre participantes e pesquisadores¹⁶.

A população estudada compreendeu mulheres imigrantes. Os critérios de inclusão foram: ser maior de idade, ter até 60 anos, estar sendo acompanhada no território da ESF há seis meses ou mais, e ter funções cognitivas preservadas para responder de forma fidedigna as entrevistas semiestruturadas. Os critérios de exclusão foram: não pertencer ao território da ESF, ser adolescente ou idosa, não compreender questões da entrevista, e, não necessitar de um tradutor de línguas.

O primeiro passo da coleta de dados foi a busca online das informações cadastrais de mulheres imigrantes no sistema de prontuários integrados das ESF do município, o sistema Gestão Municipal de Saúde (G-MUS), acessou-se somente nome, endereço, nacionalidade e idade, respeitando assim questões éticas, com a concordância da instituição fiel depositária. A partir dessa busca, foi gerado um relatório contendo uma listagem no total de 120 usuárias imigrantes de nacionalidades diversas, sendo elas: haitianas, venezuelanas, argentinas e chilenas¹⁷, que residiam no território adscrito.

Na sequência, o segundo passo da coleta de dados consistiu no levantamento de informações sobre a realização ou não do exame CP por essas mulheres imigrantes, por meio de uma busca online no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). No sistema obteve-se dados das 120 mulheres sobre a data de realização do último CP e se já haviam realizado o exame pelo SUS. No total, das 120 mulheres levantadas para pesquisa, 46 delas já realizaram o exame preventivo no SUS, os dados foram então organizados em formato de planilha eletrônica.

A partir das informações coletadas nos relatórios gerados pelos sistemas G-MUS e SISCAN foram realizadas apenas 25 visitas domiciliares, das 46 mulheres que se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa, devido as demais possíveis participantes não se encontrarem no domicílio. As visitas foram realizadas nos seis territórios de abrangência da ESF pela pesquisadora e as agentes comunitárias de saúde (ACS), onde foram explicados os objetivos da pesquisa e realizados os convites de participação por meio de entrevista semiestruturadas, que tinham o intuito de compreender o seu entendimento sobre o exame CP no território da ESF do município de Marau/RS. Das 25 visitas domiciliares realizadas para convite de participação da pesquisa, 12 mulheres imigrantes aceitaram realizar as entrevistas, conforme o seu consentimento e a sua disponibilidade. As 12 mulheres entrevistadas tinham uma média de 28 anos de idade e eram de duas nacionalidades: venezuelanas e haitianas.

Após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi traduzido nos respectivos idiomas falados por elas: português, espanhol e crioulo e da autorização da gravação de áudio, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, e aplicações dos questionários sociodemográficos e realização do exame citopatológico, tendo em média a duração de 40 minutos. A tradução do TCLE foi realizada com o auxílio de uma acadêmica de medicina que é de nacionalidade uruguaia e por uma e por uma usuária haitiana do território da pesquisa que compreende bem o idioma crioulo. Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas por uma mesma pesquisadora. As gravações

das entrevistas foram transcritas e traduzidas para o português para melhor compreensão e os dados coletados com os questionários sociodemográficos foram tabulados. Para manter o anonimato das participantes da pesquisa neste texto, as mulheres foram identificadas por pseudônimos: P1 + nacionalidade (P = Participante), e assim por diante.

Os dados foram organizados conforme os objetivos propostos e conforme o método de análise de conteúdo de Minayo, o qual permitiu apresentá-los em categorias temáticas¹⁸. Na próxima seção será apresentada essa análise a partir da caracterização sociodemográfica das mulheres imigrantes da pesquisa, junto a análise.

Resultados

a) Caracterização sociodemográfica das mulheres imigrantes da pesquisa

Todas as 12 participantes se declararam heterossexuais, de cor/raça principalmente parda (nove) e autodeclaradas negras (três). Metade delas é casada (seis), e a outra metade tem como estado civil solteira (quatro), viúva (uma) e divorciada (uma). A espiritualidade indicada por elas foi principalmente a cristã, entre as mulheres venezuelanas (seis), e, entre as haitianas, evangélicas (quatro) e não possui religião (duas). O grau de escolaridade que mais prevaleceu foi o nível médio, nas mulheres venezuelanas (cinco), e o nível superior, nas mulheres haitianas (duas), logo após, ensino fundamental incompleto (duas) e curso técnico (uma).

Quanto ao tipo de trabalho, a maioria das mulheres venezuelanas (oito) indicaram que trabalham em empregos formais, com carteira assinada. Já entre as haitianas, apenas uma delas declarou possuir carteira assinada; as demais participantes não possuíam empregos formais, sendo donas de casa. A principal renda familiar relatada (sete) foi de um salário mínimo entre as duas nacionalidades, algumas (quatro) com renda de dois a três salários mínimos e apenas uma entrevistada venezuelana possuía renda familiar de três a quatro salários mínimos.

Destaca-se que todas as entrevistadas trabalham em empregos nos quais o nível de escolaridade exigido é o de ensino fundamental. Esta foi uma queixa apresentada pelas entrevistadas que possuem ensino superior (quatro): em seu país de origem tinham cargos mais valorizados, como diretora de escola, técnica de radiologia, técnica de enfermagem. Também apontaram que, no Brasil, ainda não conseguiram validar seus diplomas, e que

trabalham em modalidades mais precarizadas de emprego, como sanitarista, cuidadora de idosos, operadora de caixa de supermercado e operária em indústria, como a frigorífica.

O principal tipo de moradia indicada, nas duas nacionalidades, é de casa (nove), e apenas três venezuelanas residem em apartamento, ambos alugados. Há casas em que residem duas, três ou quatro pessoas, mas há um exemplo de casa onde residem até oito moradores, isto porque as moradias vão recebendo outros imigrantes que vão chegando ao Brasil e ainda não possuem local para residir. Nas famílias haitianas (três), esses números permanecem entre um a dois integrantes; porém, nas casas venezuelanas, o quantitativo é alto, algumas (oito) moram com diversos membros familiares (irmãs, irmãos, cunhados, noras, sobrinhos, pais e primos) que estão no processo de adaptação regional.

Em relação ao campo da Saúde da Mulher, na investigação sobre a realização do exame CP, foi possível observar o intervalo entre a realização dos exames preventivos. Entre as participantes, o intervalo foi de dois anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Porém, o número de exames realizados ao longa da vida foi menor do que o indicado, principalmente das mulheres haitianas. Ainda, constatou-se que, em exames CP anteriores, nenhuma participante apresentou histórico de alteração.

A média de gestações entre as participantes foi de três filhos cada, nascidos de parto cesárea, principalmente entre as mulheres haitianas. Já entre as mulheres venezuelanas, é possível notar uma maior natalidade, chegando até seis filhos, com prevalência de partos normais. O número de abortos foi baixo entre as participantes da pesquisa, sendo relatado por apenas uma mulher haitiana e por uma venezuelana.

Os métodos contraceptivos apresentados entre as entrevistadas foram: laqueadura (quatro), anticoncepcional injetável (quatro), Implanon^[1] (duas), anticoncepcional oral (uma) e Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre (uma). Todas as participantes relataram que utilizam algum método contraceptivo. Entre as mulheres venezuelanas, o número de laqueaduras chamou a atenção, sendo juntamente o anticoncepcional injetável o método mais utilizado por elas. As participantes que utilizam Implanon são todas venezuelanas e realizaram a inserção em seu país de origem. Já as haitianas apontaram bastante diversidade no uso dos métodos contraceptivos (DIU de cobre, anticoncepcional oral e injetável). Apenas duas participantes venezuelanas relataram fazer o uso dos preservativos nas relações sexuais; as demais não mostraram entendimento sobre a importância do uso porque têm parceiro fixos.

b) Saúde da Mulher e o exame citopatológico no Brasil X no país de origem das imigrantes

O processo de imigração surge como um caminho de renovação e, por vezes, de sobrevivência. Nos últimos anos, as rotas de imigração utilizadas pelas mulheres para adentrar no Brasil têm aumentado significativamente. O caminho carrega a esperança em encontrar novas oportunidades econômicas e sociais no país de destino. Conforme o relato das mulheres venezuelanas e haitianas entrevistadas, o principal motivo da imigração foi a situação econômica de seus países.

Eu vim pro Brasil pela situação que está a Venezuela e para ajudar meu filho. Lá eu não conseguia pagar a escola privada para ele. Eu não queria sair do meu país, mas meu filho é autista e lá eu não tinha condições de dar para ele o que ele precisava (P1 venezuelana).

Quando eu terminei os meus estudos, a minha mãe queria que eu saísse de lá e tivesse uma vida melhor. O pai do meu primeiro filho já tinha vindo pra cá e então me trouxe (P2 venezuelana).

Meus tios e irmãos decidiram, eles sempre falavam: “Vamos ao Brasil porque está bom para trabalhar e ajudar as mulheres”. Todos decidiram sair. Eles vieram e começaram a ajudar a família, mandavam dinheiro e pagaram a passagem para nós vir para o Brasil (P3 haitiana).

É possível identificar, através dos relatos das mulheres imigrantes, que a migração para o Brasil representa uma nova oportunidade de vida, maior segurança para seus filhos, maior alcance a serviços de saúde e de educação de qualidade, e melhores perspectivas de emprego. O processo migratório, desde a decisão inicial até a chegada ao novo país, foi influenciado pela rede de apoio que é composta por familiares e amigos. Essa rede desempenhou um papel essencial ao aliviar, em parte, a incerteza e os sentimentos ambíguos associados à migração, e ao proporcionar acolhimento e suporte emocional em um momento de grandes mudanças^{19,20}.

O contexto de migrar muitas vezes configura-se como um projeto coletivo, familiar e, não unicamente movido por interesses individuais. É a família que cria ou possibilita as

¹Implanon - método contraceptivo de longa duração, consiste em um pequeno bastão de hormônio sintético, semelhante a um palito de fósforo, que é inserido sob a pele do braço. Não é disponibilizado no SUS no município estudado.

condições necessárias de saída do país de origem para outro com melhores possibilidades. Nas redes de migração produzidas pelas famílias haitianas encontram-se compromissos morais de ajuda e melhoria da condição de vida de quem ficou no país de origem e de quem partiu. Os membros das famílias migram de maneira separada devido aos altos custos econômicos envolvidos, e o reencontro com seus familiares no Brasil, configura-se como uma reunificação familiar^{20, 21}. A partir dos relatos das participantes, pode-se visualizar um forte vínculo à família e uma expectativa de oportunidades de um futuro melhor, com mais oferta de empregos qualificados e maior poder aquisitivo.

Nesse mesmo sentido, o processo saúde-doença no Brasil apresentou diferenças significativas em relação aos países de origem das imigrantes. Como relatou uma imigrante haitiana, destaca-se de forma positiva o alcance universal e igualitário à saúde no Brasil e valoriza-se isso amplamente.

O serviço de saúde aqui no Brasil é muito bom. Desde que estava no Haiti ouvi falarem que aqui era tudo gratuito. Então quando cheguei aqui e vi que era verdade, fiquei encantada. Como sou muito curiosa, gosto de procurar, pesquisar (P12 haitiana).

No Haiti, embora seu sistema de saúde prescreva, nos documentos oficiais, uma assistência universal com modalidades de proteção social, a realidade vivenciada pela população é bastante distinta, marcada por desigualdades e dificuldades na oferta dos serviços²². Conforme relato das imigrantes entrevistadas, em algumas cidades de seus países quase não existia disponibilidade à saúde, ou, se existia, uma população seleta tinha alcance e condições financeiras para acessar de forma paga. Segundo as haitianas, não iam ao atendimento médico e ao acompanhamento gestacional; apenas em casos mais graves, as gestantes eram levadas aos hospitais. Além de terem de pagar pelo atendimento, não era frequente a prescrição de medicamentos por falta de oferta.

Na Venezuela, o sistema de saúde teve a descrição profundamente marcada por desigualdades e vulnerabilidades, com predominância de gastos privados. O baixo investimento do Estado em serviços públicos resultou em uma maior dependência das famílias, que precisam arcar com os custos diretos da saúde. A dinâmica da saúde venezuelana limitou significativamente o alcance aos serviços básicos, esse cenário é evidenciado nos relatos das entrevistadas das duas nacionalidades, que apontaram as dificuldades enfrentadas para obterem atendimento adequado²³.

Tive duas gestações no Haiti, meus dois filhos mais velhos, e não realizei nenhum acompanhamento ou consulta durante as gestações. Só descobri o sexo do bebê quando cheguei no hospital para ganhar

os bebês. Tive que fazer cesárea nas duas gestações lá, porém não sei o motivo. Mas depois meu companheiro na época teve que pagar as duas (P12 haitiana).

Minha família só conseguiu consultas médicas em hospital na Venezuela porque meu pai era porteiro de lá e tínhamos plano de saúde para consultas e atendimentos no hospital (P4 venezuelana).

Todo serviço de saúde que tive na Venezuela foi de forma paga, porque minha mãe possuía convênio e eu era sua dependente (P2 venezuelana).

Lá no Haiti a saúde é diferente. Tem que pagar e só te levam ao hospital se for grave. Eles não dão muitos remédios, são mais chás. Nem todas as mulheres fazem acompanhamento na gestação, quem tem mais dinheiro paga pelas consultas. Lá tudo é pago, inclusive a cesárea. A maioria das mulheres que engravidam e não têm muitas condições morrem. Muitas mulheres esperam pra ter filho quando for sair de lá, é o caso da minha irmã quando vier pra cá (P5 haitiana).

A partir dos relatos, é possível perceber como o alcance à saúde da mulher é um desafio, e a saúde reprodutiva entra em pauta a partir de aspectos fundamentais, que muitas vezes não são garantidos. A saúde reprodutiva, como direito humano essencial, é crucial para promover a autonomia, a igualdade de gênero e a oferta universal a cuidados de qualidade, além de contribuir para o bem-estar e o desenvolvimento sustentável¹⁹.

Conforme relato da entrevistada (P12 haitiana), é possível observar as dificuldades no alcance a um parto seguro, visto que só descobriu o sexo do filho ao chegar no hospital para dar à luz. No Haiti geralmente os partos são feitos em casa com o auxílio de familiares. Outra entrevistada (P5 haitiana) destacou que muitas mulheres haitianas engravidam e, sem recursos para cuidados especializados, acabam falecendo sem que suas famílias saibam a causa. Por isso, muitas mulheres preferem esperar para terem filhos, ou terem uma segunda gestação no Brasil, onde sabem que terão suporte durante a gestação com o pré-natal, o parto e o pós-parto.

Esses relatos mostram que o alcance à saúde durante a gestação também é precário na Venezuela e que foi agravado pela crise no país. A decadência da infraestrutura, a falta de insumos, vacinas e medicamentos resultaram em uma cobertura insuficiente e sobrecarregou o suporte familiar para dar conta das demandas de saúde. A crise também acelerou a privatização do sistema de saúde, que, sem reforma, não oferece direito universal à saúde²³.

Um chamado “kit cesárea” foi abordado por uma das entrevistadas. Ela explicou que os hospitais forneciam uma lista com todos os itens necessários para a realização dos procedimentos cirúrgicos, incluindo luvas, gases e medicamentos, e que era responsabilidade das famílias de cada gestante adquirirem esses materiais, uma vez que não disponibilizariam os suprimentos.

Essas diferenças evidenciam a disparidade no funcionamento e na compreensão sobre os serviços de saúde entre o Brasil e os países de origem das entrevistadas. No Brasil, embora o SUS ofereça atendimento universal e gratuito apesar das limitações estruturais e econômicas, ainda é preciso abordar melhor a questão da equidade, fator que impacta a condição de saúde de mulheres imigrantes. Condições socioeconômicas, como escolaridade e local de origem, influenciam a experiência e a percepção das mulheres imigrantes sobre a importância de exames como o CP e sobre os cuidados preconizados durante a gravidez e o parto. Além disso, as entrevistadas ressaltam a importância de sistemas universais e integrados que buscam a equidade no atendimento à saúde^{9,24}.

No Brasil, conforme destacado pela entrevistada haitiana, algumas imigrantes têm conhecimento sobre os serviços de saúde disponíveis, mas nem todas sabem da totalidade da sua oferta, como sobre o exame CP. O entendimento sobre Saúde da Mulher, no que diz respeito à oferta dos serviços, ainda é limitado entre as imigrantes entrevistadas das duas nacionalidades, ainda mais entre as haitianas. O exame CP é um método preventivo contra o CCU e oferecido gratuitamente na rede pública de saúde. Trata-se de um procedimento indolor, simples e rápido, com o objetivo principal de identificar lesões precoces^{7,8,25}.

Conforme já dito no texto, o INCA recomenda que as mulheres iniciem a realização do exame um ano após o início da sua vida sexual. No entanto, conforme relatos das pacientes entrevistadas, essa prática pode diferir na realidade:

Eu fiz o exame (preventivo) pela primeira vez na vida aqui no Brasil em 2020 (P12 haitiana, 32 anos).

Já realizei o exame em 2020 no Brasil, pela primeira vez, e agora estou fazendo a segunda vez (P5 haitiana, 27 anos).

Realizava o exame de citologia com médico ginecologista, mas era pago. Fiz a última vez em 2019 no meu país (P6 venezuelana, 55 anos).

Nunca realizei o exame. Sei o que minha mãe me disse sobre o exame e que eu precisava começar a fazer (P10 venezuelana, 18 anos).

As narrativas das mulheres evidenciam disparidade quanto à realização do exame preventivo. Enquanto as venezuelanas demonstram conhecimento sobre o exame e sua importância, as haitianas apresentam menor familiaridade. Ao se mudarem para o Brasil, as mulheres venezuelanas tendem a retomar a realização do exame preventivo, reconhecendo-o como essencial para a sua saúde.

Os relatos das mulheres reforçam as representações que constroem sobre o conceito de saúde e mostram como os serviços disponíveis influenciam diretamente nos seus hábitos de vida e seus cuidados com a saúde²⁴. A partir das entrevistas das mulheres que têm entre 18 e 55 anos, é possível notar um baixo número de exames realizados por elas ao longo da vida. Apenas três venezuelanas, fizeram o exame com ginecologistas em seus países de origem, de forma paga. Enquanto que as haitianas apresentaram apenas um ou dois exames CP, iniciados somente após terem acesso ao SUS no Brasil.

Na promoção da saúde sexual e reprodutiva, é essencial levar em conta as dinâmicas tradicionais e os fatores culturais que podem atuar como facilitadores ou como barreiras à adoção de práticas saudáveis²⁶. Duas participantes venezuelanas (uma com 18 anos e outra com 32 anos) realizaram o exame preventivo pela primeira vez a convite da pesquisadora. Apesar de uma delas enquadrar-se dentro das normativas do INCA para a realização do exame, o início tardio, evidencia as dificuldades de alcance aos serviços de saúde na Venezuela e à informação local. Ambas imigrantes demonstraram conhecimento sobre o exame durante a entrevista, mas só conseguiram realizá-lo após chegarem ao Brasil. Portanto, é possível inferir que o alcance à saúde é mais do que a oferta do exame e do atendimento, é necessário compreender as histórias individuais, analisar o contexto dos quais vieram, de onde estão, e integrar esses elementos às suas narrativas pessoais e coletivas^{23,27}.

Os relatos evidenciam uma diferença no reconhecimento e na realização do exame CP entre as entrevistadas das duas nacionalidades. As duas valorizam o exame e compreendem sua importância para a Saúde da Mulher na AB. No entanto, enquanto as venezuelanas reconhecem a relevância desse exame, sua oferta no país de origem era limitado e não universal. Já para as haitianas, a realização do exame só se tornou possível após a migração para o Brasil, onde o serviço é oferecido gratuitamente.

c) Desafios e estratégias para promover e prevenir a saúde das mulheres imigrantes

Estudos têm demonstrado que imigrantes, em situação irregular ou de refúgio, utilizam menos os serviços de saúde nos países de acolhimento em comparação com a

população geral, devido à presença de barreiras significativas de acesso aos cuidados de saúde. Por isso, é essencial garantir que imigrantes tenham a oportunidade de construir uma vida sob a perspectiva dos direitos humanos, a dignidade de uma pessoa não se define por sua nacionalidade, mas por sua condição como ser humano^{12, 4}.

Atualmente, as mulheres representam cerca de 50% da população dos fluxos migratórios e têm crescido o seu ingresso ao sistema de saúde brasileiro nos últimos anos, especialmente nos serviços voltados aos cuidados maternos, à saúde da mulher, à assistência de média complexidade e à realização de exames no território. Apesar disso, estudos indicam que as mulheres imigrantes são consideradas um grupo vulnerável no cuidado em saúde, associado à insegurança e à falta de suporte assistencial adequado^{19, 27}.

Mulheres imigrantes enfrentam obstáculos no alcance aos serviços de saúde devido a uma série de fatores, como o status de imigrante irregular, as barreiras linguísticas, as relações de gênero e a ausência de políticas de saúde que as contemplem. Dependendo das políticas e das estruturas governamentais, muitas imigrantes não têm alcance equitativo nos cuidados de saúde e os serviços disponíveis frequentemente não estão preparados para atender às suas necessidades. Outros fatores que dificultam o alcance incluem discriminação, estigmatização, entraves administrativos e normas restritivas que geram medo de deportação, perda do emprego ou do status migratório²⁸. As manifestações abaixo retratam essas vivências pelas entrevistas:

A recepção em algumas cidades que nós recebemos em alguns lugares não foram boas. Eles não são receptivos, sendo grossos e bravos, não entendem que estamos porque precisamos e não porque queremos estar. Eles sentem medo das pessoas novas. Lembro que saí à procura de serviço em Roraima e não achava. Muitas pessoas eram chatas e grosseiras, não queriam ajudar, por não sermos daqui. Falavam muitos nomes agressivos e coisas feias (P6 e P9 venezuelanas).

Eu acho o Brasil um país bom. Tem um lado ruim e um lado bom. Muitas vezes tu vai num lugar e tem muitos racistas lá. Mas pra mim não importa. Por outro lado, tem pessoas que tem um coração bom. Eu recebi ajuda de muitas pessoas aqui (P5 haitiana).

A gente não entende algumas palavras que falam [profissionais de saúde], e eles também não entendem nós. A língua dificulta explicar o que precisamos. Os homens conseguem falar melhor, porque conhecem mais, mas a mulher chega depois e não entende muito bem o idioma (P2 venezuelana).

A partir dessas falas é possível notar discriminações sofridas pelas imigrantes, e relacionadas à xenofobia, ao racismo e às relações de gênero, especialmente em cidades de fronteira. É fundamental avançar no processo de aceitação social de imigrantes e refugiados, e desmistificar preconceitos que os associam à violência, ao roubo de empregos ou à criminalidade. Tais preconceitos promovem intolerância, e agravam a situação dessas pessoas que já vivem em condições de vulnerabilidade²⁹. O fato é que a imigração sempre existiu, porém, a diferença atual está no volume desses deslocamentos, o qual foi impulsionado em grande parte por crises humanitárias.

A barreira linguística também foi retratada pelas imigrantes como uma dificuldade de comunicação, apesar do espanhol ser um idioma próximo ao português e de fácil compressão em comparação aos outros. Além disso, a falta de paciência por parte de alguns profissionais de saúde para responder questões e orientar as mulheres imigrantes foi apresentada como uma queixa. A sensação de não ser ouvida e compreendida mostrou-se como uma grande dificuldade que precisa ser rompida. Afinal, mulheres imigrantes são um grupo vulnerável para o cuidado em saúde, de modo que não se pode considerá-las como um grupo homogêneo^{20, 26, 27}.

É imprescindível refletir sobre o cuidado prestado pela equipe multiprofissional e a forma como esse cuidado é percebido pelas mulheres imigrantes. Essa distinção é essencial em meio as barreiras de comunicação previamente mencionadas; o cuidado oferecido nem sempre corresponde ao cuidado percebido, e ambos influenciam diretamente a visão que a mulher tem sobre o seu processo de saúde. Não basta ter o cartão SUS e o direito estabelecido para atendimento como qualquer outro cidadão. Esses grupos possuem demandas próprias que, muitas vezes, são desconhecidas dos profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção. Da mesma forma, há falta de compreensão por parte das imigrantes sobre como esse cuidado é estruturado e oferecido na AB no SUS^{19, 29}.

Diferentemente dos relatos sobre a recepção que obtêm ao chegarem no país, a percepção em relação aos serviços de saúde na área de abrangência da ESF à qual estão vinculadas foi positiva. As entrevistadas destacaram fácil obtenção dos serviços, pela proximidade da ESF em relação às suas moradias e pela garantia de acesso às consultas e aos atendimentos. Esse cenário reflete a cobertura de 92% da ESF no município estudado, o que não corresponde à toda realidade nacional.

As imigrantes entrevistadas ressaltaram, como aspectos importantes, a disponibilidade e a gratuidade de insumos essenciais em saúde, como medicamentos, anticoncepcionais e vacinas para toda a família, oferecidos pelo SUS. Nas suas falas, houve comparações

frequentes entre os serviços de saúde de diferentes estados e cidades do país, já que muitas delas residiram em outras localidades. Segundo essas mulheres, o alcance aos serviços tende a ser mais difícil em cidades maiores e em áreas mais próximas às fronteiras, como se pode observar nas falas:

Sempre que precisei consultar aqui em Marau ou algum tipo de atendimento, fui no posto de saúde, porque era perto de casa (P3 haitiana).

Eu gosto de morar aqui. Passando por tudo o que já passei, preciso ficar aqui em Marau. É muito melhor. Por exemplo, meu posto de saúde fica não tão longe. Conseguimos atendimento tudo bem. Não é grande, porque lá em Porto Alegre a cidade é muito grande (P4 venezuelana).

Aqui é muito diferente, porque a saúde lá em Roraima não era acessível. Marcar uma consulta lá era mais complicado do que aqui. Aqui, quando estou doente, posso passar na farmácia popular. Lá não tinha esses medicamentos tão fácil (P11 venezuelana).

O referido acima remete aos estudos que trazem que o crescimento dos fluxos migratórios internacionais trouxe à tona o debate referente à responsabilidade dos estados e municípios de garantirem direitos sociais básicos às populações migrantes, inclusive a Saúde da Mulher apesar de ser uma política nacional. Na prática, conforme trazido pelas mulheres imigrantes entrevistadas, em algumas cidades do país, o alcance a tais direitos, por vezes, parece dificultado pelos preconceitos sociais reiterados por alguns profissionais de saúde que apresentam falta de atenção, empatia e respeito nos atendimentos prestados. E no caso das migrações atuais, o aumento da xenofobia racializada agrava o reconhecimento de pertencimento dessa população^{1,30}.

O processo migratório envolve a adaptação à novas condições de vida, o que pode representar tanto uma oportunidade quanto um evento estressor. Quando vivido como estressante, pode impactar negativamente a saúde física e mental da mulher migrante, e demandar um cuidado que leve em conta essa particularidade²⁸. Neste sentido, é fundamental que sejam compreendidos e considerados os diversos fatores envolvidos na saúde, principalmente em programas de promoção de saúde sexual e reprodutiva, uma vez que elas buscam por um novo contexto de vida.

As ausências das mulheres imigrantes haitianas entrevistadas na pesquisa e nos atendimentos dos serviços de saúde locais revelam a falta de orientação e comunicação. O

principal déficit de informação sobre os serviços de saúde da mulher realizados na ESF está relacionado a oferta de métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS. Além disso, pela cultura haitiana das mulheres não trabalharem fora do lar e deixarem essa tarefa aos homens, a maioria delas têm maior dificuldade com o idioma local, o português, o que dificulta o entendimento e o conhecimento delas sobre o funcionamento dos fluxos do SUS.

É necessário que as mulheres imigrantes sejam incentivadas a conhecerem métodos contraceptivos, a irem até a ESF sem precisarem da tradução do idioma pelos maridos, a terem maior autonomia em relação a sua saúde, a realizarem exames CP, mamografias, testes rápidos, e a escolherem o melhor método contraceptivo para elas. Na promoção da saúde sexual e reprodutiva, deve-se ter em conta os atributos tradicionais associados ao gênero, às diferenças de poder nas relações heterossexuais e aos fatores culturais que podem limitar a adoção de práticas saudáveis em saúde por essas mulheres²⁶.

A saúde pública no Brasil, exemplo mundial em diferentes aspectos, possui ampla percepção sobre as dimensões integradas que a envolvem. Assim, é necessário que as mulheres imigrantes possam (re)conhecer a Saúde da Mulher nos seus territórios de forma universal, equitativa e integral, e que busquem mais do que um espaço de sobrevivência. Além de receber acolhimento de suas demandas e de suas famílias, é preciso que as intervenções em saúde incorporem tecnologias para a qualificação do cuidado, como noções sobre barreira cultural, barreira linguística e xenofobia racializada. Tal estratégia de cuidado equitativo pode conduzir a intervenções mais adequadas aos desejos, valores e necessidades pessoais; conseqüentemente, pode aumentar a eficácia das ações implementadas²⁶, conforme é possível observar no relato da entrevistada:

A informação precisa chegar a todas as mulheres haitianas, o conhecimento sobre o que existe e o que é ofertado, por exemplo, o exame citopatológico. A maioria das mulheres haitianas não tem muito desejo em estudar, em entender como funciona. Elas precisam ter mais alcance aos métodos contraceptivos e não tem, então como elas vão usar se não conhecem? Sempre que eu consigo eu falo e explico para elas sobre os métodos contraceptivos, por eu entender muito bem português, e algumas não. A maioria acaba ficando dependente dos maridos, porque elas não querem sair de casa por não falarem português, mas também não vão procurar para aprender. Essa é uma realidade que precisa mudar, falta muito incentivo aqui em Marau para essas mulheres estudarem, aprenderem a ler, escrever e falar português (P12 haitiana).

Torna-se essencial discutir questões de gênero, visto que as mulheres frequentemente permanecem invisíveis no contexto dos fluxos migratórios. As intervenções nessa área devem levar em consideração as diferenças e necessidades específicas de cada grupo. A abordagem permite ações mais alinhadas aos desejos, valores e necessidades individuais, o que pode favorecer uma maior aceitação por parte das populações imigrantes e, conseqüentemente, aumentar a eficácia das medidas adotadas¹.

Considerações finais

A pesquisa-intervenção revelou desafios para reconhecer as necessidades das mulheres imigrantes nos serviços de saúde no Brasil. Destacam-se a falta de conscientização sobre exames periódicos e prevenção, desigualdades de gênero que limitam sua circulação, barreiras culturais e linguísticas no cuidado, além da xenofobia racializada, que intensifica estigmas e preconceitos contra pessoas pardas e negras.

O estudo teve como objetivo compreender o entendimento das mulheres imigrantes, do território de uma ESF do município de Marau/RS, sobre a Saúde da Mulher e sobre o exame CP na AB, e construir com a equipe da ESF a melhoria na comunicação e no cuidado equitativo. A partir das entrevistas realizadas, observou-se que as mulheres venezuelanas possuem maior compreensão sobre o exame, uma vez que já o realizaram em seu país de origem e buscaram continuar a prática ao chegar no Brasil. Em contrapartida, as mulheres haitianas só começaram a realizar o exame após sua chegada ao Brasil. Apesar disso, todas destacaram a facilidade de acessar aos serviços de saúde no território e relataram um atendimento de qualidade, comparando positivamente com experiências em outras cidades brasileiras, onde já haviam residido.

Uma das principais demandas evidenciadas na pesquisa foi superar a barreira linguística, que impactou diretamente no entendimento sobre Saúde da Mulher. A língua espanhola, por ser de raiz latina, favoreceu a compreensão das venezuelanas, enquanto o crioulo, falado pelas mulheres haitianas, dificultou significativamente a sua comunicação. Dessa forma, esse foi um ponto de limitação da pesquisa, onde essas entrevistas resultaram em respostas predominantemente simplificadas.

Por se tratar de uma pesquisa intervenção, após as entrevistas com mulheres imigrantes, foi realizada uma devolutiva para as ACS com o objetivo de produzir um material informativo sobre Saúde da Mulher para imigrantes locais. A capacitação das ACS,

fundamentada na Educação Permanente em Saúde (EPS), buscou melhorar a qualidade do trabalho em saúde, integrando ensino e prática cotidiana. Durante a capacitação, foram discutidos os desafios enfrentados pelas mulheres imigrantes e como solução, foi criada uma cartilha informativa sobre a coleta do exame citopatológico e métodos contraceptivos disponíveis na ESF, com orientações sobre como acessá-los, além de contatos úteis para serviços de saúde na cidade, traduzida para os idiomas das imigrantes.

O estudo trouxe como ponto relevante a confecção da cartilha informativa, a aproximação das mulheres imigrantes entrevistadas e suas famílias com a equipe de saúde da ESF, pois conforme relatado por elas, o convite para pesquisa promoveu um sentimento de acolhimento e de reconhecimento. Como projeção futura, o estudo pode expandir-se com a busca ativa de outras mulheres imigrantes pelas ACS e equipe, e a divulgação da cartilha. Além disso, pode instigar outras pesquisas visem a melhoria do cuidado integral e equitativo de mulheres imigrantes nesse e em outros territórios.

Portanto, a partir dos resultados apresentados, afirma-se que o desconhecimento das mulheres imigrantes entrevistadas sobre o exame CP passou para o lugar de (re)conhecimento, de destaque da sua importância, de sua recomendação e de prevenção de agravos do CCU. Infere-se também que elas passaram a conhecer o exame, a valorizar a sua realização e a periodicidade na Saúde da Mulher na AB, diferente do que experienciaram em seus países de origem, onde não se segue as mesmas orientações em relação a esse exame³¹.

Como preconizado na Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde de reconhecer as diferenças sociais, de ampliar o alcance do SUS, de promover o respeito à diversidade e de garantir o atendimento integral, destaca-se a importância da presença de um Mediador Cultural e Linguístico em equipes de saúde. Para reduzir desigualdades e aumentar a adesão aos serviços de saúde, é imprescindível criar condições de acolhimento mais inclusivas e receptivas³².

Referências

1. Santos HS, Medeiros AA. Migração e acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para cumprimento dos direitos humanos. 2020;1-19. Disponível em: <https://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>
2. Brasil. Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra). 2021. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/observatorio>
3. Cavalcanti L, Oliveira T, Silva BG. Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Série Migrações. Observatório das Migrações

Internacionais (OBMigra); Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2021. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/Relat%C3%B3rio_Anuar/Relato%CC%81rio_Anuar_-_Completo.pdf

4. Pinto MB, Pereira MC, Schimanski E, Margraf W. A mulher imigrante e sua vulnerabilidade no ambiente de trabalho: uma revisão de literatura. Revista do Programa de Pós-graduação em Humanidades, Culturas e Artes - UNIGRANRIO. 2020. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/magistro/article/view/6164>

5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. Disponível em: http://https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm

6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF, 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

7. Brasil. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastramento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf

8. Morais ISM, Rêgo JS, Reis LA, Moura TG. A importância do exame preventivo na detecção precoce do câncer de colo uterino: uma revisão de literatura. REAENF; vol. 10. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAenf.e6472.2021>

9. Carazzo I, Carvalho FP, Silveira DA, Siqueira LO. Comparação do perfil citopatológico de exames ginecológicos em diferentes planos de saúde. Saúde (Santa Maria). 2024; 50(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583469107>

10. Leite FM, Amorim MHC, Nascimento LGD, Mendonça MRF, Guedes NSA, Tristão KM. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research. 2010; 12(1). Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/286>

11. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, Almeida PF, Santos AM. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. CSP – Cadernos de Saúde Pública. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x4zfvP7xx75t9nhWpFPMzDH/>

12. Tonhati T, Macedo M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). *Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações*, Brasília. 2020; 4(2):125-155. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/35905
13. Malheiro BCC, Souza LP, Júnior MOG, Grijó MDF. Rastreamento de câncer de colo de útero: Brasil, Estados Unidos e Reino Unido – Um comparativo nos critérios de indicações. *Revista Brasileira de Educação e Saúde - REBES, Grupo Verde de Agroecologia e Abelhas (GVAA)*. 2022; 11(4):428-432. Disponível em: [10.18378/rebes.v11i4.9143](https://doi.org/10.18378/rebes.v11i4.9143)
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/marau.html>
15. Granada D, Grisotti M, Detoni PP, Cazarotto R, Oliveira MC. Saúde e migrações: a pandemia de Covid-19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do Sul do Brasil. *Horizontes Antropológicos* [Internet]. 2021 Jan;27(59):207–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100011>
16. Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência Coletiva* [Internet]. 2016 Jun;21(6):1737-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>
17. Gestão Municipal em Saúde (G-MUS). [Internet]. Acesso em 17 fev. 2024. Disponível em: <https://smsmarau.g-mus.com.br/conta/login/>
18. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência Coletiva* [Internet]. 2014 Mar;17(3):621-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/#>
19. Nielsson JG, Sturza JM, Wermth MAD. O direito ao acesso à saúde reprodutiva de mulheres migrantes: desvelando processos de precarização da vida. *Revista Derecho y Salud* 3. 2019; 3(3). Disponível em: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/62>
20. Risson AP, Moré CLOO. Do Haiti a “Terra Nova”: o contexto de vida e processo migratório de famílias haitianas. Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios (CSEM), *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana (REMHU)*. Centro Universitário. Curitiba, PR, Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880006915>
21. Silva SA. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2017; 34(1):99-117. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0009>
22. Salomon B, Coelho TCB. Sistema de saúde em um contexto de crise humanitária: o caso do Haiti. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana-BA, Brasil. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434040pt>

23. Roa AC. O sistema de saúde na Venezuela: um paciente sem remédio. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(3):e00058517. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200006>
24. Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Soc. São Paulo*. 2013; 22(2):328-341. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200006>
25. Brasil. Estimativa/2020 - Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2019. 122p.
26. Rocha CMF, Dias SF, Gama AF. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2010 mai;26(5):1003-1012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500022>
27. Supimpa LS, Souza SRRK, Prandini NR, Andreatta D, Trigueiro TH, Paviani BA. Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2023;57(spe). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444pt>
28. Brasil. Estratégias para atenção integral à saúde de migrantes internacionais no brasil [livro eletrônico] / organização Rarianne Peruhype, Isadora Steffens, Veronica Yujra. -- 1. ed. -- Brasília, DF: OIM, 2022. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/Estrategias-para-atencao-integral-a-saude-de-migrantes-internacionais-no-brasil_0.pdf.
29. Shwin SA, Costa MMM. Mulheres refugiadas e vulnerabilidade: a dimensão da violência de gênero em situações de refúgio e as estratégias da ACNUR no combate a essa violência. *Revista Signos, Lajeado*. 2016; 37(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.1983-0378.v37i2a2016.1100>
30. Gil PHC, Pizzinato A. Análise psicossocial do processo migratório de haitianos(as) ao Brasil: uma perspectiva interseccional de raça-etnia, gênero e idade. *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. (REMHU)*. [Internet]. 2023;31(68):165-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-8585250388000681>
31. Barcelos RMS, Melo LN, Carneiro LA, Souza AC, Lima DN, Rassi LT. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro. 2020;18(2):e0026092. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00260>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Equidade em Saúde. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude#:~:text=As%20Pol%C3%ADticas%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da,e%20na%20assist%C3%A2ncia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>