

ATENDIMENTO A GESTANTE IMIGRANTE E REFUGIADA EM MATERNIDADE NA CIDADE DE SÃO PAULO

IMMIGRANT CARE AND REFUGEE MATERNITY MANAGING IN SÃO PAULO

Angélica Cristina Rodrigues¹ José Carlos Lopes da Silva Junior² Patrícia Cristina Vasquez de Souza Gorisch³

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)07](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)07)

RESUMO:

Em 2018, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR, 2019) informou deslocamento forçado de 70,8 milhões de pessoas, motivados por guerras, perseguições e conflitos, representado o dobro de deslocados em comparação a 20 anos. Mulheres são consideradas população vulnerável nesses deslocamentos e, quando gestantes, os medos e desafios são maiores. A Região Sudeste, entre 2011 e 2018 recebeu 55.1% dos imigrantes, sendo 41.5% no Estado de São Paulo (Cavalcanti, 2019), e segundo dados da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, o estado tem o maior número de solicitantes de refúgio. Este artigo objetiva avaliar estratégias de atendimento as mulheres gestantes imigrantes na cidade de São Paulo, melhorias no acolhimento, atendimento e encaminhamento de demandas visando a garantia de direitos de acesso a serviços de saúde conforme Constituição Federal; conflitos e desrespeito em relação legislação trabalhista também serão abordados.

ABSTRACT

In 2018, the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2019) reported forced displacement of 70.8 million people, motivated by war, persecution and conflict, representing twice as many displaced persons as compared to 20 years. Women are considered vulnerable population in these displacements and, when pregnant, the fears and challenges are bigger. Between 2011 and 2018, the Southeast Brazil, received 55.1% of immigrants, 41.5% in the State of São Paulo (Cavalcanti, 2019), and according to data from Secretary State of Justice, the state has the largest number of refuge applicants. This article aims to evaluate strategies of pregnant care immigrants in the city of São Paulo, improvements in reception, attendance and referral of demands aiming at guaranteeing rights to access to health services according

1 Professora Produtividade CNPq, Pós Doutora em Direito pela Università de Roma Tre, Pós Doutora em Política Públicas pela Università do Salento. Professora e Coordenadora do Mestrado em Direitos Humanos da UniRitter e Professora Visitante no PPGDIR/UFRGS. Email: srmartini@terra.com.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5437-648X>.

2 Mestranda em Direitos Humanos da UniRitter – Laureate Internacional Universities. Bolsista CAPES. Especialização em Direito Público. Fundação Escola Superior do Ministério Público - RS, FESMP/RS, Brasil. E-mail: anamichelon@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9825-9322>.

3 Mestranda em Direitos Humanos da UniRitter – Laureate Internacional Universities. Especialização em Direito Notarial e Registral. Universidade de Passo Fundo – RS UPF/RS, Brasil. MBA Gestão em Serviços Notariais e Registrais FGV Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: joana.malheiros@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1736-6338>.

to the Federal Constitution; conflicts and disrespect regarding labor legislation will also be addressed.

PALAVRAS-CHAVE: Refugiados; Imigrantes; Sistema Único de Saúde; Gestantes.

KEY WORDS: Refugees; Immigrants; Unified Health System; Pregnant women

I. Introdução

O Brasil, na qualidade de país multicultural é conhecido como país tipicamente acolhedor, aliás, o é desde o século XV quando se inicia o movimento migratório com Duarte Pacheco Pereira, mesmo que não reconhecida à época a condição de acolhimento (LEMOS, 2016).

De 1498 até os dias atuais é cediço afirmar que houve intenso fluxo migratório e por vezes, até a questão do acolhimento foi posto em voga.

A atual conjuntura globalizada intensificou o fluxo de pessoas, o que pode ser observado por questões humanitárias, econômicas, sociais, sobretudo, para manutenção do núcleo familiar, a fim de proteger seus entes das situações de necessidade.

Conceituar imigrantes, refugiados se faz necessário e, segundo a ACNUR (ACNUR, 2019): Refugiados são pessoas que estão fora de seus países de origem por fundados temores de perseguição, conflitos, violência ou outras circunstâncias que perturbam seriamente a ordem pública e que necessitam de proteção internacional.

Já Imigrantes são pessoas que se deslocam em busca de melhores condições de vida, melhores condições de acesso a trabalho, educação ou outras condições. Também podem haver processos imigratórios após desastres naturais, pela fome ou extrema pobreza.

Dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados revelam que 70,8 milhões de pessoas foram consideradas deslocados em 2018, revelando que a cada minuto, 25 pessoas eram forçadas a fugir. A figura 1 demonstra a evolução deste movimento. Entre 2012 e 2015 houve maior deslocamento devido os conflitos na Síria, sendo que no último ano, o incremento se deu pelas crises da República Bolivariana da Venezuela e os deslocamentos internos na Etiópia.

A partir da premissa retro citada, depreende-se o estabelecimento de fluxo migratório de mulheres para a cidade de São Paulo, de origem predominante sul-americana, o que é o recorte de estudo.

O trabalho que se segue tem por objetivo, de forma sintética, entender o movimento cultural por toda essa sociedade de mulheres. Além disso, entender como funciona o mecanismo de atendimento a mulheres gestantes imigrantes ou refugiadas, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo.

Através de pesquisa em bases de dados de artigos científicos, em sites oficiais do Governo Brasileiro e de agências internacionais como ACNUR, foi realizada coleta de dados por documentação direta e indireta desenvolvendo uma abordagem dialética ao longo do texto.

Figura 1: Tendência de deslocamentos forçados



Fonte: *Global Trends Forced Displacement in 2018*

Para tanto, em um primeiro momento será elencada a problemática relacionada às questões trabalhistas comuns a toda sociedade de mulheres gestantes, ou seja, aplicação das regras trabalhistas a estas mulheres a fim de se constatar a existência de variáveis acerca da manutenção desse fluxo.

A pretensão ainda tem como escopo apresentar de forma sintética, os acontecimentos do cotidiano entre culturas diferentes, ou seja, como ocorrem os atendimentos no Sistema Único de Saúde. Por fim, serão realizadas breves considerações sobre a adaptação dos profissionais a atenção a saúde das mulheres migrantes.

II. Delimitação da abordagem

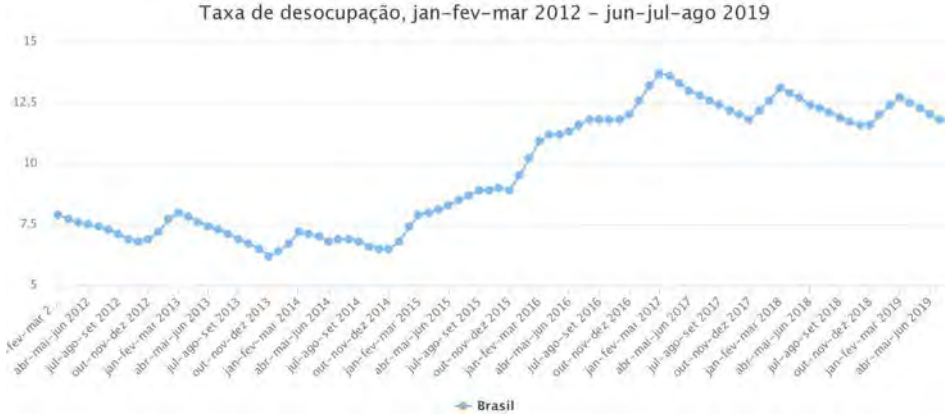
Entre 2010 e 2018 segundo dados registrados na Polícia Federal foram registrados 774.2 mil imigrantes no Brasil, sendo 395.1 mil de longo termo, ou seja, aqueles que permanecem no país por período superior a um ano (Min. da Justiça, 2019).

Um breve esclarecimento se faz necessário a fim de indicar ao leitor que observamos como diretrizes no processo de acolhimento a Lei 9.474/97, Portaria Interministerial 09/2018 que sucedeu a Resolução Normativa Conselho Nacional de Imigração (CNig) 126/2017 (Min. Público Federal, 2017), onde para fins de incursão de dados os imigrantes cadastrados e regulares constam como REGISTRO ATIVO e aqueles que possuem a condição de irregular constam como REGISTRO INATIVO (Polícia Federal, 2019).

Astrês principais nacionalidades de imigrantes, foram respectivamente Haitianos, Bolivianos e Venezuelanos. A partir do ano de 2017 depreende-se uma mudança dessa movimentação, passando os Venezuelanos a 39%, seguido dos Haitianos com 14,7%, Colombianos com 7,7% e Bolivianos na quarta posição com 6,8%, segundo dados do OBMigra (2019).

Cabe ressaltar que o perfil de imigração é ainda hoje predominantemente masculino, contudo, existe movimento migratório feminino acentuado a partir de 2016.

Figura 2: Série histórica - Taxa de desocupação no Brasil



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Mensal

Curioso destacar que as mulheres ganharam força no mercado de trabalho com emissão de Carteiras de Trabalho e Emprego a partir de 2016, momento em que assola a economia brasileira grave crise econômica que redundou em uma das maiores taxas de desemprego, segundo dados do IBGE, conforme demonstrado na figura 2.

Embora as mulheres tenham ganho mais espaço no mercado de trabalho, a taxa de desocupação entre as mulheres está acima da média nacional, aqui demonstrado na Fig 3.

Figura 3: Série histórica - Taxa de desocupação por sexo



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral

Segundo dados do OBMigra existe curva com tendência de inversão na emissão de Carterias de Trabalho e Previdência Social, reforçando a acentuação da contratação da mulheres no mercado de trabalho formal, indagando-se por qual motivo o homem

é preterido na contratação se o fluxo de imigrantes é predominantemente masculino (Cavalcanti, 2018).

III. Princípio de Atenção à Saúde no SUS - Sistema Único de Saúde

Abaixo será analisada a condição da mulher imigrante na condição de gestante sendo atendida pelo Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo.

1. Sistema Único de Saúde

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal (CF) indicam a condição de saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988), não havendo distinção entre pessoas de países diferentes, em razão da universalidade de atendimento do sistema de saúde.

Da mesma forma preceitua-se que esse direito, de cunho social, está garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e da melhoria da promoção, proteção e recuperação da saúde.

É correto destacar que a condição de saúde no Brasil está atrelada a confecção da Declaração de Alma – Ata para os cuidados primários em saúde assim como os estudos percussores realizados pelo Canadá através de missões de trabalhadores que se originaram na China em meados da década de 1960.

Da mesma forma, é correto afirmar que a saúde é recurso de cunho social, econômico e a equidade de sua condição é fator determinante para o avanço da sociedade.

Pois bem, com a Promulgação da Carta Cidadã em 1988, a mesma passou a prever em seu artigo 196 a obrigatoriedade do Estado em prover mediante políticas sociais e econômicas a redução do risco de doenças assim como facilitação do acesso igualitário às ações que visem promoção, proteção e recuperação (CF, 1988).

No mesmo sentido, a disposição do artigo 198 da Constituição Federal do Brasil atribui ações e serviços públicos de saúde de forma organizada e hierarquizada constituindo um único sistema para atendimento descentralizado, integral e com participação da comunidade.

Comunga a previsão do artigo 6º da Constituição Federal quando prevê que o atendimento aos desamparados como um direito social (CF, 1988).

Portanto, depreende-se que a partir da leitura juspositivista de forma conjunta que a saúde é tida como direito fundamental extensível aos desamparados, não havendo quaisquer distinções entre pessoas.

A questão sociológica da mesma forma foi ampliada a partir do reconhecimento sobre identidade e necessidade da aplicação dos princípios do SUS que versam sobre a universalidade, integralidade, equidade para a saúde dos imigrantes. O ponto comum encontra-se no ideal de igualdade em que as políticas universalistas estão agrupadas (TAYLOR, 1992) e que, portanto, possuem os mesmos direitos e devem ser tratados da mesma forma pelo Estado.

2. Trabalhadora com vínculo empregatício e afastamento previdenciário por licença maternidade

Assim como existe a condição universal de atendimento à saúde, a Constituição Federal Brasileira prevê a proteção constitucional da gestante e do nascituro, por consequência nos termos do artigo 10, inciso II, alínea "b" do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e que se harmoniza com os princípios que velam pela dignidade da pessoa e do valor do trabalho humano nos termos do artigo 1º, incisos III e IV e dos direitos fundamentais insculpidos no artigo 7º da Constituição Federal, que prevê no seu caput a melhoria da condição social do trabalhador (CF, 1988).

Sendo assim, o direito da gestante a licença e posteriormente à estabilidade provisória é certo e, portanto, não há como transacionar esse direito, sendo de ordem pública.

A inobservância desse preceito constitucional conduz o empregador ao pagamento de indenização do período correspondente sem prejuízo de outras verbas apuradas em decorrência de demais direitos obtidos pela categoria profissional dessas trabalhadoras. A par disso depreende-se que muitos empregadores deixam as mulheres em condição de marginalidade contratual trabalhista, ceifando direitos que veremos durante o recorte do artigo.

3. Trabalhadora sem vínculo empregatício

Entrementes, contrariamente as garantias concedidas a trabalhadora que possui vínculo empregatício, a inexistência desse instrumento de proteção social deixa a trabalhadora gestante a margem da sociedade e sem a possibilidade de fruição de direitos trabalhistas como um patamar mínimo necessário para sua subsistência e do nascituro.

Neste sentido, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) previu desde a sua criação em 1919 o resguardo a saúde da mãe e do seu filho assim como a discriminação baseada na condição da maternidade, adotando três Convenções sobre o tema, respectivamente nº 3 de 1919, ratificada no Brasil em 1934, nº 103 (1952) e nº 183 (2000). Convém ressaltar, entretanto, que a Convenção 183 relativa a proteção da maternidade não foi ratificada pelo Brasil.

Os efeitos da presente Convenção visam sua aplicação a qualquer mulher, de forma indiscriminada. Seu artigo 3º prevê a obrigação das garantias necessárias para que a mulher possa dispor de período de amamentação assim como o artigo 5º e 6º dispõem de meridiana clareza acerca da base de prestação médica em caso de enfermidade e gozo de benefício previdenciário. Entretanto, é necessário relembrar que se não existe o reconhecimento de vínculo empregatício, não há que se falar em direitos oriundos, nem mesmo com base na legislação da OIT.

É certo afirmar ainda que o óbice ao direito a receber parcelas pecuniárias no período em que se encontra em afastamento previdenciário, no caso de licença maternidade, é situação que ainda hoje afasta a mulher da obtenção do registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social.

Ultrapassada a análise da condição da modalidade de prestação de serviços em razão de seus direitos trabalhistas e da condição de gestante, o presente trabalho remete

o leitor ao tema central acerca da melhoria da condição das gestantes nos hospitais públicos de administração direta pertencente ao Governo do Estado de São Paulo e subsumido ao Sistema Único de Saúde, de esfera Federal, de modo que pode ser provocado em outro instante a continuidade do presente artigo a fim de apontar ao longo do tempo e do espaço o avanço das melhorias assim como a extensão de sua aplicação.

A questão sociológica como dito anteriormente foi ampliada a partir do reconhecimento sobre identidade e necessidade da aplicação dos princípios do SUS universalidade, integralidade, equidade para a saúde dos imigrantes, o que, da mesma forma, pode ser tema abordado em estudo futuro.

IV. Abordagem de saúde e tratamentos oferecidos pelo SUS as gestantes imigrantes

Incontroverso a universalidade do sistema único de saúde remanesceu a explanação sobre a extensão do tratamento oferecido pelo sistema público, mormente as gestantes imigrantes.

Em que pese a condição de se tornar ao longo dos anos um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo segundo informações do sítio da internet do governo federal isto não o torna obsoleto tampouco ineficiente (Min da Saúde).

Depreende-se que não somente consultas médicas assim, como a realização de partos são realizados pelo SUS mas, a extensão do tratamento também prevê o fornecimento de medicamentos, a fim de preservar o bem estar biopsicosocial em atenção ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006).

Não há como desconsiderar as necessidades e capacidade dos sujeitos, as prioridades políticas na melhoria da qualidade de vida da população mais pobre e em situação de vulnerabilidade, se essa condição não for eficaz para a população tida como invisível.

1. Tratamento da população invisível no SUS

Questão relevante e de suma importância, é a da invisibilidade e vulnerabilidade, em razão da cultura odiosa.

Os imigrantes regularizados na forma deste Acordo de La Paz em 2005 estão sujeitos às mesmas obrigações de natureza laboral em vigor para os trabalhadores nacionais do Estado receptor e da mesma proteção no que se refere à aplicação das leis relativas à higiene e à segurança do trabalho (Sec Geral Relac Ext, 2005).

A epistemologia do senso comum refere a existência de barreira linguística, criando óbice no início da massificação da migração, pois, muitas mulheres eram provenientes por volta de 2013 de uma região boliviana onde o idioma mais falado é o aimará.

Várias ações tiveram início na política pública do estado a fim de facilitar o atendimento as mulheres bolivianas e seus familiares. Dentre estas ações inclusive com participação do Consulado Geral da Bolívia em São Paulo com intuito de facilitar a legalização destes migrantes e refugiados através de salvo conduto com fornecimento de documentos aos pais dos recém-nascidos e certidão de nascimento para estes; e também com a Pastoral do Migrante que através de tradutores/interpretes, auxiliou na comunicação,

desenvolvimento de folder explicativo e, para os colaboradores interessados.

Entretanto, todos os atores sociais envolvidos, como Estado, Sociedade e migrantes exercem papel fundamental na elaboração e desenvolvimento de projeto de acolhimento.

Em atenção a necessidade de mudanças, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) em conjunto com a Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo (COVISA) elaborou material esclarecendo sobre contaminação com o vírus HIV; informativo sobre os requisitos para atendimento no SUS; e realização de cursos de línguas para os profissionais que laboram nas unidades básicas de saúde.

O município de São Paulo promulgou Lei nO. 16.478/2016 que instituiu a Política Municipal para a População Imigrante, compreendendo a articulação entre Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania da prefeitura de São Paulo (Sec Mun Dir Hum, 2016).

O objetivo é propiciar aos imigrantes acolhimento e documentação para que possam realizar a sua inclusão como beneficiários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Depreende-se ainda que as gestantes não possuem situação trabalhista regular e, portanto, também não pagavam a Previdência Social, sendo o serviço de saúde, o único amparo legal na situação para obtenção de apoio.

Não é demais lembrar que não ocorrendo recolhimento para a previdência social não há que se falar em pagamento de licença maternidade.

V. Políticas públicas voltadas ao atendimento de mulheres grávidas na cidade de São Paulo

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, órgão umbilicalmente ligado ao Sistema Único de Saúde, realizou a partir do início dos anos 2000, alterações através da edição de Portarias, Leis e Resoluções para enfrentar condições culturais diferenciadas e atender a demanda de serviços deste tipo específico de pacientes, como o Programa de Humanização do Parto em 2002 e suas atualizações (Min da Saúde, 2000).

A implementação desse trabalho, ocorreu a partir da autoavaliação dos hospitais e teve como escopo aumentar a discussão sobre a temática de atendimento à mulher parturiente estrangeira.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo através da reunião da Coordenadoria de Gestão de Contratos e Serviços em Saúde em trabalho macrorregional e do Núcleo Técnico e Articuladores de Humanização, elaboraram o documento denominado Pacto Mínimo que prevê o acesso e acolhimento, assim como tratamento digno com equipe multidisciplinar e garantia de direitos. Na tabela 1 encontramos as garantias diferenciadas para as gestantes em toda a rede de atendimento do Sistema Único de Saúde e que também tem sido incorporada pelo serviço privado de assistência a gestante (Gov Est São Paulo, 2013).

Tabela 1: Objetivos do Pacto Mínimo

1 - Acesso e acolhimento	- Ter recepção diferenciada e com ACR
2 - Regulação	- Criar e manter vínculos com unidades de referência - Rede
3 - Visita ampliada	- Ter duração mínima de 8h/dia
4 - Direito a acompanhante	- Garantir acompanhante em tempo integral e de escolha da parturiente
5 - Equipe multiprofissional	- Assegurar visão interdisciplinar
6 - Ambiência	- Assegurar privacidade e conforto para a mãe, RN e acompanhante
7 - Garantia dos direitos	- Certidão de nascimento - Recepção do RN em sala de parto - Aleitamento materno na 1 ^o . hora de vida

Fonte: saúde.sp.gov.br/humanização/áreas-temáticas/parto-e-nascimento. Adaptada pelos autores

Evidente ser importante e necessário a existência de um sistema de atendimento em saúde que pudesse garantir acesso e resolutividade de seus problemas dentro do próprio sistema único de saúde – SUS como ferramenta de alcance a população desse país miscigeno.

Necessário ponderar ainda que a realidade do pacto mínimo vem sendo discutida pela sociedade, profissionais e gestores comprometidos com o SUS.

Da mesma forma, relatamos a existência de abordagem dos temas nas últimas Conferências de Saúde e dos debates do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que resultaram em profunda análise do SUS no contexto pós-NOBs (Normas Operacionais Básicas).

Segundo informações publicadas em periódico na rede mundial de computadores (Paulo, 2016), verificou-se que o número de grávidas imigrantes aumentou em 57,2% em 2016, em comparação com o ano anterior e que o mesmo número também havia subido em 2013 para 13%, 17% em 2014, 27% em 2015 e 36% em 2016. Fato relevado no perfil das mulheres grávidas é que se manteve em 65% na faixa entre 20 a 39 anos, o que revela a condição de acolhimento e melhoria do sistema público de saúde.

Um estudo destacado em informativo virtual formulado pela Universidade de São Paulo – USP em outubro de 2015 destacou as práticas diferentes das usualmente exercidas, mormente no campo cultural como fator preponderante para melhoria de atendimento. O estudo da enfermeira peruana Rosário Avellaneda Yajahuanca, orientado pela Professora Carmen Simone Grilo Diniz destacou dentre outros tópicos a adequação intercultural como política pública, uma vez que temos um número expressivo de bolivianas e a necessidade de adequação do cuidado, com valorização da autonomia destas mulheres (Avellaneda Yajahuanca, 2015).

Considerações Finais

Pelo exposto, verifica-se que a quantidade de registros ativos é superior aos inativos e portanto, vivem no Brasil mais imigrantes regulares, assim como constatou-se alteração do fluxo migratório preponderante para a Venezuela na última década, ainda

de predominância masculina, e diminuição de registros de emprego em relação as mulheres.

O estudo concluiu a existência de políticas públicas eficientes voltadas ao atendimento da mulher gestante migrante, notadamente em São Paulo e que a inexistência de vínculo empregatício não é fator preponderante para exercício da maternidade e fluxo migratório para o Brasil e sim a existência de eficiente política pública voltada a saúde.

Conclui-se também que a universalidade do sistema público de saúde com o fornecimento de procedimento de obstetrícia e tratamento de saúde resultaram em aumento da taxa de natalidade deste recorte da população, dentre as quais foram beneficiadas a população anteriormente tida como invisível em face da implementação de documento denominado Pacto Mínimo de atenção diferenciada às gestantes e parturientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (2019). Global Trends Forced Displacement in 2018. Tomado em: www.unhcr.org/5c6fb2d04. Acesso em 12.09.19.
- AVELLANEDA YAJAHUANCA, R. S. A experiência da gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015
- CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M., Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil. Relatório Anual 2018. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2018
- CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACÊDO, M; PEREDA, L. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança pública / Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra 2019
- ___ Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Tomado em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 12.09.19
- Figura 1 – UNHCR. (2019). Global Trends Forced Displacement in 2018. Tomado em: www.unhcr.org/5c6fb2d04, p. 6
- Figuras 2 e 3 – <https://ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=series-historicas>. Acesso em 12.09.19
- Governo do Estado de São Paulo. (2018). Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Vigilância em Saúde: Imigrantes e Refugiados. Tomado em : <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/destaques/vigilancia-em-saude-imigrantes-e-refugiados>. Acesso em 12.09.19.
- Governo do Estado de São Paulo (2013). Secretaria de Estado da Saúde – Humanização – Parto e nascimento. Tomado em: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/parto-e-nascimento>. Acesso em 12.09.19

- LEMOS, B.M. New in Town (2016). Duarte Pacheco Pereira: o navegador misterioso que descobriu o Brasil. Tomado em: <https://nit.pt/coolt/05-20-2016-a-confissao-do-navegador-falamos-com-o-autor-do-livro-duarte-nuno-braga>. Acesso em 13.09.19.
- Ministério da Justiça e Segurança Pública (2019). Imigração Venezuela/Brasil. Tomado em: <http://www.pf.gov.br/servicos-pf/imigracao/apresentcao-policia-federal-ate-abril-de-2019.pdf/view>. Acesso em 15.09.19
- Ministério da Justiça e Segurança Pública (2019). Brasil registra mais de 700 mil migrantes entre 2010 e 2018. Tomado em: <https://justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1566502830.29>. Acesso em 05.10.2019
- Ministério Público Federal (2017). Migrantes no Brasil: PFDC destaca nova publicação de resolução que autoriza residência temporária no País. Tomado em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2017/marco/migrantes-no-brasil-pfdc-destaca-nova-publicacao-de-resolucao-que-autoriza-residencia-temporaria-no-pais>. Acesso em 20.09.19
- Ministério da Saúde (2000). Programa Humanização do Parto. Tomado em: <bvsm.s.saude.gov.br>. Acesso em 20.09.19
- Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. Tomado em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em 20.09.19
- Organização Internacional do Trabalho (1934). C003 - Convenção relativa ao Emprego de Mulheres antes e depois do parto (Proteção à Maternidade). Tomado em: <https://www.ilo.org/brasil/convencoes/lang--pt/index.htm>. Acesso em 23.09.19
- Organização Internacional do Trabalho (1965). C103 – Amparo à Maternidade (Revisita). Tomado em: https://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_235193/lang--pt/index.htm. Acesso em 23.09.19
- Organización Internacional del Trabajo (2000). C183 – Conenio sobre la protección de la maternidad. Tomado em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312328. Acesso em 23.09.19
- Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 21.09.19
- PAULO, P.P.(2016). Número de refugiadas grávidas em São Paulo cresceu 57% em 2016, diz estudo. Tomado em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/numero-de-refugiadas-gravidas-em-sao-paulo-cresceu-57-em-2016-diz-estudo.ghtml>. Acesso em 12.09.19
- Secretaria Estadual de Saúde. Vigilância em saúde. Tomado em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/. Acesso em 15.09.19
- Secretaria Geral das Relações Exteriores (2005). Acordo Brasil/Bolívia sobre regularização Migratória. Tomado em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/acordo_brasil-olivia_-_regularizacao_migratoria.pdf. Acesso em 28.09.19
- Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania(2016): Política Municipal para a População Imigrante. Tomado em: <https://legisweb.com.br/legislacao/?id=325960>. Acesso em 15.08.2019
- Secretaria Nacional de Justiça (2017). Refúgio em números 30. Edição. Tomado em: https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/anexos/refugio-em-nasmeros_1104.pdf. Acesso em 15.09.19
- Tabela 1 – Pacto Mínimo. <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/parto-e-nascimento>. Acesso em 15.09.19
- Taylor C. The politics of recongnition. In: Gutmann, editor. Multiculturalism and the politics of recognition. Princeton: Princeton University Press; 1992, p. 25-73.