Cristiane Batista Andrade
Fernanda Mendes Lages Ribeiro
(org.)



Para além das fronteiras: migrações, mulheres e cuidados

editora
redeunida



A **Editora Rede Unida** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede Unida**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.
Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede Unida
https://editora.redeunida.org.br/

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORAS

Cristiane Batista Andrade
Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS:

MIGRAÇÕES, MULHERES E CUIDADOS

Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves)
Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Oswaldo Cruz

Financiamento: CNPq e Ministério da Saúde

1ª Edição
Porto Alegre
2026

editora
redeunida

Copyright © 2026 by Cristiane Batista Andrade, Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede Unida
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto
Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Revisão
Tiago Estrela da Cunha Moraes

Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Imagem Capa - Bordado
Gleiciane Pereira dos Santos

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P221

Para além das fronteiras: migrações, mulheres e cuidados / Cristiane Batista Andrade; Fernanda Mendes Lages Ribeiro (Organizadoras) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

334 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.73).
E-book: 3.9 Mb; PDF

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-5462-276-9
DOI: 10.18310/9786554622769

1. Migração. 2. Saúde da Mulher. 3. Direitos Humanos. 4. Violência contra a Mulher. I. Título. II. Assunto. III. Organizadoras

NLM WA 309
CDU 613.99

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede Unida
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

A todas as migrantes que fazem das migrações caminhos possíveis para o direito à vida, rompendo fronteiras!

PREFÁCIO

ENTRE FRONTEIRAS, CORPOS E CUIDADOS: ESCREVIVÊNCIAS EM TRÂNSITO

Silviane Ramos Lopes da Silva

Há travessias que não cabem nos mapas.

Há fronteiras que não são linhas; são cicatrizes.

E há mulheres que, mesmo rasuradas pelos territórios, seguem escrevendo vida com as próprias mãos.

Este livro nasce assim: não como uma coletânea fria de textos, mas como um território vivo de vozes que caminham. Vozes que atravessam países, políticas, violências e silêncios e, ainda assim, insistem em cuidar.

Porque falar de migração, aqui, não é apenas falar de deslocamento. É falar de ruptura, de reinvenção, de sobrevivência. É falar de corpos que atravessam o mundo carregando não só malas, mas histórias, memórias, medos e sonhos. É falar de mulheres que, mesmo em trânsito, sustentam o mundo com o trabalho invisibilizado do cuidado, esse fazer cotidiano que alimenta, protege, ampara e cura.

Este livro reúne olhares interseccionais e interdisciplinares para compreender a complexidade das experiências migratórias, sobretudo de mulheres, considerando saúde, direitos, violências e políticas públicas. Mas ele vai além. Ele escuta.

E escutar, aqui, é um gesto político.

Escutar as mulheres migrantes é reconhecer que suas experiências

não são marginais; são centrais para compreendermos as engrenagens do mundo contemporâneo. São elas que revelam como raça, gênero, classe, nacionalidade e território se entrecruzam produzindo desigualdades, mas também resistências.

Na escrevivência, escrever é um ato de vida. E neste livro, cada capítulo pulsa como testemunho e denúncia, mas também como anúncio de outros mundos possíveis.

Aqui, encontramos mulheres que cuidam e são negadas de cuidado.

Mulheres que maternam em condições precárias.

Mulheres que enfrentam violências: sexual, obstétrica e institucional.

Mulheres que atravessam fronteiras para existir, amar, trabalhar, sobreviver.

Mulheres que resistem.

E resistir, nesse contexto, não é apenas permanecer viva. É inventar modos de viver.

As páginas que seguem nos conduzem por temas urgentes: o trabalho de cuidado, a atenção primária em saúde, a justiça reprodutiva, as violências, as redes de apoio, o racismo, a xenofobia, os deslocamentos forçados, as mudanças climáticas, a saúde mental. Cada capítulo revela as fissuras do sistema, mas também aponta caminhos, caminhos tecidos por profissionais, pesquisadoras(es), militantes e, sobretudo, pelas próprias mulheres em movimento.

Este livro também é feito de compromisso.

Compromisso com a garantia de direitos.

Compromisso com políticas públicas mais sensíveis, interculturais e inclusivas.

Compromisso com uma ética do cuidado que reconheça as diferenças sem transformá-las em desigualdades.

E, principalmente, compromisso com a vida.

Há algo que atravessa toda esta obra: a compreensão de que cuidar é um ato profundamente político. E quando mulheres migrantes cuidam (de outras pessoas, de suas famílias, de suas comunidades), elas estão também sustentando estruturas sociais que muitas vezes as excluem.

É nessa contradição que este livro se inscreve.

Este não é um livro para ser apenas lido. É um livro para ser sentido, atravessado, levado para dentro das práticas profissionais, acadêmicas e institucionais.

Que esta obra possa ser ponte.

Que seja também denúncia.

Mas, sobretudo, que seja semente.

Semente de políticas mais justas.

Semente de práticas mais humanas.

Semente de um mundo onde nenhuma mulher precise atravessar fronteiras para ter seus direitos reconhecidos.

E que, ao ler estas páginas, possamos compreender:

não são apenas elas que estão em movimento.

Somos todos nós.

APRESENTAÇÃO

PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS: MIGRAÇÕES, MULHERES E CUIDADOS

Cristiane Batista Andrade
Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Para sobreviver à Fronteira
deves viver sin fronteras
ser encruzilhada
(Gloria Anzaldúa)

Para Gloria Anzaldúa (2026), a fronteira é fluida, complexa, cultural, expressiva, densa e tensa; é um não ser no mundo! São lugares e caminhos onde mulheres, crianças e famílias se cruzam e (re)existem para além dos aspectos geopolíticos, que dividem e separam pessoas: as que entram e as que saem!

Assim, é a partir das contribuições de Gloria Anzaldúa, que nos acompanha desde nossos estudos iniciais sobre migrações, que nos permitimos desconstruir fronteiras. Pretendemos, mesmo que timidamente, criar, habitar e permanecer nas encruzilhadas. Gloria nos dá forças para trilhar os caminhos de uma ciência mais equânime, que nos ajude a fazer dela um ato político de produção de mundos possíveis. É ela quem nos inspira: "Escreverei sobre o não dito, sem me importar com o suspiro de ultraje do censor e da audiência. Finalmente, escrevo porque tenho medo de escrever, mas tenho um medo maior de não escrever" (Anzaldúa, 2000, p. 232).

Por isso, convidamos mulheres especiais para nos acompanhar na escrita dessa obra. Pessoas que vêm construindo e desconstruindo perspectivas, ideias e tensionamentos para inventar o cuidado à saúde de mulheres migrantes e suas famílias. São especiais, não porque possuem poderes sobrenaturais, mas sim porque são sensíveis e academicamente implicadas com o processo de fazer ciência. Um fazer ciência que envolve e se deixa envolver pelas dores do mundo. Dores expressas pelos deslocamentos territoriais, culturais, econômicos e emocionais na esperança de uma vida melhor e de novos (re)começos.

É importante ressaltar que a obra é escrita e pensada predominantemente por mulheres de diversas regiões do Brasil e do mundo. Nela encontramos as produções de brasileiras que são migrantes internas, estão em capitais ou em pequenas cidades e nasceram ou vivem em regiões das fronteiras brasileiras, de norte a sul do país, com diferentes corpos e cores e ricas trajetórias e conhecimentos. As mulheres migrantes também tecem suas artesanias de saberes e são plurais: colombianas, venezuelanas, haitianas e brasileiras no exterior, que nos presenteiam com conhecimentos produzidos de acordo com suas experiências feministas das migrações.

Com isso, a partir da pesquisa "Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre trabalho, cuidado e violências"[1], surgiu a ideia de uma obra em formato de livro, com linguagem simples e acessível e com o objetivo de apresentar e discutir temas tão necessários para o cuidado à vida de mulheres migrantes e suas famílias no Brasil e de brasileiras no exterior. Todos os capítulos são constituídos por abordagens teóricas e/ou relatos de experiência, considerando as expertises das autoras em pesquisas nas áreas da saúde coletiva e das migrações, principalmente na interface entre ciências sociais e humanas.

O livro possui 18 capítulos distribuídos em duas partes que dialogam, especialmente, com diferentes perspectivas feministas, a partir do Brasil.

1 A pesquisa é financiada pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde (Decit), processo 444419/2023-3, sob a coordenação da Profa. Dra. Cristiane Batista Andrade e coordenação adjunta das Profas. Dras. Fernanda Mendes Lages Ribeiro e Corina H. Figueira Mendes.

A primeira seção, intitulada "Cuidados, maternidades e saúde de mulheres migrantes", com 11 capítulos, apresenta as escritas e reflexões sobre cuidados, maternidades, justiça reprodutiva, aborto e saúde mental. Também aborda os direitos à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde (APS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os direitos humanos e a saúde e as instituições de acolhimento a famílias e crianças venezuelanas no país.

Nessa primeira parte, estão três importantes produções científicas realizadas por e com mulheres migrantes. As experiências de um movimento feminista migrante são apresentadas no capítulo sobre seu protagonismo pelo direito à justiça reprodutiva, com ações de informação e cuidado à saúde das migrantes. Outro capítulo trata das experiências de migrantes e pesquisadoras brasileiras acerca da elaboração de um documentário cuja centralidade é o tema do trabalho de cuidado e as maternidades. Esse relato conta com autoras migrantes protagonistas e roteiristas do material audiovisual. E, por último, um texto que traz as vivências de um grupo de profissionais da saúde pioneiro na construção de um projeto de mediação intercultural na área da saúde, na cidade de Porto Alegre (RS). As autoras e os autores analisam historicamente como se deram os processos que originaram o trabalho de mediação intercultural, pensado e realizado, especialmente, por pessoas migrantes. Além disso, historicizam a participação delas(es) na criação da profissão de mediadora e mediador intercultural na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Na segunda parte do livro, intitulada "Violências contra mulheres migrantes", com sete capítulos, as autoras apresentam temas como mulheres em deslocamentos e mercado de drogas na América Latina, mulheres e fronteiras brasileiras, deslocamentos climáticos, violência obstétrica, violência sexual, racismo, xenofobia e violências contra brasileiras no exterior. Com abordagens complexas e feministas, essa parte dialoga com a urgência da promoção do cuidado e da prevenção às violências interseccionais (Collins, 2024) contra as migrantes que estão no nosso país e as brasileiras no exterior, apontando a necessidade de elaboração de políticas públicas para os enfrentamentos ao

racismo, à xenofobia, à hipersexualização das brasileiras no Norte Global e às violências de gênero (sexual e obstétrica) e patrimonial, como aponta recente revisão de literatura sobre o tema (Andrade *et al*., 2026).

Dessa forma, convidamos todas, todos e todes que atuam no campo das migrações, cujo olhar é sensível às opressões interseccionais, a conhecerem o que temos produzido ao longo desses anos. Nossa proposta, aqui delineada, não é estanque. Assim como as fronteiras são fluidas, complexas e flexíveis, fica o convite a quem lê para compor um movimento que permita tecer novas reflexões e tensionamentos que se pautem pela garantia do direito à vida, à saúde e ao cuidado a mulheres e suas famílias que, corajosamente, se deslocam por entre encruzilhadas.

A aposta é, dessa forma, que possamos, junto à convocação de Anzaldúa, uma *mestiza*, de fronteira, cuja subjetividade é também movimento e transformação, criar estratégias-ponte flexíveis em busca da construção de um "terceiro espaço" que possa ser lar para todas as pessoas deslocadas no mundo (Anzaldúa, 2021).

Referências

ANDRADE, C. B. *et al.* Violências interseccionais e a saúde de mulheres migrantes no Brasil e de brasileiras no exterior: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, [*S. l.*], v. 42, 24 abr. 2026. Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/11335. Acesso em: 3 maio 2026.

ANZALDÚA, G. **A vulva é uma ferida aberta e outros ensaios**. Rio de Janeiro: A Bolha, 2021.

ANZALDÚA, G. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. Trad. Edna Marco. **Revista Estudos Feministas**, [*S. l.*], vol. 8, n. 1, p. 229–236, 2000. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9880. Acesso em: 10 mar. 2022.

ANZALDÚA, G. **Limiares la frontera**: a nova mestiza. Rio de Janeiro: A Bolha, 2026.

COLLINS, P. H. **Intersecções letais**: raça, gênero e violência. Trad. Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2024.

SUMÁRIO

ANDANÇAS 21

Manu Scarpa

PARTE 1 | CUIDADOS, MATERNIDADES E SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES 23

Capítulo 1

MULHERES MIGRANTES: CENÁRIOS SOBRE CUIDADOS E MATERNIDADES EM DESLOCAMENTOS 25

Cristiane Batista Andrade, Thuane Rosa do Carmo, Tatiana Giovanelli Vedovato, Edith França de Carvalho, Bárbara Santos Leitão, Isa Mariana de Almeida Saraiva

Capítulo 2

MULHERES EM DESLOCAMENTO E JUSTIÇA REPRODUTIVA: PAUTAS PARA UMA AGENDA INTERSECCIONAL NO MARCO DOS DIREITOS HUMANOS 41

Corina Helena Figueira Mendes, Mariana Holanda Rusu, Danielle Menezes da Silva, Andressa da Silva Melo, Maria Eduarda Monteiro da Silva Marques, Raisa Silva dos Santos, Alexandre José Baptista Trajano

Capítulo 3

MULHERES IMIGRANTES E SAÚDE MENTAL 61

Gabriela Mendes Cardim

Capítulo 4

DIREITO À SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUAIS CAMINHOS PERCORRIDOS PARA O CUIDADO ÀS MULHERES MIGRANTES NO BRASIL? 79

Jéssyca Félix da Silva Sampaio, Cristiane Batista Andrade, Larissa Cotrofe Santoro Nasser, Daniela Lacerda Santos, Tatiana Giovanelli Vedovato

Capítulo 5

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO ATENDIMENTO SOCIOASSISTENCIAL A MULHERES MIGRANTES 99

Valéria Cristina Gomes de Castro, Ariane Rego de Paiva, Mônica de Castro Maia Senna

Capítulo 6

MIGRAÇÃO E ABORTO: CONCEITUAÇÕES E CENÁRIOS NO BRASIL E AMÉRICA LATINA..... 116

Mônica de Castro Dantas Louza

Capítulo 7

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE DE MULHERES IMIGRANTES NO BRASIL: REFLEXÕES SOB UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL... 131

Carolina Simone Souza Adania, Kathie Njaine

Capítulo 8

INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS DE ACOLHIMENTO A FAMÍLIAS DE REFUGIADAS(OS) VENEZUELANAS(OS): DESAFIOS NO TRABALHO COM AS CRIANÇAS 149

Maria Isabel Ramos da Silva Abelson, Liane Maria Silveira, Simone Gonçalves de Assis

Capítulo 9

PROTAGONISMO DO MOVIMENTO SOCIAL DE MIGRANTES PELA JUSTIÇA REPRODUTIVA: LINHA UNIFICADA DE CUIDADO INFORMAÇÃO E APOIO – LUCIA 168

Andrea Catalina León Amaya, Manuela Arruda Galindo, Laura Queslloya, Catalina Revollo Pardo

Capítulo 10

MULHERES MIGRANTES E AS ARTESANIAS DO CUIDADO E DAS MATERNIDADES: RELATOS SOBRE A ELABORAÇÃO DE UM DOCUMENTÁRIO FEMINISTA 178

Cristiane Batista Andrade, Corina Helena Figueira Mendes, Yelitza Josefina Lafont Paredes, Margarita Campo Cuero, Ingrid Maryelin Rangel Daza, Camila Athayde de Oliveira Dias, Thuane Rosa do Carmo, Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Capítulo 11

MEDIADORAS E MEDIADORES INTERCULTURAIS PARA O CUIDADO A MIGRANTES: DA CRIAÇÃO DO PROJETO À CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO) 186

Rita Buttes, Jean Junior Thevenin, Youdeline Obas, Absa Wade, Gabriel Gerardo Lizarraga Pazos, Jessica Morales, Jenny Ilerat

PARTE 2 | VIOLÊNCIAS CONTRA MULHERES MIGRANTES 207

QUANDO A VIDA NÃO CABE 208

Cristiane Batista Andrade

Capítulo 12

MULHERES LATINO-AMERICANAS EM DESLOCAMENTO, MERCADO DE DROGAS E SAÚDE: INVISIBILIDADE E VULNERABILIZAÇÃO ... 209

Fernanda Mendes Lages Ribeiro, Mayalu Matos Silva, Liriel de Azevedo Dias Daniel

Capítulo 13

MULHERES, FRONTEIRAS E AS REDES DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA 228

Cláudia Araújo de Lima

Capítulo 14

MULHERES, DESLOCAMENTOS CLIMÁTICOS E VIOLÊNCIAS: PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE..... 241

Fernanda Mendes Lages Ribeiro, Cristiane Batista Andrade

Capítulo 15

MULHERES IMIGRANTES E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 253

Heloísa Maria Martins Pérez, Polyana Peixoto Pinheiro, Cristina Gonçalves Rodrigues, Joyce Lara Gonçalves Guedes, Munique Therense Costa de Morais Pontes

Capítulo 16

ESTRATÉGIAS PARA O ACOLHIMENTO DE MULHERES MIGRANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....267

Júlia de Almeida Roffé Borges, Emilia Miranda Senapeschi, Wini de Moura Miguel

Capítulo 17

BRASILEIRAS NO EXTERIOR NO TRABALHO DO CUIDADO: ENTRE PRECARIZAÇÕES, VIOLÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIAS 287

Camila Athayde de Oliveira Dias, Fernanda Mendes Lages Ribeiro, Cristiane Batista Andrade

Capítulo 18

MIGRAÇÃO, RACISMO E XENOFOBIA: CONSIDERAÇÕES PARA O TRABALHO EM SAÚDE 301

Camila Rodrigues Estrela

Notas das autoras 316

AnDanças

Manu Scarpa

Há dez anos
abandonei a terra natal.
Cruzei mais de mil quilômetros,
e fui ser forasteira
à beira da fronteira.

Levava na bagagem
o estudo,
a fome de aventura,
o desejo de provar
novos lugares,
novos rostos,
novos ditados e pescados.

Vivi lendas.
Dancei no vento.
Flutuei com a poeira solta
do chão batido e sofrido
de um povo sem beira.

Um povo maltratado,
roubado, humilhado,
escorraçado de sua própria terra
– e, ainda assim, Reis!

Reis de sabedoria antiga.
Reis de remédios colhidos.
Reis de amor que se espalha.

Ensinavam-me a colheita,
o tempo e sua maneira.
Aprendi…
Mas não plantei.
O saber se perdeu,
o reconhecer adormeceu.

Perguntavam-me sobre a distância,
questionavam meus porquês.
Alguns criticavam,
outros aplaudiam.
Mas todos sabiam:
coragem eu tinha,
e coração mole também.

Foram tantos os pedidos para voltar,
tantas saudades implorando presença…
E hoje, quando enfim cá estou,
são ausências.

PARTE 1

CUIDADOS, MATERNIDADES E SAÚDE DE MULHERES MIGRANTES



Capítulo 1

MULHERES MIGRANTES: CENÁRIOS SOBRE CUIDADOS E MATERNIDADES EM DESLOCAMENTOS

Cristiane Batista Andrade
Thuane Rosa do Carmo
Tatiana Giovanelli Vedovato
Edith França de Carvalho
Bárbara Santos Leitão
Isa Mariana de Almeida Saraiva

A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes
recolhe em si
as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.
A voz de minha filha
recolhe em si
a fala e o ato.
O ontem – o hoje – o agora.
Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância
o eco da vida-liberdade.
(Conceição Evaristo)

O ontem – o hoje – o agora, nas palavras de Conceição Evaristo, é um convite para pensarmos nas mulheres, em seus deslocamentos e nas questões referentes às maternidades, especialmente para o desenvolvimento

de políticas públicas de saúde e a garantia de direitos sociais e trabalhistas, que, durante muito tempo, foram e, por vezes, continuam sendo negados a elas. São essas mulheres que, na tentativa da "vida-liberdade", veem na migração as possibilidades de sobrevivência e de organização familiar, ansiando por melhores condições de vida, de trabalho e de saúde.

Tem sido na dinâmica de ouvir estas migrantes e trabalhadoras que cuidam delas que temos percebido a complexidade de ser mulher em contextos migratórios no Brasil. Temos encontrado narrativas sobre os cuidados familiares que são influenciados por suas trajetórias de migração, nas quais desenvolvem agenciamentos e estratégias individuais e coletivas ao longo de seus percursos. É no encontro com diferentes histórias de vida que nos deparamos com os seus entraves no cuidar, que devem ser considerados para a implementação de políticas públicas de cuidado.

Sendo assim, a ideia da escrita deste capítulo surge das experiências das autoras com os estudos teóricos e empíricos com mulheres migrantes que vêm sendo discutidos sob uma abordagem interseccional e dos feminismos decoloniais[1], entendendo como as diversas e complexas formas de opressão atingem estas mulheres nas suas diferentes classes sociais, nacionalidades, raças, etnias, orientações sexuais, profissões etc. (Collins; Bilge, 2021). Este aspecto é de extrema relevância, pois, no Brasil, encontramos mulheres com diversas motivações para o deslocamento, com *status* migratórios diferenciados e experiências que dialogam com as opressões interseccionais e, de certa forma, podem influenciar as suas existências como migrantes.

Logo, a proposta deste capítulo não é generalizar ou homogeneizar estas vivências, mas problematizar teoricamente os obstáculos que enfrentam face à maternidade, pois as atividades de cuidado familiar são complexas, assim como os fluxos migratórios. Como dito anteriormente, entendemos que as

1 A importância da interseccionalidade, a partir das produções de Collins e Bilge (2021), para os estudos sobre trabalhadoras migrantes na América Latina, está mais bem expressa na produção da primeira autora: ANDRADE, C. B. Trabalhadoras migrantes latino-americanas e violências: rumo a uma visão interseccional? Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 28, p. 3279-3285, 3 nov. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YdhB9KtRpxrFphpBDZsXNdB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 fev. 2024.

diferentes nacionalidades, classes sociais, raças e etnias, saberes, experiências e costumes das migrantes direcionam como o cuidado é realizado por elas; portanto, não pretendemos esgotar a temática.

Ressaltamos que a maternidade envolve não somente os aspectos biológicos, mas também as dinâmicas sociais, históricas e culturais que são tão diversas, sendo entendida como "[…] um fenômeno social marcado pelas desigualdades sociais, raciais/étnicas, e pela questão de gênero que lhe é subjacente" (Scavone, 2005, p. 172). De acordo com Scavone (2005), as experiências das mulheres com relação à maternidade não são homogêneas e estão relacionadas às mudanças sociais, econômicas e políticas de um determinado período. No entanto, o que fica evidente é que as mulheres são as responsáveis socialmente pela reprodução da vida, desde a concepção até o cuidado de filhos(as) (Scavone, 2005), sejam pequenos(as) ou não.

Falar de maternidade é contextualizar o trabalho de reprodução social, que abarca as ações para a manutenção da vida, como alimentar, organizar a casa e cuidar, exigindo tempo e recursos emocionais e financeiros. Historicamente, são as mulheres as responsáveis por estes cuidados, fazendo com que, diante da impossibilidade de cuidarem de suas famílias e/ou filhas(os), contratem outras mulheres para que exerçam estas funções. Assim, são as mais pobres, migrantes, negras e indígenas que são contratadas para o exercício do cuidado familiar, e nem sempre são bem remuneradas (Arruza; Bhattacharya; Fraser, 2022; Andrade *et al.*, 2026).

É por meio da perspectiva histórica e social que nos aproximamos de autoras feministas como Silvia Federici (2023), que ressalta o trabalho reprodutivo influenciado pelo processo de desenvolvimento do capitalismo, especialmente nas sociedades colonizadas, como é o caso da América Latina, com a superexploração de corpos no mundo do trabalho, precarização da vida e exercício do trabalho de cuidado não remunerado, incluindo a maternidade, que, como afirma a autora, deve ser uma decisão política das mulheres. O processo histórico da colonização foi árduo e violento, sobretudo com negras(os)

e indígenas, o que ainda traz influências em seus modos e condições de vida. Vivenciamos a sobrecarga e a exploração do trabalho, a precariedade da vida, o desemprego, a falta de moradia, o aumento dos transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade, suicídios etc., que atingem, predominantemente, as mulheres pobres, negras e indígenas (Federici, 2023).

Esta dinâmica da sobrecarga de trabalho das mulheres está relacionada com o fato de terem que trabalhar de maneira remunerada, muitas vezes, precariamente, em postos de trabalho em atividades de prestação de serviços, no comércio e no trabalho de cuidado. Associado a isso, elas também têm que atender às necessidades do cuidado familiar, da casa, de filhas(os) fora do horário de seus empregos: "[…] o trabalho doméstico não desaparece quando trabalhamos fora de casa" (Federici, 2023, p. 56). Ou seja, as atividades domésticas são realizadas à noite, aos finais de semana e nos horários de folga. É preocupante o fato de elas realizarem gratuitamente estas tarefas e, a depender do país, não há ou são escassas as políticas públicas de cuidado às pessoas de diversas faixas etárias, como a oferta de creches, escolas e instituições para idosas(os). São as mulheres também que enfrentam os trabalhos precários e sem direitos trabalhistas, como a licença-maternidade ou médica (Federici, 2023).

Na sociedade contemporânea, o que vemos são situações que se aproximam ou se afastam da parentalidade tradicional, ou seja, aquela em que as mulheres/mães são as responsáveis pelos cuidados emocionais e afetivos e pela criação e educação dos filhos e os homens/pais são aqueles que são encarregados da subsistência econômica familiar, configurando cada qual a maternidade e a paternidade, respectivamente. Salientamos que, de acordo com Zapata Martínez (2020), socialmente, a responsabilização do cuidado dos filhos recai sobre as mães, mas também sobre as avós, tias, primas e/ou outras mulheres. Evidentemente, a parentalidade pode ocorrer de outras formas, pois as práticas familiares se dão de acordo com as mudanças sociais, políticas e culturais, e, no caso da migração, os arranjos familiares são uma realidade nas vidas de muitas pessoas que se deslocam (Zapata Martínez, 2020). Não é

incomum que mulheres que são mães solo sejam as responsáveis pelo cuidado familiar e pela maternidade, como veremos adiante.

Portanto, compreendendo o trabalho de cuidado como uma atividade intensa que exige grande responsabilidade, atenção, conhecimentos e que envolve relações afetivas e familiares (Hirata, 2022), pretendemos, neste capítulo, analisar os obstáculos e as estratégias de cuidado desenvolvidas pelas migrantes e suas famílias face aos processos migratórios, no que diz respeito à maternidade e ao cuidado familiar. Dessa maneira, para o desenvolvimento deste texto, primeiramente, traremos a discussão sobre mulheres em deslocamentos e os desafios da maternidade e, em seguida, sobre mulheres migrantes, maternidade, sobrecarga de trabalho e emoções.

Mulheres em deslocamentos e os desafios da maternidade

Enquanto escrevemos este capítulo, percebemos os impactos das ações da presidência dos Estados Unidos da América (EUA), que, ao assumir a gestão em 2025, intensificou as estratégias de opressão contra migrantes no país, além de coibir todas as formas de entrada e permanência de migrantes pobres, negras(os), indígenas, latinas(os) e/ou do Sul Global no país.

No Brasil, têm sido comuns as notícias nas redes sociais sobre as deportações de brasileiras(os) nos EUA, em total desrespeito aos direitos humanos fundamentais, em que nossas(os) conterrâneas(os) foram algemadas(os) em território estadunidense a caminho do Brasil, sendo acolhidas(os) imediatamente pelas autoridades brasileiras (Conjur, 2025). Assim, podemos imaginar os inúmeros sentimentos que permeiam as vidas destas pessoas ao serem deportadas e de tantas outras que experienciam os processos migratórios, que nem sempre são escolhidos por elas. Muitas vezes, é a necessidade de migrar que torna o caminho possível para a vida em outros países.

Nesse sentido, o processo de migração, sobretudo a forçada, ou seja, aquela que envolve a necessidade de se deslocar por motivos de violências ou situações que impliquem riscos à integridade física e/ou moral, muitas vezes sem possibilidade de escolha, denotando certa urgência em deixar a terra natal e envolvendo traumas (Santos, 2014), pode intensificar ainda mais os desafios que as mulheres enfrentam. Isso porque, ao se deslocarem, elas tendem a se reorganizar individualmente ou coletivamente para trabalhar e cuidar da família e/ou filhas(os), especialmente quando o país de destino não garante o acesso às políticas públicas de cuidado e de trabalho para migrantes (Andrade *et al.*, 2026).

Com relação às motivações para a migração, entendendo-a como um fenômeno psicossocial, as jovens migrantes também podem ter sentimentos de esperança de sair da pobreza e de ter filhas(os) em outro país com a possibilidade de ter uma vida melhor, agenciando caminhos e desejos para a formação familiar e a obtenção de emprego (Pizzinato *et al.*, 2013).

Autoras com experiências em atividades sindicais apontam a precariedade do trabalho de mulheres migrantes, com baixos salários, que impõe como realidade o endividamento, caracterizado por empréstimos bancários com juros exorbitantes, mesmo sabendo dessa relação de "exploração financeira" (Pimentel *et al.*, 2023, p. 130), que, na realidade, são dívidas para a sobrevivência no país de destino, caracterizando a "[…] colonização da reprodução social pelo sistema financeiro" (Pimentel *et al.*, 2023, p. 131). Esta perversidade da sociedade capitalista impõe um círculo vicioso: quanto mais endividadas, mais as mulheres sentem a necessidade de permanecer em empregos precários. Sem contar que as dívidas são contraídas com a finalidade de se deslocar para outro lugar com perspectivas de melhoria de vida, especialmente com gastos de passagens, moradia, envio de dinheiro à família, despesas com filhas(os), dentre outros (Pimentel *et al.*, 2023).

É importante ressaltar o fato de muitas mulheres serem mães solo, termo que, de acordo com Janaína Feijó, corresponde àquelas que cuidam de suas filhas(os) sem o companheiro, com pouca ou nenhuma rede de apoio e

com a predominância de serem as responsáveis pelo cuidado. Os números de mães solo brasileiras aumentaram entre os anos de 2012 e 2022: de 9,6 milhões para 11,3 milhões, ou seja, um aumento de 17,8%, sendo as mulheres negras das regiões Norte e Nordeste aquelas que mais compõem estes dados. Além disso, grande parte (72,4%) mora sozinha com suas(seus) filhas(os); 54,3% têm o ensino fundamental e só 14% o ensino superior (Feijó, 2023). Estes achados corroboram uma recente revisão de literatura sobre o trabalho de cuidado e a maternidade de migrantes, na qual as jovens que são mães solo, solteiras ou divorciadas são as responsáveis pelas suas famílias e/ou filhas(os), apontando a pouca produção científica sobre seus companheiros e/ou pais de suas crianças (Andrade *et al*., 2026).

Outra questão para a discussão da maternidade e os deslocamentos de mulheres é que a busca pelo cuidado de si e de pessoas da família é um dos motivos para migrar. No documentário *Adelante*[2] *– A luta das venezuelanas refugiadas no Brasil*, elas relatam as dificuldades econômicas na terra natal, sendo necessária a migração para outro país para que possam ter acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, as decisões para migrar envolvem aspectos subjetivos e materiais, como a possibilidade de ofertar cuidados às(aos) suas(seus) filhas(os). Algumas vivenciam a maternidade solo sem contar com a presença do genitor para os subsídios financeiros ou para o exercício da paternidade (Adelante, 2020).

O que fica evidente nas narrativas dessas migrantes é o quanto a responsabilidade pelo cuidado, construída socialmente, é assumida por elas, apontando os desafios na dinâmica familiar no cenário da migração. Portanto, é comum o desejo de estar com as pessoas da família: "Meu sonho é estar junto da minha família, trabalhar e que algum dia eu possa conseguir uma casinha aqui, viver com eles, viver tranquila" (Adelante, 2020). Esta afirmativa é corroborada por pesquisa que evidencia o quanto as mulheres migrantes tendem a lidar com o cuidado familiar, mas também com a necessidade de adaptações no país de destino (Bandeira; Oliveira, 2024).

2 Para conhecer o filme, acesse: https://www.youtube.com/watch?v=GEUC-_PI_nQ

É também no exercício da maternidade que as migrantes cuidam de seus filhos(as), frequentemente, sem o apoio familiar ou o acesso a creches, escolas e espaços para lazer. Devido à necessidade econômica, elas buscam emprego para a subsistência familiar, podendo ter dificuldades para trabalhar e cuidar da família, sendo comuns as barreiras para seguirem com os estudos diante das demandas da maternidade no país de destino (Pizzinato *et al*., 2013; Dornelas, 2022; Andrade *et al.*, 2026).

É importante dizer que, face aos deslocamentos das mulheres e às complexas mudanças que vivenciam no cuidado familiar, defendemos que os países devem desenvolver políticas públicas com vistas ao direito à migração e ao cuidado familiar. Assim, ressaltamos que, no Brasil, estamos em um momento de iminência da promulgação da Política Nacional de Cuidados no Brasil, que objetiva a proposição de ações para que todas as pessoas tenham acesso ao cuidado, entendendo-o na relação entre quem cuida e de quem é cuidada(o), com a necessidade de garantir as condições de trabalho adequadas às pessoas que cuidam, livres da exploração do trabalho e da precarização das relações de trabalho; proporcionar o direito à formação profissional para o cuidado; estar livre das violências raciais, do sexismo, do capacitismo, do idadismo e de outras violências que acometem quem cuida e quem é cuidada(o), e fomentar a corresponsabilidade do cuidado por homens e mulheres (Brasil, 2024).

Entretanto, convém ressaltar que, na referida política, não há menção às mulheres que se deslocam internamente ou para outros países para realizarem o trabalho de cuidado, o que corrobora a necessidade de se entender os processos migratórios, as condições de trabalho, a saúde e as violências sofridas por estas trabalhadoras que intensificam as suas vulnerabilizações (Andrade *et al.,* 2026).

O tema da maternidade aparece na II Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia (COMIGRAR), realizada no Brasil em 2024, com a finalidade de construir políticas públicas para essas populações, tendo a participação de migrantes. Nesse evento, as pautas das mulheres e do cuidado

expressam a necessidade de garantir que elas e suas famílias sejam contempladas com políticas públicas, incluindo o desenvolvimento e a implementação da Política Nacional de Cuidados, a proteção à maternidade transnacional, o acesso à Rede Cegonha e ações de cuidado e prevenção às violências de gênero, entre outros programas (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024).

Portanto, se são as mulheres pobres, negras, indígenas e migrantes que se deslocam para trabalhar e tendem a conciliar o trabalho com a maternidade, é importante que elas estejam respaldadas por políticas públicas que assegurem o acesso à saúde, à educação e a condições dignas de trabalho (Andrade *et al.*, 2026), além de espaços educativos para suas/seus filhas(os).

Mulheres migrantes, maternidade, sobrecarga de trabalho e emoções

É consenso na literatura que, com as mudanças advindas nos processos migratórios, há necessidade de rearranjos familiares e, na maternidade, estes são realizados, sobretudo, pelas mulheres, uma vez que são elas que cuidam ou se organizam para que filhos e/ou parentes possam ser cuidados enquanto trabalham. Na chegada ao país de destino, procuram emprego, geralmente na área de prestação de serviços, como no trabalho doméstico e no cuidado de idosos e/ou crianças (Assis, 2007; Andrade *et al.*, 2022; Andrade *et al.*, 2026).

Neste contexto, não é incomum que as migrantes se sintam culpadas por deixarem seus filhos na terra natal, longe das redes de apoio e da família, pois são elas que lidam com os poucos recursos financeiros, com a dinâmica do tempo, com a responsabilização pelo cuidado familiar e com as emoções decorrentes do deslocamento e dos desafios enfrentados (Dornelas, 2022). Além disso,

> [...] pressões sociais que se inserem nesses circuitos, tanto por parte de atores no país de origem, quanto nos locais de destino. Isso ocorre

> tanto por meio do julgamento dessas mães por criarem os filhos distantes da família, quanto pela expectativa de uma migração "bem-sucedida" (em termos do envio de remessas, por exemplo), e pela dificuldade que algumas mulheres enfrentam para desempenhar outros trabalhos para além daqueles voltados ao cuidado não remunerado (Dornelas, 2022, p. 113).

É também na dinâmica da responsabilização do cuidado familiar que as migrantes tentam se manter próximas de familiares no país natal, quer seja por meio do envio de recursos financeiros, quer seja prestando o cuidado à distância. Diante disso, ressaltamos que, embora os processos migratórios influenciem a dinâmica familiar (Zapata Martínez, 2020; Dornelas, 2022), as migrantes também entendem a maternidade como afeto, amor e solidariedade (Dornelas, 2022). Ademais, ter que lidar com os distanciamentos físicos e/ou afetivos face aos seus deslocamentos faz com que se sintam culpadas pelas "ausências", tendo que (re)organizar o cuidado familiar, que poderá ser prestado por outras pessoas na terra natal (Zapata Martínez, 2020).

No contexto migratório, de maneira geral, observa-se:

> Com o distanciamento físico, as práticas familiares são desencarnadas e desterritorializadas, e são produzidos processos de interação mediados que requerem o uso de diferentes mídias e recursos que transitam no espaço transnacional para manter relacionamentos e laços à distância (Zapata Martínez, 2020, p. 101, tradução livre).

Zapata Martínez (2020) relata que, embora haja o distanciamento físico decorrente dos processos migratórios, isso não significa que haja o afastamento emocional e de cuidado familiar, ou seja, a aproximação física não é sinônimo de vínculo emocional, e vice-versa. Nesse sentido, há mudanças familiares, mas que tendem a ser ajustadas para que a conectividade entre pais, mães, filhas(os), familiares ocorra por meio do uso de celulares, redes sociais, WhatsApp etc., com comunicação verbal ou escrita (Zapata Martínez, 2020). Esta reflexão nos faz pensar também sobre a dinâmica da classe social, pois, a

depender das condições financeiras e econômicas das mulheres, nem sempre é possível ter um aparelho celular e/ou a manutenção de uma rede de internet para que se mantenha a comunicação delas com as famílias.

Como propõem Bandeira e Oliveira (2024), a perspectiva interseccional, dessa maneira, mostra que as diferenciações das experiências migratórias das migrantes moldam os seus percursos migratórios e o acesso aos serviços e aos direitos que possuem. Estas mulheres tentam conciliar o cuidado familiar, o trabalho no país de destino e as mudanças na vida, enfrentando barreiras e desafios importantes (Bandeira; Oliveira, 2024).

As contradições vividas nos processos migratórios também são expressas por brasileiras na Europa, pois estas sentem dificuldade por não poderem cuidar de seus familiares no Brasil, tendo que lidar com a distância e com o adoecimento e/ou morte, sendo uma das motivações para voltar à terra natal. Estas mulheres relatam preocupação com os familiares por estarem longe de casa, além de sentimentos de culpa, solidão e impotência. Outro ponto de destaque é sobre o cuidado de seus filhos que não as acompanham, mostrando o quanto o processo de migração é sofrível e impacta as suas vidas e as de seus familiares. As migrantes sentem as adversidades para a entrada e a permanência no mercado de trabalho diante da ausência ou da escassez de rede de apoio para o cuidado familiar, do machismo ou da xenofobia (Faria; Portugal, 2023).

O que se percebe é que as dificuldades de migrantes jovens latino-americanas na Europa também perpassam a necessidade de obter renda para que seus filhos sejam cuidados e educados, o que nem sempre ocorre. O fato de estarem desempregadas coloca um "peso" sobre a vida destas mulheres. A depender do *status* migratório, da falta de apoio social, de trabalho e de formação educacional, "[…] mais difícil era assumir papéis maternos adultos, embora outros elementos do início da vida adulta estivessem presentes" (Pizzinato *et al.*, 2013, p. 252, tradução livre). Por outro lado, as migrantes podem se sentir mais seguras quando conseguem estabelecer ligações afetivas

com outras pessoas no país de destino, aprendem outras línguas e culturas e conseguem ofertar educação pública de qualidade a seus/suas filhos(as) (Faria; Portugal, 2023).

Pensar na maternidade no contexto migratório é também reconhecer as múltiplas jornadas de trabalho que estas mulheres assumem, sejam elas produtivas, no mercado informal e/ou precarizado, sejam reprodutivas, ligadas ao cuidado cotidiano e à manutenção da vida (Federici, 2019). Sobrecarga[3] aqui é entendida como a aplicação de uma força superior ao que se pode suportar, ultrapassando os limites do razoável. Nesse cenário, é urgente, então, perguntar: quais são os efeitos deste esgotamento contínuo sobre os corpos destas mulheres-mães migrantes? Quais marcas ficam nos seus corpos e subjetividades, atravessadas por violências estruturais, pela invisibilidade e pela solidão do cuidado?

Estes efeitos não se expressam apenas no adoecimento físico, mas também na produção de um estado de esgotamento mental, com elevados níveis de estresse, além de sintomas recorrentes de depressão e angústia, resultado das intensas exigências físicas e emocionais associadas às suas múltiplas jornadas de trabalho (Andrade *et al*., 2026). A intersecção entre maternidade e migração intensifica a precariedade das condições de vida e de trabalho, frequentemente marcadas pela informalidade, insegurança e ausência de políticas públicas que assegurem condições dignas de existir, transferindo para estas mulheres a responsabilidade de suprir, individualmente, as demandas que deveriam ser de ordem coletiva. Trata-se de um cenário que evidencia uma distribuição social desigual do cuidado e a reprodução de lógicas coloniais, que seguem reservando às mulheres negras, pobres e migrantes as atividades de cuidado. Há uma continuidade histórica na exploração do trabalho reprodutivo, que tem raízes na escravidão e se atualiza nas trabalhadoras do cuidado (Segato, 2021).

3 DICIONÁRIO MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Verbete: sobrecarga. São Paulo: Melhoramentos. Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/sobrecarga/. Acesso em: 2 jun. 2025.

Considerando as mães migrantes nesse contexto, vemos como esta lógica se expande, atribuindo a elas as funções de cuidado que sustentam a vida de outras famílias, sem garantir visibilidade, proteção e sustento de si e dos seus próprios filhos. A sobrecarga materna contribui para a construção de um cotidiano em que o tempo pessoal se dissolve. O tempo é atravessado pelas urgências da casa onde trabalham, das crianças de que cuidam e dos deslocamentos que enfrentam e, raramente, por momentos de descanso, autocuidado ou lazer (Andrade *et al.*, 2022).

Como dito anteriormente, diante desse cenário, em que o tempo é pouco, os salários são insuficientes e há ausência de redes de apoio, como creches públicas para dar suporte ao cuidado dos filhos, o endividamento se torna uma estratégia de sobrevivência dentro dos processos migratórios, gerando uma sobrecarga que surge no desamparo estrutural, uma vez que elas se veem obrigadas a recorrer a empréstimos informais, cartões de crédito, "compras fiadas" ou consignados, muitas vezes em condições de juros abusivos e que aprofundam sua vulnerabilização. A dívida é também uma forma de submeter estas mulheres a uma obrigatoriedade de se manterem trabalhando, muitas vezes em condições precárias, atuando como um dispositivo de exploração (Pimentel *et al.*, 2023). O endividamento, ao se articular com o trabalho reprodutivo, revela uma forma específica de violência financeira de caráter machista, que se alimenta da feminização da pobreza e da ausência de autonomia material (Instituto Eqüit, 2020).

Nos processos migratórios, o que se percebe é uma realidade marcada pela colonização financeira da vida cotidiana. Como apontam Pimentel *et al.* (2023, p. 131):

> Dizemos que a dívida não é em absoluto algo extraordinário, trata-se de dívida para viver. Chamamos essa situação em que nos encontramos atualmente de colonização da reprodução social pelo sistema financeiro. É uma forma de sujeição política que implica também uma economia anímica particular: estar nervosa, ansiosa, não poder dormir, ficar preocupada e de mau humor, e todas essas

> formas de sofrimento psíquico trazidas pela dívida. Assim, se falamos de exploração financeira, o que se explora concretamente? Explora-se a nossa energia vital.

A sobrecarga, portanto, é material, simbólica e estrutural, visto que carrega o peso de uma maternidade solitária, de uma luta diária pela sobrevivência e da responsabilização individualizada de problemas que são coletivos. Manifesta-se ainda no cansaço extremo, nas dores crônicas e na exaustão provocada pelo acúmulo de tarefas laborais e domésticas que exigem o corpo em constante movimento.

Nos aspectos emocionais, expressam-se ansiedade, angústia, solidão da maternidade solo e tensão constante para garantir a sobrevivência dos filhos em contextos adversos, diante de parcas políticas públicas que assegurem condições dignas de existência. Entendemos, assim, que o esgotamento experimentado pelas migrantes não é apenas uma condição subjetiva individual, mas resultado de um sistema que explora desigualdades históricas de gênero, raça e classe, reproduzidas em contextos de mobilidades e ausências de políticas públicas efetivas.

Considerações finais

Percebemos, ao longo deste capítulo, ainda que de maneira breve, o quanto as mudanças territoriais, geográficas, culturais, sociais, linguísticas, trabalhistas, dentre outras, trazem repercussões não apenas na dinâmica do cuidado familiar, mas nos aspectos emocionais e de saúde de mulheres migrantes. Estas mudanças envolvem mobilizações subjetivas, como ter que lidar com as distâncias emocionais, geográficas e culturais que podem ocasionar ansiedade, medo e solidão, por exemplo.

Não é incomum que estas mulheres contraiam dívidas para que realizem seus deslocamentos, ao mesmo tempo em que precisam de empregos

no país de destino para que possam garantir a subsistência familiar e até mesmo pagar pelo cuidado e educação de suas filhas(os). É nos processos migratórios que elas vão construindo as suas trajetórias, muitas vezes, pela necessidade de migrar face às violências que sofrem, à fome, à precariedade de vida e de trabalho. Entretanto, também é por meio da construção de ligações afetivas que têm esperanças de uma vida melhor, estabelecendo amizades e se integrando socialmente e no mundo do trabalho.

Debater o tema da maternidade e o cuidado familiar é urgente e necessário para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas às mulheres migrantes. Entendendo os processos migratórios como complexos, em que as mudanças na organização da vida, sobretudo a familiar, influenciam as trajetórias destas mulheres, é fundamental garantir o direito à maternidade, ao cuidado e à educação de filhas(os). Além disso, o cuidado de si, a continuidade da formação, dos estudos e um trabalho digno devem estar nas pautas para a garantia de direitos.

Logo, possibilitar que elas possam ser ouvidas enquanto protagonistas de movimentos sociais por esses direitos e oportunizar a participação delas na construção de políticas públicas são caminhos profícuos para a luta pelos direitos humanos. Este desafio deve ser enfrentado pelas políticas públicas brasileiras para que elas e suas(seus) filhas(os) possam fazer valer as palavras de Conceição Evaristo: "Na voz de minha filha se fará ouvir a ressonância o eco da vida-liberdade".

Referências

ADELANTE – A LUTA DAS VENEZUELANAS REFUGIADAS NO BRASIL. [*S. l.*: *s. n.*], 20 jun. 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=GEUC-_PI_nQ. Acesso em: 9 maio 2025.

ASSIS, G. O. Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero, redes sociais e migração internacional. **Revista Estudos Feministas**, v. 15, n. 3, p. 745-772, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2007000300016. Acesso em: 11 set. 2026.

ANDRADE, C. B.; SANTOS, D. S.; BITENCOURT, S. M.; VEDOVATO, T. G. Migrações, trabalho de cuidado e saúde de cuidadoras: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, e10, p. 1-13, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2317-6369000007020. Acesso em: 11 set. 2026.

ANDRADE, C. B.*et al.* Jovens migrantes no trabalho de cuidado: condições de trabalho, saúde e mobilidades na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, [*S. l.*], vol. 31, núm. 8, p. e20162024, 2026. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232026000802201&tlng=pt. Consultado en: 1 sep. 2026.

ARRUZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. **Feminismo para os 99%:** um manifesto. São Paulo: Boitempo, 2022.

BANDEIRA, C. M.; OLIVEIRA, M. A maternidade nos estudos sobre migração internacional: uma revisão das pesquisas no Brasil. **Anais do V Seminário Nacional de Sociologia do PPGS/UFS – Sociologia e internacionalização**: explorando novos horizontes e desafios, p. 508-526, out. 2024. Disponível em: https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/21770. Acesso em: 9 maio 2025.

BRASIL. **Projeto de Lei n° 2762 de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Projetos/Ato_2023_2026/2024/PL/pl-2762.htm. Acesso em: 19 dez. 2024.

CONJUR. **Lewandowski critica algemas em brasileiros deportados dos EUA**. Consultor Jurídico. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2025-jan-26/lewandowski-critica-algemas-em-brasileiros-deportados-dos-eua/. Acesso em: 19 fev. 2025.

DORNELAS, P. "Minha família é minha filha": cuidados, gênero e maternidade nas trajetórias de mulheres migrantes no Brasil. **Périplos**: Revista de Investigación sobre Migraciones, Brasília, v. 6, n. 2, p. 102-131, 2022.

FARIA, M. D. D.; PORTUGAL, S. Migração, gênero e maternidade: narrativas autobiográficas de mulheres que emigraram do Brasil. **Ex aequo** – Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres, [*S. l.*], n. 47, p. 205–222, 2023. Disponível em: https://exaequo.apem-estudos.org/artigo/migracao-genero-e-maternidade. Acesso em: 13 maio 2025.

FEDERICI, S. **Além da pele**: repensar, refazer e reivindicar o corpo no capitalismo contemporâneo. Tradução de Jamille Pinheiro. São Paulo, SP: Editora Elefante, 2023.

FEDERICI, S.; GAGO, V.; CAVALLERO, L. (orgs.) **Quem deve a quem?** Ensaios transnacionais de desobediência financeira. Tradução de Igor Peres. São Paulo, SP: Editora Elefante, 2023.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução:** trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2019.

FEIJÓ, J. Mães solo no mercado de trabalho. **Blog do IBRE,** 2023. Disponível em: https://blogdoibre.fgv.br/posts/maes-solo-no-mercado-de-trabalho. Acesso em: 28 maio 2025.

HIRATA, H. **O cuidado**: teorias e práticas. São Paulo: Boitempo, 2022 (Mundo do trabalho).

INSTITUTO EQÜIT. **O sistema financeiro e o endividamento das mulheres**. Rio de Janeiro: Instituto Eqüit, 2020. Disponível em: https://www.equit.org.br/novo/wp-content/

uploads/2020/06/O-sistema-financeiro_web.pdf. Acesso em: 02 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **II Comigrar. Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia**. [Brasília]: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/migracoes/participacao-social-1/comigrar/cadernos-com-propostas-priorizadas/2COMIGRARCadernoFinal1_compressed1.pdf. Acesso em: 28 maio 2025.

PIMENTEL, R. *et al.* Rumo a um sindicalismo imigrante e feminista contra a dívida. In: FEDERICI, S.; GAGO, V.; CAVALLERO, L. (org.). **Quem deve a quem?** São Paulo: Elefante, 2023, p. 127–144.

PIZZINATO, A. *et al.* Inmigración y procesos en la transición a la vida adulta en jóvenes latinoamericanas. **Psicología desde el Caribe**, [*S. l.*], v. 30, n. 2, p. 236-256, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n2/v30n2a03.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

SANTOS, E. C. Territorialidades de la migración forzada: los espacios nacionales y transnacionales como estrategia política. **Espacialidades**: Revista de temas contemporáneos sobre lugares, política y cultura, [*S. l.*], v. 4, n. 1, p. 197-221, 2014. Disponível em: https://scholar.google.com/scholar?q=%22Territorialidades+de+la+migraci%C3%B3n+forzada%22. Acesso em: 11 set. 2026.

SEGATO, R. **Crítica da colonialidade em oito ensaios**: e uma antropologia por demanda. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

ZAPATA MARTÍNEZ, A. Maternidades y paternidades transnacionales: una reflexión desde los procesos de interacción mediada. **Revista Colombiana de Sociología**, [*S. l.*], v. 43, n. 1, p. 81-107, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.15446/rcs.v43n1.78954. Acesso em: 23 maio 2025.

Capítulo 2

MULHERES EM DESLOCAMENTO E JUSTIÇA REPRODUTIVA: PAUTAS PARA UMA AGENDA INTERSECCIONAL NO MARCO DOS DIREITOS HUMANOS

Corina Helena Figueira Mendes
Mariana Holanda Rusu
Danielle Menezes da Silva
Andressa da Silva Melo
Maria Eduarda Monteiro da Silva Marques
Raisa Silva dos Santos
Alexandre José Baptista Trajano

Introdução

Este capítulo tem como objetivo propor aos leitores uma reflexão crítica sobre pautas para uma agenda de justiça reprodutiva, em que gênero e mobilidade se configuram como eixos centrais para compreender as dinâmicas e os fluxos nos processos para a garantia e a efetividade dos direitos reprodutivos afirmados como direitos humanos.

Segundo Enrique Coraza Santos, em entrevista a pesquisadoras brasileiras, o conceito de mobilidade se configura como um paradigma recente, que envolve, por um lado, o ato de se deslocar e, por outro, o conceito de espaço. Quando uma pessoa se desloca, ela o faz a partir de um lugar e para

outro, mas também deve ser considerada uma terceira dimensão que o autor denomina como "espaço futuro" (Santos *et al.*, 2025).

A mobilidade envolve um processo de transformação que vai além do que abarca a noção clássica de migração, em que se considera apenas o local de partida e o de destino; ela envolve também a "dimensão do trânsito" (Santos *et al.*, 2025). Ao se deslocar, uma pessoa leva consigo algo que não se restringe à materialidade das coisas; vão com ela suas memórias e afetos, uma bagagem individual e um saber, tramas e esperanças coletivas, que envolvem a historicidade dos que a antecederam, assim como projeções de futuro para aqueles que estão por vir na constituição de suas relações familiares e comunitárias.

A compreensão a partir da perspectiva conceitual da mobilidade pode inclusive englobar a corporalidade (Santos *et al.*, 2025), já que os efeitos subjetivos das experiências de deslocamento se expressam nos corpos das pessoas e por meio deles, produzindo marcas que podem ser traumáticas e resultantes de violências nas esferas das relações públicas e privadas, produzindo novas formas de agenciamento.

Neste capítulo abordamos quatro questões que se configuram como pautas para uma agenda de justiça reprodutiva de mulheres em deslocamento e suas interfaces com estudos sobre violências, saúde reprodutiva, cidadania e proteção de crianças e adolescentes.

Estas pautas são trabalhadas no escopo deste texto como cenas-caso, considerando a reflexão sobre mobilidade proposta por Santos *et al.* (2025), que envolve mulheres em deslocamento no Brasil e em Portugal, brasileiras no exterior e em movimento, em que o conceito de espaço futuro e a dimensão do trânsito são elementos-chave para a ampliação do conceito de migração na configuração de uma agenda interseccional de justiça reprodutiva no marco dos direitos humanos.

Direitos humanos, equidade e políticas públicas

Todas as pessoas possuem direitos fundamentais, reconhecidos internacionalmente como direitos humanos. Três princípios fundantes dos direitos humanos são: o princípio da inviolabilidade, que se refere à proteção da vida humana, de toda e qualquer pessoa; o princípio da autonomia, que reconhece que toda pessoa é livre, desde que seus atos não prejudiquem outra pessoa; e o terceiro, o princípio da dignidade, que é o núcleo de todos os direitos. Esses princípios afirmam a condição de cada pessoa, independentemente de sua cidadania, seu lugar de origem e onde esteja no mundo, como detentora dos direitos humanos (Mendes, 2022).

Porém, para que os direitos humanos não sejam uma abstração, é necessário que seus princípios estejam expressos e normatizados por meio dos marcos legais locais, o que na maior parte dos Estados nacionais se dá por meio de suas constituições. A Constituição brasileira de 1988 contempla em seus princípios os valores fundantes dos direitos humanos e afirma que, perante a lei, brasileiros e estrangeiros residentes no país têm direitos iguais. Para que os direitos humanos se concretizem no cotidiano de cada pessoa, é preciso que sejam construídos meios para sua efetividade. As políticas públicas constituem um desses meios, caminhos para que a equidade e a justiça ocorram, que devem observar as necessidades específicas de determinados grupos e de cada pessoa, inclusive as situações produzidas pelas suas condições e características biológicas, sociais e relacionais, assim como pelas vulnerabilidades em que estejam vivendo, seus valores e contextos socioculturais. É por meio das políticas públicas que os direitos fundamentais se tornam ações (Mendes *et al.*, 2023).

Não é escolha, é estrutura: justiça reprodutiva e interseccionalidade

Justiça reprodutiva é um conceito construído no processo de negociações e lutas emancipatórias dos movimentos feministas negros estadunidenses na década de 1990, que criticavam os limites do discurso liberal dos direitos reprodutivos, centrado exclusivamente na noção de escolha individual, chamando a atenção para a necessidade de abordá-los de forma articulada às discussões sobre justiça social (Ross, 2017).

Esses debates ganharam espaço público na década de 1990, quando ocorreram a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Plataforma do Cairo (1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), em que os limites conceituais de direitos reprodutivos e direitos sexuais estavam sob intensa negociação para serem afirmados como direitos humanos e, assim, estarem garantidos sob seus princípios e centrados na dignidade humana, na autodeterminação, na liberdade e na autonomia das pessoas sobre seus corpos (Mendes, 2022).

Loretta Ross sistematiza a justiça reprodutiva a partir de três princípios indissociáveis: 1. o direito de decidir se e quando ter filhos; 2. o direito de não ter filhos, por meio do acesso a métodos contraceptivos, aborto legal e seguro ou abstinência; e 3. o direito de criar os filhos em ambientes seguros, saudáveis e livres de violência por parte de indivíduos ou do Estado (Ross, 2017).

Essa formulação evidencia que a reprodução não é um processo meramente biológico, mas profundamente político, atravessado por estruturas de poder como racismo, sexismo, colonialismo, classismo e regimes migratórios.

Para além de um conceito, justiça reprodutiva se configura como um marco teórico-político fundamental para a compreensão das iniquidades e desigualdades que repercutem na efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, especialmente quando analisadas a partir de uma perspectiva interseccional (Brandão; Lowenkron; Carneiro, 2025). Collins e Bilge (2020)

referem que a interseccionalidade e os direitos reprodutivos estão intimamente ligados e trazem diálogo e reflexão acerca da importância da atenção à diversidade e às necessidades individuais de cada mulher.

Ao longo das últimas décadas, a utilização do marco da justiça reprodutiva se estendeu para além da problematização das questões exclusivamente de mulheres negras e grupos racializados, sendo aplicada numa perspectiva interseccional como ferramenta analítica, política e de transformação social de outros grupos marginalizados. No caso das mulheres em deslocamento, as chamadas decisões reprodutivas são atravessadas por inseguranças e dúvidas, que se estendem para além de suas condições de vida, vulnerabilidades nos países de origem e mesmo de seus desejos e planos. Há incertezas relacionadas à efetividade de seus direitos nos países de destino (Mendes *et al.*, 2023).

Cabe ainda sinalizar a entrada em cena do conceito de governança reprodutiva, que chama a atenção para a dimensão política da reprodução humana como questão do Estado e de mercado, que utilizam recursos legais para a coerção, o controle e o monitoramento dos comportamentos reprodutivos e para o "borramento das fronteiras" entre o público e o privado (Fonseca *et al.*, 2021).

Cena-caso 1: "Turismo de parto: cidadania, interculturalidade e desafios para os serviços de saúde"

Nas últimas décadas, têm-se observado fluxos de deslocamento internacional de gestantes que passaram a ser chamados de "turismo de maternidade" ou "turismo de parto". As motivações para esse comportamento são variadas. Em parte, este trânsito se justifica pela busca por assistência no pré-natal e no nascimento de forma mais respeitosa e segura, especialmente quando os países de residência das gestantes apresentam altas taxas de

mortalidade materna (MM) e indicadores de qualidade de assistência neonatal ruins. Em alguns casos, envolve deslocamento de pessoas que buscam proteção ou privilégios futuros por meio da escolha da cidadania de seus filhos, que poderá ser extensiva aos seus genitores no futuro (Ruseishvili, 2021).

Os Estados Unidos foram um destino bastante procurado nas primeiras décadas do século XXI, antes das políticas discriminatórias intensificadas na atual gestão do governo Trump. Para lá se deslocavam chinesas, especialmente para o sul da Califórnia, movimentando cifras milionárias nesta modalidade de turismo (Wall Street Journal, 2015). Outro fluxo observado neste país foi o das gestantes russas para Miami, amplamente divulgado em redes sociais, cujos bebês eram denominados "americantsy", palavra que designa pessoas com ambas as identidades e cidadanias russa e americana. A 14ª Emenda da Constituição estadunidense diz que qualquer pessoa nascida em solo estadunidense é automaticamente cidadã, seguindo a doutrina jus soli. A criança tem, assim, todos os direitos de um cidadão americano, podendo, ao completar 21 anos, patrocinar o pedido de visto de residência permanente (*green card*) de seus pais (NBC, 2018).

No direito internacional há duas doutrinas que determinam a nacionalidade e a cidadania de uma pessoa ao nascer: *jus soli* (direito pelo local de nascimento) e *jus sanguinis* (direito pela ascendência familiar). Há países que seguem um destes princípios e outros, como o Brasil, que seguem os dois, sendo possível que sejam brasileiros aqueles que nasçam no país, assim como os filhos de brasileiros nascidos no exterior, e ainda, que brasileiros tenham dupla nacionalidade (Mialhe, 2018).

Atualmente, observa-se um crescente fluxo de gestantes que se deslocam de seus países de origem para o Brasil, em virtude do que se entende ser turismo de parto (Ruseishvili, 2021). O deslocamento humano na modalidade de turismo não se caracteriza como crime, a não ser quando envolve atividades ilegais, de acordo com normativas do direito internacional e de cada país.

Braun (2023) realizou uma reportagem jornalística com uma mulher russa que relatou ter buscado o Brasil durante sua segunda gestação, em busca de assistência ao parto humanizado. A matéria cita que, atualmente, agências especializadas facilitam esse tipo de deslocamento, com a oferta de serviços de tradução, auxílio para encontrar moradia, indicação da equipe médica, obtenção de documentos e até motorista particular, dentre outros serviços.

O turismo de parto implica desafios para os profissionais de saúde envolvidos no cuidado materno e neonatal, desde o período gestacional até o parto e pós-parto. Os aspectos culturais das mulheres em deslocamento são extremamente importantes para os cuidados e para a oferta de assistência qualificada no pré-natal, parto e puerpério, demandando o acolhimento e a escuta ativa dos saberes e crenças das puérperas migrantes e suas famílias para que a relação de comunicação seja efetiva (Herrero *et al.*, 2022).

A assistência à saúde de pessoas em deslocamento requer o desenvolvimento de políticas e estratégias de mediação intercultural que garantam a oferta de cuidado respeitoso, seguro e equânime, independentemente da motivação para o deslocamento. É preciso ainda que se transcenda a ideia de cultura pensada apenas nos aspectos da nacionalidade, etnicidade e língua (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019).

Para Ramos (2017), uma comunicação culturalmente eficiente tende a contribuir para melhorar o funcionamento dos serviços de saúde, e os profissionais de saúde precisam conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades sociais e comunicacionais e buscar o entendimento do quanto suas crenças e valores repercutem nos comportamentos e práticas de cuidados individuais.

Weissmann (2018) reforça a importância da reflexão crítica no que se refere ao reconhecimento do outro de forma legítima, com o intuito de quebrar barreiras da xenofobia e afirmar o valor da interculturalidade.

Cena-caso 2: "Quando o parto é política: colonialidade da saúde e violência obstétrica em Portugal"

A violência obstétrica, enquanto categoria conceitual relativamente recente, tem-se consolidado em legislações e iniciativas de defesa dos direitos humanos em diferentes regiões do mundo. Trata-se de uma categoria epistêmica potente, ainda que polissêmica, que nomeia práticas de desumanização, abuso e coerção vivenciadas por pessoas que engravidam ao longo do ciclo gravídico-puerperal, particularmente em contextos institucionais de saúde (Bohren *et al.*, 2015). Apesar do número de casos que vêm a público e de sua maior identificação e denúncia, a violência obstétrica enfrenta resistência para ser reconhecida institucionalmente e pelos profissionais de saúde como uma expressão de violência de gênero nos sistemas de saúde, que atuam frequentemente marcados por práticas hierárquicas, tecnocráticas e discriminatórias. Ela está associada à sobremedicalização do parto e a concepções de gênero que desvalorizam o corpo reprodutivo, manifestando-se por intimidação, negligência, procedimentos sem consentimento informado e abuso verbal ou físico (Sadler *et al.*, 2016; Sesia, 2020).

Enquanto episteme, a violência obstétrica evidencia a natureza estrutural das relações de poder que atravessam a biomedicina e a ginecoobstetrícia, especialidade historicamente patriarcal (Rusu *et al.*, 2024). Corpos que gestam são objetificados e silenciados, reforçando hierarquias profissionais e de gênero. No campo da saúde materna, esses mecanismos de poder são ainda mais intensos sobre corpos migrantes e racializados. No caso de mulheres brasileiras migrantes em Portugal, pesquisas apontam discriminações no pré-natal, parto e pós-parto, negação de informações essenciais e barreiras de acesso a serviços de saúde (Rusu *et al.*, 2024; 2025).

Essas dinâmicas se intensificam em contextos de políticas migratórias restritivas, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, aprofundando a vulnerabilidade institucional de corpos migrantes durante o ciclo gravídico-

puerperal (Bassel; Khan, 2021). No Reino Unido, o chamado "ambiente hostil" exemplifica como a exclusão de migrantes racializados do acesso a direitos básicos compromete diretamente a saúde materna (Feldman, 2021). Em Portugal, em 2024, partidos de extrema-direita tentaram aprovar medidas limitando o acesso de cidadãos não residentes ao Serviço Nacional de Saúde, justificando a restrição pelo suposto "turismo de saúde" (Alarcão; Pintassilgo, 2025).

Esses fenômenos devem ser compreendidos à luz da colonialidade da saúde, historicamente estruturada sobre hierarquias de raça, gênero e poder. O sistema moderno-colonial de gênero mantém o abuso e a desumanização de corpos migrantes, submetendo-os compulsoriamente às demandas reprodutivas do Estado-nação, enquanto tecnologias de gênero internalizam desde a infância a ideia de não pertencimento, naturalizando maternidade, casamento e trabalho doméstico como inclinações "naturais" para determinado gênero (Góes, 2025).

Em março de 2025, a Lei n.º 33/2025 entrou em vigor, definindo e combatendo a violência obstétrica, tornando Portugal pioneiro na Europa. A lei estabelece que a violência obstétrica envolve práticas físicas ou verbais desumanizadoras, abuso da medicalização e patologização de processos naturais, prevendo medidas como a erradicação da episiotomia de rotina, a exigência de consentimento informado e a criação de uma Comissão Multidisciplinar para os Direitos na Gravidez e no Parto. Apesar do avanço, a lei rapidamente enfrentou contestação política. Partidos de direita e extrema-direita alegaram risco à autonomia médica e suposta "criminalização" da prática clínica, apoiados por setores da Ordem dos Médicos. A pressão política travou a tentativa de consolidação, e organizações feministas denunciaram a intenção de revogação como retrocesso, evidenciando resistência cultural e institucional enraizada nos sistemas de saúde europeus (Portugal, 2025).

Nesse mesmo contexto, governos de extrema-direita e discursos nacionalistas reforçam barreiras ao acesso de mulheres migrantes à saúde sexual e saúde reprodutiva, incluindo interrupção voluntária da gravidez, contracepção

e cuidados pré-natais (Amnistia Internacional Portugal, 2025). Em Portugal, dados de 2023 indicam que 32,9% das interrupções voluntárias das gravidezes foram realizadas por mulheres não nativas (Direção-Geral da Saúde, 2024), evidenciando desigualdades interseccionais persistentes. Essa conjuntura demonstra que os direitos podem reproduzir ou transformar valores sociais dominantes, refletindo disputas de hegemonia e desigualdades estruturais.

A interseccionalidade se mostra ferramenta analítica crucial para identificar eixos de poder e subordinação, enquanto normas jurídicas refletem sistemas de valores hegemônicos que excluem corpos marginalizados de recursos e participação igualitária. A violência obstétrica emerge como expressão de regimes de cuidado hierarquizados, atravessados por colonialidade, racismo estrutural e discriminação de gênero, gerando sofrimento psicológico, perda de autonomia e reprodução de desigualdades, especialmente para mulheres migrantes cujas trajetórias reconfiguram o acesso ao cuidado.

Cena-caso 3: "Mortalidade materna e migrantes no Brasil: a que distância estamos do ODS 3?"

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 da Agenda 2030 trata de "Saúde e bem-estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades." Nele há a meta 3.1, que busca reduzir a taxa de mortalidade materna (TMM) global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Observa-se que houve redução significativa da TMM global de 328 em 2000 para 197 em 2023, sendo a taxa de redução anual (TRA) neste período de 2,2%. Entretanto, para atingir o previsto para 2030, seria necessário que a TRA fosse de 14,8% (WHO, 2025). Cada país signatário da Agenda pactuou suas metas locais, tendo o Brasil acordado reduzir a TMM para 30 (IPEA, 2018).

No período entre 2000 e 2023, a menor redução da TMM observada por região ocorreu na América Latina e Caribe (16,8%) (WHO, 2025). Esses

dados preocupantes devem ser analisados considerando-se os processos históricos dos países da região, que, durante séculos, experimentaram sucessivas violências oriundas do colonialismo que engendrou políticas que continuam a drenar suas riquezas e comprometer o seu desenvolvimento. O cenário se agrava quando se analisa a MM entre pessoas em deslocamento na região, mais suscetíveis a uma série de determinantes sociais que as colocam em uma situação de maior vulnerabilidade a essa violação de direitos humanos (Silva *et al.*, 2025).

As grandes ondas migratórias contemporâneas para o Brasil foram impulsionadas pelo terremoto no Haiti, em 2010, e pela crise humanitária na Venezuela, em 2016, tornando essas populações de migrantes mais expressivas no país (Lamy *et al.*, 2023). Alves *et al.* (2019) realizaram pesquisa entre 2014 e 2015 com a participação de 440 haitianos na Grande Cuiabá (MT), sendo a maioria homens. A busca por atendimento foi significativamente maior por mulheres, pessoas com maior renda, maior tempo de residência no Brasil e melhor compreensão da língua portuguesa. Estes dados permitem inferir que mulheres haitianas, recém-chegadas, com menor renda e dificuldades linguísticas, tendem a não acessar os serviços de saúde ou a acessá-los mais tardiamente. No caso de gestantes, o início tardio do acompanhamento pré-natal implica a perda da oportunidade de manejo precoce de complicações comuns da gestação, como as síndromes hipertensivas, e de complicações pontuais, como as pneumonias que tanto elevaram a MM durante a pandemia.

No caso das mulheres venezuelanas, a migração para o Brasil foi acompanhada por resposta institucional mais estruturada, com a criação da Operação Acolhida, que facilitou o acesso inicial à documentação e aos serviços de saúde. Soma-se a isso a proximidade linguística e o fato de grande parte das pessoas ter migrado acompanhada de familiares (87%), o que favorece redes de apoio mínimas durante a gestação. Assim, ainda que enfrentem barreiras e violências ao longo do deslocamento, a combinação entre acolhimento institucional, inserção mais precoce no Sistema Único de Saúde (SUS) e maior

facilidade de comunicação pode contribuir para uma menor TMM entre venezuelanas quando comparadas a outros grupos migrantes (Lamy *et al.*, 2023).

A dificuldade para acessar serviços de saúde em seu país foi apontada por venezuelanas em 2023 como um dos principais motivos para o deslocamento, o que torna o Brasil um destino atraente pelo acesso gratuito e universal ao SUS. Estima-se que 8% das venezuelanas chegaram grávidas ao Brasil e, ainda que elas não tenham deixado seu país de origem como gestantes, podem descobrir a gravidez ao longo do deslocamento, em um contexto de ameaça de seus direitos sexuais e reprodutivos (Lamy *et al.*, 2023).

No Brasil, durante a Pandemia de covid-19, foi restringida a entrada de imigrantes, de maneira que o fluxo migratório de diferentes populações foi interrompido ou reduzido (Lamy *et al.*, 2023). Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre a manutenção de serviços voltados para a saúde sexual e reprodutiva, essas recomendações foram ignoradas no Brasil. A política ultraconservadora, antigênero e antidireitos, se traduziu no aumento da MM, marcador das desigualdades sociais, que se exacerbou, passando as gestantes a serem consideradas como grupo de risco (Pimenta *et al.*, 2021). Nesse período, aumentaram os casos de MM indireta, em face de complicações respiratórias, e, entre as imigrantes no Brasil, as nacionalidades com maior TMM foram a haitiana e a venezuelana, respectivamente.

Cabe dizer que, no Brasil, as principais causas obstétricas diretas da MM (hipertensão, hemorragias, infecções e abortos inseguros) se mantiveram tanto para as mulheres em deslocamento (61,25%) quanto para brasileiras (66,42%). São condições cujo risco, em grande parte, está associado às iniquidades sociais que são determinantes da injustiça reprodutiva (Pescarini *et al.*, 2023).

Ainda que todas sejam imigrantes, as condições não são as mesmas e até mesmo entre as mais vulneráveis existem diferenças econômicas e de acesso à segurança, à saúde e à proteção social. Enquanto o cuidado continuar organizado quase exclusivamente para populações com domicílio fixo, a gravidez em deslocamento seguirá sendo tratada como exceção e não como

importante problema de saúde pública a ser enfrentado de forma articulada e intersetorial pelos três âmbitos de gestão: federal, estadual e municipal.

À luz da Agenda 2030, a criação da meta 3.1 parte do reconhecimento de que a MM é evitável e configura violação dos direitos humanos. Contudo, quando a meta é aplicada ao contexto da mobilidade humana, a escassez de dados sobre o tema evidencia que metas nacionais e indicadores globais não traduzem a realidade de corpos em trânsito e as consequentes iniquidades em saúde.

Cena-caso 4: "Violência doméstica, Brasil e as Mães de Haia"

Mães de Haia é a denominação dada a mulheres que migraram para o exterior, estabeleceram vínculos familiares com cônjuges de outra nacionalidade e que retornaram ao Brasil com seus filhos, geralmente fugindo de situações de violência doméstica no país em que residiam. Por não terem o consentimento do outro genitor, elas acabam sendo frequentemente criminalizadas como "sequestradoras internacionais", com base na Convenção sobre os Aspectos Civis do Sequestro Internacional de Crianças, conhecida como Convenção de Haia (Brasil, 2000; Rocha; Pereira, 2024).

Os relatos de Andrade (2025) sobre mulheres apoiadas pelo Grupo de Apoio a Mulheres Brasileiras no Exterior (GAMBE) revelam como a aplicação da Convenção de Haia não considera as profundas assimetrias de gênero e as lógicas xenófobas, que aprofundam a vulnerabilidade de brasileiras no exterior. Para caracterizar a complexidade desses processos, seguem dois casos acompanhados pelo GAMBE.

O primeiro retrata uma estudante brasileira residindo no Canadá que, apesar da violência física comprovadamente sofrida durante a gestação e o puerpério, enfrentou a inércia do sistema judiciário canadense e a aplicação rígida da Convenção de Haia. Após ela retornar ao Brasil para cuidar do pai

enfermo, a violência doméstica foi desconsiderada em favor do critério de "residência habitual" da criança, culminando na repatriação compulsória do seu filho de três anos e meio. As repercussões na saúde e na vida da criança envolveram regressões comportamentais, perda do conhecimento da língua materna e a redução da convivência com a mãe a visitas supervisionadas, evidenciando como a aplicação da norma jurídica pode perpetuar os sistemas de opressão por meio da manutenção do controle do agressor e da vigilância punitiva sobre a maternidade (Andrade, 2025).

O segundo caso revela uma faceta ainda mais dramática da violência doméstica, envolvendo o confinamento de uma brasileira em uma zona rural da China, onde ela viveu sob o domínio absoluto do marido e de sua família. Neste cenário, a violência de gênero foi potencializada por uma negação do direito materno e das crianças, pois o nome da mãe foi omitido das certidões de nascimento dos filhos, tornando-a legalmente inexistente na vida pública das crianças e privando-a de qualquer direito parental. Além do isolamento linguístico e da falta de recursos financeiros, a tentativa de buscar auxílio institucional resultou em uma intervenção policial ineficaz que agravou a situação de vulnerabilidade da mulher. Este caso exemplifica como a negligência estatal e o deslocamento internacional podem ser utilizados como mecanismos de aprisionamento, impedindo qualquer forma de proteção efetiva ou ruptura com o ciclo de abusos extremos (Andrade, 2025).

Essas mulheres enfrentam circunstâncias produtoras de injustiça reprodutiva, resultante da articulação de sistemas perpetradores de iniquidades sociais, uma vez que a criminalização por suposto "sequestro" nega a autonomia necessária para o exercício da maternidade em condições dignas e seguras e, em alguns casos, nega a proteção da criança, devolvendo-a ao ambiente onde a violência doméstica ocorre, caracterizando o que Rocha e Pereira (2024) denominam "paradoxo jurídico das mães de Haia".

Dados indicam que 98% das mulheres processadas por sequestro internacional no Brasil foram vítimas de violência doméstica, evidenciando

que dispositivos de proteção infantil internacional operam como mecanismos de controle que criminalizam a busca por autonomia e segurança pessoal para si e para seus filhos (Furquim *et al.*, 2025). Ao ignorar assimetrias de poder, a aplicação rígida de normas internacionais converte o exercício da maternidade em punição, cerceando a efetivação da justiça reprodutiva e aprofundando a vulnerabilidade de brasileiras e seus filhos.

Como apontam Brandão, Lowenkron e Carneiro (2025), a justiça reprodutiva depende de condições materiais e políticas que garantam o cuidado e a proteção. Ao ignorar ou não reconhecer as experiências prévias de violência, os mecanismos jurídicos institucionalizam a negação da capacidade protetiva dessas mulheres, transformando o cuidado em objeto de escrutínio jurídico e violando princípios fundamentais da justiça social. A análise interseccional da cena-caso das mães de Haia evidencia que sua vulnerabilidade resulta da sobreposição de gênero, raça, classe e nacionalidade, dentre outros fatores, frequentemente desconsiderados na aplicação descontextualizada e xenófoba da Convenção. Ao negligenciar a perspectiva de gênero, o sistema jurídico internacional produz uma cisão artificial entre a proteção da mulher e da criança, ignorando os impactos da violência doméstica direcionada às mães sobre o bem-estar infantil (Andrade, 2025; Silveira; Silva; Brasil, 2025).

Os debates em torno dessa grave violação de direitos humanos têm mobilizado atores institucionais e da sociedade civil na defesa de reformas jurídicas mais sensíveis à violência de gênero e à necessidade de proteção de crianças e adolescentes. No Brasil, destacam-se o Projeto de Lei nº 565/2022, que propõe o reconhecimento expresso da violência doméstica como exceção ao retorno previsto na Convenção de Haia, e a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 7.686, em tramitação no Supremo Tribunal Federal, que questiona interpretações que desconsideram esse contexto (Rocha; Pereira, 2024). A problematização da aplicabilidade do ordenamento jurídico internacional no Brasil e a mobilização de atores e organizações da sociedade civil têm colocado o país em posição de protagonista nessa pauta de uma

agenda de justiça reprodutiva para mulheres brasileiras mães em situação de ameaça ao seu direito de exercer a maternidade.

Sob a ótica da saúde pública, a lógica jurídica que criminaliza mães como "sequestradoras" gera um profundo sofrimento ao impor separações forçadas, deslocamentos compulsórios e a deslegitimação dos relatos de abusos, configurando uma violência estrutural que atravessa as instituições, impacta corpos, rompe vínculos afetivos e compromete os projetos de futuro das mulheres e de seus filhos (Pontes; Braga; Jorge, 2022).

Considerações finais

Ao articular direitos reprodutivos, justiça social e direitos humanos, a justiça reprodutiva desloca o foco da decisão abstrata para as condições materiais, políticas e simbólicas que tornam certas escolhas possíveis e outras inviáveis. Ela é uma ferramenta discursiva, um dispositivo que permite ampliar o debate sobre desigualdades sociais e iniquidades e uma análise interseccional sobre diversos marcadores sociais da diferença.

Mulheres que têm seus corpos marcados pelo racismo e pela xenofobia vivenciam situações e condições produtoras de vulnerabilidades que não concorrem entre si; elas acontecem concomitantemente, se articulam, se interseccionam e se ampliam.

No marco dos direitos humanos, a concretização dos direitos sexuais e direitos reprodutivos não se circunscreve à existência de declarações normativas, mas depende da sua implementação efetiva em políticas públicas e serviços de saúde. Para além das reformas normativas, uma agenda interseccional de justiça reprodutiva requer políticas integrais que reconheçam as vulnerabilidades comuns de mulheres em contextos de deslocamento.

Referências

ALARCÃO, V.; PINTASSILGO, S. Acesso à saúde para migrantes: justiça social e reprodutiva em Portugal. **Nascer em Portugal (blog)**, 7 jan. 2025. Disponível em: https://nascer.pt/2025/01/07/acesso-a-saude-para-migrantes-justica-social-e-reprodutiva-em-portugal/#_ftn1. Acesso em: 20 dez. 2025.

ALVES, J. F. de S.; MARTINS, M. A. C.; BORGES, F. T.; SILVEIRA, C.; MURARO, A. P. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na Grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4677-4686, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/gKTKwbtPpQFtvKG8Td6XpMn/. Acesso em: 18 jan. 2026.

AMNISTIA INTERNACIONAL PORTUGAL. Uma opção sem escolha. 2025. Disponível em: https://www.amnistia.pt. Acesso em: 20 dez. 2025.

ANDRADE, R. A. Convenção de Haia: aspectos civis do sequestro internacional de crianças. In: GONSALVES, T. A. (org.). **Alienação parental**: uma nova forma de violência de gênero contra mulheres e crianças na América Latina e Caribe. Ribeirão Preto, SP: FDRP-USP, 2025.

ARIAS, R. H.; ORTIZ BARREDA, G.; CARRASCO PORTIÑO, M. Maternity care through the eyes of Southern European immigrant parents in Norway. **Gaceta Sanitaria**, v. 36, n. 2, p. 111-117, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.004. Acesso em: 11 set. 2026.

BASSEL, L.; KHAN, K. Migrant women becoming British citizens: care and coloniality. **Citizenship Studies**, v. 25, n. 4, p. 583-601, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13621025.2021.1926075. Acesso em: 11 set. 2026.

BOHREN, M. A. *et al.* The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLOS Medicine**, v. 12, n. 6, e1001847, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847. Acesso em: 11 set. 2026.

BRANDÃO, E. R.; LOWENKRON, L.; CARNEIRO, R. G. (orgs.). **Justiça reprodutiva**: desafios interseccionais na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025.

BRASIL. Decreto n. 3.413, de 14 de abril de 2000. Promulga a Convenção sobre os Aspectos Civis do Sequestro Internacional de Crianças. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3413.htm. Acesso em: 19 jan. 2025.

BRAUN, J. Por que cada vez mais russas viajam ao Brasil para dar à luz. **G1**, 25 mar. 2023. Disponível em: https://g1.globo.com/mundo/noticia/2023/03/25/por-que-cada-vez-mais-russas-viajam-ao-brasil-para-dar-a-luz.ghtml. Acesso em: 17 jan. 2026.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a análise dos registos de interrupção da gravidez 2023**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.dgs.pt/documentos-relatorios/relatorio-sobre-a-analise-dos-registos-de-interrupcao-da-gravidez-2023.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

FELDMAN, R. NHS charging for maternity care in England: its impact on migrant women. **Critical Social Policy**, v. 41, n. 3, p. 447-467, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0261018320964795. Acesso em: 11 set. 2026.

FONSECA, C.; MARRE, D.; RIFIOTIS, F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 61, 2021. Disponível em: https://journals.openedition.org/horizontes/5650. Acesso em: 19 jan. 2026.

FURQUIM, S. *et al.* Entre o ideal e a realidade: a Convenção de Haia e a violência contra mulheres e crianças. In: GONSALVES, T. A. (org.). **Alienação parental**: uma nova forma de violência de gênero contra mulheres e crianças na América Latina e Caribe. Ribeirão Preto, SP: FDRP-USP, 2025.

GÓES, E. F. Política dos corpos, (in)justiça reprodutiva e o sistema moderno colonial de gênero. In: BRANDÃO, E. R.; LOWENKRON, L.; CARNEIRO, R. G. (orgs.). **Justiça reprodutiva**: desafios interseccionais na saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025. p. 41-57.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. de O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 82-90, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/N9VB6SJs3Yxfnyyv3kQcDbt/. Acesso em: 20 dez. 2024.

HERRERO, A. R.; ORTIZ-BARREDA, G.; CARRASCO, P. M. Maternity care through the eyes of Southern European immigrant parents in Norway. **Gaceta Sanitaria**, v. 36, n. 2, p. 111-117, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.004. Acesso em: 20 nov. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **ODS: metas nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**: proposta de adequação. Brasília, DF: IPEA, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 23 jan. 2026.

LAMY, Z. C. *et al.* **ReGHID**: saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes migrantes venezuelanas no Brasil: sumário executivo. [S. l.]: Fiocruz; UFMA, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.35078/3B7S4N. Acesso em: 9 maio 2025.

MENDES, C. H. F. *et al.* Migrantes venezuelanas no Brasil: diálogos sobre maternidade, saúde e direitos reprodutivos. In: JUBILUT, L. L. *et al.* (orgs.). **Direitos humanos, vulnerabilidade e cidadania**. Boa Vista, RR: UFRR, 2023.

MENDES, C. H. F. **Perspectivas históricas e dimensões dos direitos humanos**. 2. ed. [S. l.]: Fundo de Populações das Nações Unidas; Projeto Enlace; IFF/Fiocruz; UNFPA, 2022. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Q3pHJ1Nk054. Acesso em: 10 jan. 2026.

MIALHE, J. L. A nacionalidade originária e a questão da dupla nacionalidade: *jus soli* e *jus sanguinis* em perspectiva histórica. **Revista Videre**, Dourados, MS, v. 10, n. 20, p. 205-225, jul./dez. 2018. Disponível em: https://ojs.ufgd.edu.br/videre/article/view/8176/4891. Acesso em: 22 jan. 2026.

NBC NEWS. Birth tourism brings Russian baby boom to Miami. [S. l.], 2018. Disponível em: https://www.nbcnews.com/news/us-news/birth-tourism-brings-russian-baby-boom-miami-n836121. Acesso em: 14 jan. 2026.

PESCARINI, J. M. *et al.* Mortality among over 6 million internal and international migrants

in Brazil: a study using the 100 Million Brazilian Cohort. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 20, 100455, 2023. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00029-7/fulltext. Acesso em: 25 jan. 2026.

PIMENTA, D. N. *et al.* Leituras de gênero sobre a Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C. (org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 159-170.

PORTUGAL. Lei n.º 33/2025, de 31 de março. Reconhece e previne a violência obstétrica e promove os direitos das mulheres na gravidez, parto e pós-parto. **Diário da República**, 1.ª série, n. 64, p. 62-65, 31 mar. 2025. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/lei/33-2025-185707142. Acesso em: 15 jan. 2026.

ROCHA, L. S.; PEREIRA, M. H. F. M. O paradoxo jurídico das mães de Haia: de vítimas a sequestradoras internacionais de seus filhos. **Revista CNJ**, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 147-164, 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/ojs/revista-cnj/article/view/608. Acesso em: 17 jan. 2026.

ROSS, L. J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. **Souls**, v. 19, n. 3, p. 286-314, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634. Acesso em: 11 set. 2026.

RUSEISHVILI, S. Parir para evitar fronteiras: turismo de parto de mulheres russas no contexto do regime de controle global de mobilidades. In: FAZENDO GÊNERO 12, 2021, Florianópolis. **Anais eletrônicos** [...]. Florianópolis: Seminário Internacional Fazendo Gênero 12, 2021. p. 1-12. Disponível em: https://www.fg2021.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/fg2020/1624627269_ARQUIVO_7736635b027746ddbe49e481da4e9382.pdf. Acesso em: 17 jan. 2026.

RUSU, M. H.; NOGUEIRA, C.; TOPA, J. B. Obstetric violence: reproductive and sexual health trajectories of racialised Brazilian women in Portugal. **Social Sciences**, v. 14, n. 2, 109, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.3390/socsci14020109. Acesso em: 11 set. 2026.

RUSU, M.; HOLANDA, C. N.; TOPA, J. Pregnancy, childbirth, and postpartum experiences of racialised Brazilian women in Portugal: an analysis of obstetric violence as gender-based violence. **Sexes**, v. 5, p. 611-637, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3390/sexes5030033. Acesso em: 11 set. 2026.

SADLER, M. *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 47, p. 47-55, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002. Acesso em: 11 set. 2026.

SANTOS, E. C. de los *et al.* Migrações e deslocamentos humanos: conceitos para a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 4, e240725pt, 2025.

SESIA, P. Naming, framing, and shaming through obstetric violence: a critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. In: GAMLIN, J. *et al.* (eds.). **Critical medical anthropology**: perspectives in and from Latin America. London: UCL Press, 2020. p. 222-247.

SILVA, Z. P. *et al.* Excesso de óbitos maternos entre imigrantes durante a pandemia no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], 2025. Disponível em: https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/excesso-de-obitos-maternos-entre-imigrantes-durante-a-pandemia-no-

brasil/19569?id=19569. Acesso em: 28 jan. 2026.

SILVEIRA, N. H. A. da; SILVA, M. V. T. da; BRASIL, B. G. de F. A. A proteção da mulher vítima de violência doméstica no sequestro internacional de crianças. **Revista Eletrônica da OAB-RJ**, [S. l.], 2025.

WALL STREET JOURNAL. Federal agents raid alleged "maternity tourism" businesses catering to Chinese. [S. l.], 2015. Disponível em: https://www.wsj.com/articles/us-agents-raid-alleged-maternity-tourism-anchor-baby-businesses-catering-to-chinese-1425404456. Acesso em: 14 jan. 2026.

WEISSMANN, L. Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v. 26, n. 27, p. 21-36, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Trends in maternal mortality 2000 to 2023**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: WHO, 2025. 132 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462. Acesso em: 23 jan. 2026.

Capítulo 3

MULHERES IMIGRANTES E SAÚDE MENTAL

Gabriela Mendes Cardim

Introdução

Estima-se que, no Brasil, 1,7 milhão sejam imigrantes (Brasil, 2025a), categoria amplamente definida como alguém que se desloca por motivos de sua própria vontade. No ordenamento jurídico brasileiro, a emissão de acolhida humanitária para pessoas de países afetados por crises humanitárias ou conflitos, como Haiti, Síria, Afeganistão e Ucrânia, ou residência temporária para cidadãos de países fronteiriços, a exemplo de Venezuela, Guiana e Suriname, classifica pessoas de origem desses países como imigrantes, embora o deslocamento nada, ou quase nada, tenha de voluntário nesses casos e a condição de vulnerabilidade as equipara a pessoas vivendo em situação de refúgio. Desde 2017, o país se tornou o terceiro que mais recebe venezuelanas e venezuelanos na América do Sul, com aproximadamente 650 mil nacionais do país vizinho vivendo em território brasileiro (Brasil, 2025b).

Este capítulo pretende discutir a saúde mental de mulheres refugiadas e imigrantes, trazendo os determinantes específicos da imigração, divididos em violência de gênero, apoio social, determinantes estruturais e violações de direitos, e recomendações para responder a essas demandas.

O texto a seguir é resultado adaptado de uma pesquisa de mestrado conduzida a partir de revisão sistemática de literatura em bases de pesquisa internacionais (Cardim, 2021), o que nos trouxe inúmeros artigos de autores

estrangeiros, os quais conduziram pesquisas ora em países com sistemas públicos de saúde, ora não, alguns em contextos humanitários de maior complexidade e precariedade do que o exemplo brasileiro na fronteira com a Venezuela. Portanto, é preciso ter em mente que alguns dos achados podem se aproximar ou se afastar da realidade brasileira.

Perspectivas em saúde mental no contexto do deslocamento internacional

Ao pensarmos nas dinâmicas de deslocamento internacional, as mulheres refugiadas e imigrantes põem à prova o modelo de Estado-nação construído e difundido, desafiam as linhas imaginárias que denominamos fronteiras e passam a existir em novos territórios, sem deixar de carregar os efeitos das opressões entrelaçadas em suas existências. Como se pode imaginar, essas rotas, materiais e imateriais, físicas e mentais, não são feitas sem custos para a saúde dos sujeitos.

Diante de um mundo onde cada vez mais pessoas se deslocam, inúmeros estudos têm se debruçado sobre as consequências do processo imigratório para a saúde mental de mulheres em deslocamento. Mas afinal, do que estamos falando quando falamos em saúde mental?

Paulo Amarante, sanitarista e expoente da reforma psiquiátrica, define saúde mental pelo que ela não é: "Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia… Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais" (Amarante, 2007, p. 22). O autor se opõe à definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que seria o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e sinaliza a dificuldade em "[…] estabelecer o que é este estado de completo bem-estar […] Às vezes questiono se há alguém assim!" (Amarante, 2007, p. 26). Como o autor propõe, a psiquiatria e as ciências biomedicalizadas não são os únicos saberes a serem instrumentalizados, pois o

amplo significado de saúde mental abarca outras disciplinas e deve-se atentar para outros fatores como manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades (Amarante, 2007).

O foco excessivo na doença ou no transtorno, enquanto algo externo ao sujeito, é algo a ser combatido, como Amarante (2007) critica. Aplicando esta lógica ao contexto deste capítulo, patologizar e classificar mulheres em deslocamento, com x ou y transtornos, é limitante porque as ideias de saúde, sofrimento e doença são culturalmente variáveis.

A partir desta perspectiva ampla de saúde mental, entendemos o sofrimento como fundamental e inerente à condição humana e, desta forma, constitui-se social e historicamente, sendo parte dos sujeitos. Assim, não é possível pensar em produção humana sem a experiência do sofrimento psíquico (Galindo *et al*., 2014).

Quando se pensa em saúde mental e imigração, deve-se ir além da análise da migração reduzida ao trauma gerado pelos processos migratórios e aos índices de prevalência de transtornos mentais, e situar as reflexões no âmbito das políticas que sustentam esse êxodo contemporâneo massivo. Ignorar e despolitizar esse contexto seria psicologizar situações políticas (Fassin; Rechtmann, 2009) e biomedicalizar questões sociais, uma prática comum da psiquiatria colonial, criticada por Franz Fanon (1963) desde o século passado.

O que queremos afirmar, como nos mostra Fanon (1963 *apud* Goozee, 2021), é que o "mundo maniqueísta" não só deixa o nativo (mas aqui tratamos das refugiadas e imigrantes) passar fome "[…] de pão, carne, sapatos, carvão, luz", mas também traz "[…] violência para o lar e para a mente do nativo" (Fanon, 1963 *apud* Goozee, 2021, p. 9). Ou seja, não só carências estruturais delimitam a vida de mulheres em deslocamento como o transbordamento das violências alcança os ambientes domésticos e a mente desses sujeitos. Assim, as neuroses individuais resultam em parte do meio ambiente e em parte da reação do indivíduo a essas influências (Fanon, 1963 *apud* Goozee, 2021).

E como continua Colvin (2008 *apud* Goozee, 2021), a falência da psiquiatria em endereçar as causas do trauma se relaciona à motivação política dessa área de conhecimento em que alguns problemas são legítimos e outros não. Isso se torna evidente quando observamos a excessiva categorização de transtornos presente nos estudos sobre saúde mental e migração, combinada ao pouco espaço para a contextualização dos sujeitos estudados. Há poucos questionamentos sobre as guerras e políticas às quais as mulheres imigrantes foram submetidas, assim como desinteresse na produção de conhecimento sobre as motivações dos deslocamentos dos sujeitos estudados ou as políticas que mantêm em voga campos de refugiados, respostas humanitárias complexas etc. Vê-se a relegação da temática "saúde mental e migração" ao campo da saúde de perspectiva biomedicalizada, afastada da saúde pública e das ciências humanas.

A patologização e a medicalização caminham para a reabilitação dos indivíduos em sofrimento para a sociedade causadora desse sofrimento. Normalizam e reintegram os pacientes sem que haja mudança ou reorganização da política e do poder soberano (Edkins, 2003 *apud* Goozee, 2021). Enquanto narrar traumas dá força política aos sujeitos, a medicalização e a patologização exclusivas neutralizam e apagam o conteúdo do que é dito (Goozee, 2021).

As pesquisas que se dedicam a estudar, epidemiologicamente, o sofrimento de mulheres que migram, a fim de identificar as patologias, tratá-las clinicamente e aliviar os sintomas têm grande valor para consolidar dados, informar e traçar um panorama sobre as condições de vida e bem-estar dessas mulheres. Entretanto, é preciso ter em mente que as causas para o sofrimento são muito mais amplas e nos fazem questionar a lógica da "produção" massiva de pessoas em situação de refúgio e migração, característica da contemporaneidade.

Como nos apontam Fassin e Rechtmann (2009), utilizando outras situações traumáticas vividas por diferentes populações:

> Antes e depois do tsunami (de 2004), os sobreviventes em Aceh (Indonésia) já eram vítimas de dominação política, repressão militar, e marginalização econômica. Antes ou depois do furacão Katrina, a

> população de Nova Orleans já era vítima da pobreza a discriminação que reforçam desigualdades de classes por meio de distinções raciais. (Fassin; Rechtmann, 2009, p. 231, tradução nossa).

No Brasil, portanto, mesmo quando falamos de imigrantes que, em teoria, migram "voluntariamente", a maior parte delas, de origem venezuelana, já vivia em um cenário difícil o suficiente para "tomarem a decisão" de deixar a Venezuela. A lógica é mais do que verdadeira para refugiadas que se identificam como pessoas forçadas a esse movimento. Portanto, é preciso ter cuidado ao tratar paliativamente fenômenos que, na verdade, necessitam de uma reorganização de forças políticas como a "crise migratória". Ou, emprestando as palavras de Fanon ao tratar da relação entre o homem negro e o homem europeu: "Veremos que uma outra solução é possível. Ela implica uma reestruturação do mundo" (Fanon, 2008, p. 82).

Determinantes em saúde mental de mulheres em deslocamento internacional

Uma vez definida a perspectiva de saúde mental que nos interessa, é importante refletir sobre a origem do sofrimento nos deslocamentos internacionais.

Primeiro, é preciso dar um passo atrás e entender como as experiências de mulheres em deslocamento carregam a singularidade das vivências individuais, mas são permeadas pela coletividade de pertencer ao gênero feminino, considerando o gênero uma categoria determinante para compreender como se experimenta o mundo.

De acordo com Joan Scott, historiadora estadunidense, que cunhou uma definição que nos é bastante útil, gênero define "[…] as relações sociais entre os sexos, rejeitando explicitamente explicações biológicas, indica construções culturais e origens exclusivamente sociais das identidades

subjetivas de homens e mulheres" (Scott, 1995, p. 75). Trata-se, portanto, de uma categoria social imposta sobre corpos sexuados (Scott, 1995).

O gênero, enquanto terminologia, introduz um caráter relacional e social ao seu entendimento, em que informações sobre mulheres dizem também respeito a informações sobre homens, em que ambos os sexos se determinam e são determinados um pelo outro. Trata-se de uma categoria que molda o mundo social, no qual acreditamos que estão repousadas as razões para a opressão de um gênero sobre o outro, a partir de atribuições e papéis sociais forçosamente impostos. Mais do que as razões para a opressão, entende-se gênero como modo de atribuir significação às relações de poder, segundo Heleieth Saffioti e Suely Souza de Almeida (1995).

Assim como não é possível analisar os indivíduos sem atravessamentos de gênero, porque seria uma análise limitante pensar em um imigrante enquanto categoria única, não se pode pensar as mulheres imigrantes sem discutir raça. Para isso, é importante debatermos brevemente a interseccionalidade ao refletirmos sobre mulheres em deslocamento internacional.

Kimberlé Crenshaw (1989) cunhou o termo interseccionalidade, somando-se aos debates anteriores de teóricas como Angela Davis e Lélia Gonzalez sobre a necessidade de olhar os sujeitos enquanto resultados de diversas categorias que condicionam suas vivências. Embora saibamos que raça e gênero são categorias socialmente construídas, essa noção não as torna menos relevantes, segundo a autora. Pelo contrário, a categorização obedece a uma hierarquia e é um "[…] grande e contínuo projeto para pessoas subordinadas" (Crenshaw, 1991, p. 1296), em que a real problemática não reside na existência da categorização dos sujeitos, mas, sim, no valor atrelado a certas categorias em detrimento de outras. Em outras palavras, marcadores de raça, gênero e nacionalidade privilegiam uns e subordinam outros (Crenshaw, 1991).

Isso porque indivíduos são atravessados por múltiplas intersecções que se sobrepõem, diminuindo ou aumentando o acesso a bens, prejudicando ou beneficiando certas vidas em detrimento de outras (Crenshaw, 1991). Dessa forma,

sujeitos têm especificidades que os situam em lugares de menor ou maior exposição à violência. No caso de mulheres imigrantes racializadas, isso implica ocupar uma posição melhor ou pior na organização da sociedade a depender do sexismo e racismo que, no caso brasileiro, acompanham as jornadas de imigrantes no país.

O estabelecimento das atribuições sociais relativas a cada sujeito, a partir do gênero e da raça, e o funcionamento desta máquina eficaz de expressão de poder, muito bem instrumentalizada e ordenada pelo patriarcado, trazem, consequentemente, o fenômeno que se conhece como violência de gênero. Schraiber *et al.*, 2009 pontuam a violência em sua visão ampla:

> Como acontecimento sociocultural, violência é definida por atos que constituem violação de direitos, da perspectiva legal e também ética. Mas violência também é definida como uso instrumental de poder, situação em que o sujeito detentor de maior poder se vale daqueles atos para reiterar ou ampliar seu poder, o que não lhe dá legitima autoridade senão um poder coercitivamente instaurado (Schraibe *et al,* 2009, p. 1020).

Considerando tanto violência quanto gênero como fundamentalmente socioculturais, e nos apropriando do segundo extrato de definição das autoras, trata-se de uma maneira de expressar um poder que claramente não é legítimo, mas instaurado pela força. Assim, violência de gênero nada mais é do que um ato masculino (e masculino porque são os homens que ocupam o papel central de opressores) como forma de aculturação e de "prática educativa" das mulheres "[…] nos referentes do mais antigo e maior poder do masculino, que é o patriarcado" (Schraiber *et al.*, 2009, p. 7).

Assim, patriarcado e violência de gênero se retroalimentam, o primeiro determinando e tentando justificar, a todo custo, a ocorrência da segunda e a segunda como "expressão mais brutal do fenômeno [o patriarcado]" (Castro; Riquer, 2003, p. 138). São estas razões, ditando os "valores culturais e tradicionais", que tornam difícil o rompimento dos ciclos de violência e que permitem a perpetuação da lógica desigual entre homens e mulheres.

Nota-se que, no decorrer da escrita desta seção, a evolução da definição de gênero para a definição de violência foi orgânica, sendo a primeira desencadeadora da segunda. Neste capítulo, argumentamos que mulheres refugiadas e imigrantes vivenciam grande parte das experiências que impactam negativamente a saúde mental justamente por serem mulheres e estarem sujeitas ao fenômeno totalizante e, infelizmente, democrático: a violência de gênero.

A afirmação anterior é corroborada por diversos estudos epidemiológicos com mulheres em deslocamento. A violência por parceiro íntimo (VPI) é reportada em todos os ambientes e grupos socioeconômicos (WHO, 2002 *apud* Garcia; Silva, 2018) e acompanha a vida das mulheres das mais diferentes categorias interseccionais. Adota-se, para fins de elucidação, o seguinte conceito de VPI: "violência física, sexual, o abuso emocional e comportamentos controladores por um parceiro íntimo, durante ou após o término da relação" (Garcia; Silva, 2018, p. 2). A partir de uma revisão sistemática de literatura, observou-se que esse tipo é central para resultados negativos na saúde mental de mulheres refugiadas (Cardim, 2021).

Sobre este tópico, uma ampla gama de estudiosos tem investigado as origens e as consequências deste fenômeno em mulheres que imigram. Há resultados, como os apontados por Welton-Mitchell (2019), que concluem que mulheres estão sujeitas a maior violência quando o casal vivencia altos níveis de estresse e vulnerabilidade, presentes no contexto do refúgio, uma vez que "[…] muitos na comunidade acreditam ser normal para um homem descarregar sua tensão abusando de sua esposa, e não sabem que isso [esse comportamento] é errado" (Welton-Mitchell *et al.*, 2019 *apud* Cardim, 2021, p. 85).

Outros conduzem à afirmação de que, em ambientes exteriores à casa, violentos e conflituosos, aumenta a probabilidade de vivenciar experiências violentas no ambiente doméstico (Welton-Mitchell *et al.*, 2019; Hossain *et al.*, 2020; Hossain *et al.*, 2021; Wako *et al.*, 2015; Falb *et al.*, 2013), como é o caso de campos ou abrigos de refugiados e imigrantes (onde atualmente

vivem mais de nove mil venezuelanas e venezuelanos em Roraima, por exemplo), apresentando-se como locais de alto nível de estresse e conflito, por apresentarem superlotação, vida íntima compartilhada e sujeição a regras gerais e estritas sobre a rotina etc.

Outro fator contextual foi a inversão de papéis tradicionais de gênero na vivência íntima de um casal, posicionando as "[…] mulheres que desafiam papéis de gênero tradicionais em maior risco de sofrer violência por parceiro íntimo" (Ribeiro *et al.*, 2020, p. 12, tradução nossa). A violência de gênero pode ser entendida como "uma maneira do homem recuperar sua maior autoridade em uma relação com sua parceira" (Ribeiro *et al.*, 2020, p. 13, tradução nossa).

Então, em contextos migratórios, se mulheres apresentarem uma melhor adaptação ao país de destino e/ou passarem a ser responsáveis pela renda da casa, pode haver uma inversão na cultura masculina dominante. É nesta inversão que os parceiros enxergam a ameaça e recorrem à violência enquanto instrumento de "reafirmação" de valores tradicionais, de comando e poder, em suas famílias (Ribeiro *et al., 2020*). Dessa forma, da combinação entre atitudes conservadoras e agressivas dos parceiros, aliadas a uma cultura na qual as atribuições baseadas em gênero têm grande poder, emerge a vulnerabilidade de mulheres que se emancipam materialmente e socialmente dos seus companheiros.

A explicação sugerida em alguns estudos, como os de Ribeiro *et al.* (2020), Antai *et al.* (2014) e Bjelland (2014) é a de que um homem que se sente, ou se vê, em um estatuto inferior ao de sua parceira, "[...] sente-se menos capaz de exercer sua masculinidade e cumprir os papéis de gênero esperados" (Bjelland, 2014 *apud* Ribeiro *et al.*, 2020, p. 5, tradução nossa), tornando-se agressivo.

A estes fatores culturais e sociais legitimadores de violência, somam-se questões contextuais, como as financeiras e as de regularização migratória, além da existência de fatores relacionados à saúde mental que acentuam a ocorrência de VPI (Ribeiro *et al.*, 2020).

Quanto às consequências de ser violentada por um parceiro, um estudo de Hossain *et al.* (2020) identificou como a VPI é particularmente nociva às mulheres em deslocamento, comparando resultados em saúde mental entre grupos que sofreram violência por parceiros e grupos que sofreram violência por outros agentes. Os resultados dos testes aplicados em 204 mulheres refugiadas em um campo no Quênia concluíram que a VPI trouxe maior risco de depressão em comparação com violações cometidas por desconhecidos ou outros agentes[4].

Além das dinâmicas de gênero vitimizantes em ambiente familiar, durante a imigração e o refúgio, há outros fatores que conduzem ao adoecimento mental e ao sofrimento psíquico das mulheres em questão e que excedem a violação direta.

Esses dois grupos se dividem em situações em que:

1. há baixo apoio social, que pode conduzir ao isolamento feminino (Jewkes, 2002 *apud* Ribeiro, 2020), com escassos laços familiares e de amizade, e há ambientes de escassa proteção social (Wako *et al.*, 2015);
2. há locais com pouco acesso a direitos, à assistência (e, portanto, à resposta institucional à violência) e ao apoio social, ou mesmo com violação de direitos, além de precariedade nos serviços.

Sabe-se que se deslocar forçosamente é um fenômeno delineado pela perda de amigos, de laços sociais, do próprio país e da identidade anterior (Fassin; Rechtmann, 2009), situações que têm maior ou menor influência nos indivíduos conforme o lugar ocupado pela família, pelas amizades e pelo senso de comunidade, elementos que também variam cultural e socialmente.

Parte das discussões que circundam saúde mental e mulheres imigrantes reverbera no conceito de apoio social. O apoio social, entre múltiplas definições, pode ser entendido, segundo Stewart (2014), como as interações entre amigos,

4 Os resultados obtidos com o estudo foram: 51% das mulheres refugiadas pontuaram nos questionários suficientemente para identificação de sintomas de saúde mental, 41% delas com pontuação para ansiedade severa, 36% para depressão e 3% para provável TEPT.

colegas, família e profissionais que prestam informação, afirmação, ajuda prática e entendimento; e como um recurso positivo para lidar com situações estressantes, momentos críticos e problemas diários (Dodge, 2012).

Em suma, trata-se de uma gama de atividades que beneficiam indivíduos em situação de alta vulnerabilidade e estresse, unindo estratégias informais e formais. Religião e crenças, laços familiares, de amizade e intracomunitários e a aproximação entre quem viveu experiências semelhantes são fontes informais de apoio social, enquanto dispositivos de cuidado oferecidos pelo poder público ou outras organizações por meio da assistência social e de profissionais de diversas áreas são considerados fontes formais (Stewart, 2014; Simich; Beiser; Mawani, 2003). Nesta seção, nos atemos ao apoio social do tipo informal, no qual residem as relações sociais mais significativas e constitutivas.

Este conceito é estudado por ser "[…] um fator-chave para o bem-estar psicológico de refugiados" (Dodge, 2012, p. 1), uma vez que, para grupos que experienciaram situações de guerra, tortura, pobreza e variadas formas de opressão (Dodge, 2012), o apoio social emerge como maneira de mitigar os efeitos das experiências negativas do refúgio na vida desses deslocados.

Como consequências do apoio social, podemos citar a redução da sensação de isolamento e solidão (Bhugra *et al.*, 2011; Ellis; Nixon; Williamson, 2009; McMichael; Manderson, 2004; Neuner *et al.*, 2004; Stewart *et al.*, 2010 *apud* Stewart, 2014), além do aumento do sentimento de pertencimento e satisfação com a vida, mediando o estresse decorrente da discriminação (Brooker; Eakin, 2001; Din-Dzietham *et al.*, 2004).

Em destinos onde há baixo apoio social, nota-se maior propensão ao sofrimento mental em pessoas em deslocamento. Há resultados que apontam para a associação entre baixo apoio social e risco de sintomas mais depressivos em mulheres refugiadas e imigrantes (Stewart *et al.*, 2008).

Uma pesquisa realizada por Warner (2007) com mulheres Q'eqchi', em situação de refúgio na Guatemala, elucidou que a ausência da mãe convivendo em proximidade é mais determinante para sintomatologia e angústia do que

qualquer outro fator, o que nos aponta para a necessidade de laços sociais significativos. Tradicionalmente, mulheres Q'eqchi' confiam à família, e, principalmente, a suas mães, o apoio social. No deslocamento entre países, muitos desses laços se perdem ou enfraquecem, ocasionando sofrimento mental e aparecimento de sintomas.

Ao ampliarmos a lente de análise para uma realidade macro, há fatores que influenciam o sofrimento mental de mulheres refugiadas e imigrantes externos às relações sociais próximas e à vida doméstica. Esta categoria, a que denominamos "violações de direitos", inclui um conjunto de determinantes estruturais que produzem consequências para a saúde mental dos indivíduos, como a incerteza jurídica quanto ao estatuto de refugiado, a aculturação, as barreiras linguísticas e culturais, a precariedade econômica e social, a insegurança, e a busca por recursos urgentes, como emprego e moradia, entre outros.

Chantler (2012) elencou três fatores principais: a pobreza forçada, enquanto pilar central de políticas rígidas de migração, as condições precárias de habitação e o baixo grau de acesso a programas de renda. Essas situações são, na verdade, violências sob outras roupagens nas quais o gênero se apresenta como fator de risco adicional para aumento do sofrimento.

No Brasil, mulheres, em sua maioria venezuelanas, que adentram o país a partir da fronteira de Roraima, a principal porta de entrada para migrantes da Venezuela, encontram condições estruturais precárias da habitação ao provimento de renda. Vivendo em abrigos geridos pelo Estado e organizações internacionais, nas ruas ou em ocupações espontâneas, a escassez atravessa grande parte do cotidiano imigrante em Roraima.

Segundo estudo realizado em Boa Vista, capital de Roraima, em 2021 (Cavalcante Neto *et al.*, 2023), foram identificados "[…] diversos episódios de flagrante desrespeito aos direitos humanos dos venezuelanos em Boa Vista (Cavalcante Neto *et al.,* 2023, p. 2)", em uma vivência em que os recursos são escassos para compra de comida e há dificuldades na obtenção de documentação (Cavalcante Neto *et al., 2023)*, denotando situações de insegurança alimentar

e incerteza jurídica. Outra pesquisa realizada especificamente com mulheres venezuelanas na mesma cidade (Santos, 2024) concluiu que essas "[…] submetem-se a condições de trabalho insalubres, com salários inferiores aos dos homens e mulheres de nacionalidade brasileira (Santos, 2024, p. 419)".

As condições do país ao receber essas pessoas, conforme documentado em estudos aqui já citados, agravam a vulnerabilidade das mulheres imigrantes venezuelanas ao adoecimento mental porque, além de gerar exclusão social, dificultam o acesso aos bens e serviços de saúde, em um ciclo que se retroalimenta.

Considerações finais

Os determinantes para o sofrimento e o adoecimento mental de mulheres imigrantes variam em escala e nível, requerendo uma resposta multidisciplinar. Desde dinâmicas intrafamiliares, como a inversão de papéis de gênero e VPI, altamente predominante e vulnerabilizante em contextos migratórios, passando por relações com a comunidade e laços sociais até determinantes estruturais relacionados a políticas migratórias e à adaptação cultural, há diversos fatores que vulnerabilizam mulheres em deslocamentos internacionais em termos de saúde mental.

Diante da complexidade apresentada até aqui, como a saúde pública pode acolher e responder a essas demandas nos países de destino?

Recomendamos que práticas orientadas à recepção e ao acolhimento de mulheres refugiadas, sobreviventes diretas de violência ou de violações de direitos na imigração e no refúgio, sejam culturalmente sensíveis. Isso significa que a assistência não deve se limitar a falar a língua das pessoas atendidas, mas também compreender como saúde e doença variam conforme a cultura de origem. Nesse sentido, é fundamental construir abordagens holísticas orientadas ao sujeito e não às patologias, e trabalhar de maneira transdisciplinar com outros instrumentos que promovam a resiliência e o fortalecimento da comunidade.

Também é preciso que os profissionais da assistência à saúde abandonem o que há de "universal" em seus entendimentos sobre gênero, raça e nacionalidade. Quando se observa o gênero, por exemplo, como uma categoria variável, que por si só não determina a vivência de uma pessoa, há a compreensão de que algumas mulheres estão em maior vulnerabilidade do que outras. Aí reside a perspectiva interseccional necessária para lidar com as migrações contemporâneas.

Crenshaw, inclusive, já havia criticado a elaboração de políticas, estratégias e prioridades que desconsideram ou elipsam as necessidades interseccionais particulares de mulheres racializadas (Crenshaw, 1991). Além disso, ao abordar a realidade estadunidense de resposta à violência de gênero para imigrantes latinas, a autora traz a barreira linguística como entrave para a efetivação de assistência a essas mulheres, algo que também se repete no Brasil:

> Esse problema é ilustrado pela falta de acessibilidade de serviços de violência doméstica para muitas mulheres que não falam inglês. Apesar da necessidade urgente, ela não pôde receber a proteção concedida a mulheres falantes de inglês, devido ao rígido comprometimento do abrigo com políticas excludentes (Crenshaw, 1991, p. 1263).

No Brasil, especialmente nos estados onde há maior número de pessoas imigrantes vivendo, os serviços de saúde pública estão preparados para essas diferenças? Trabalham na promoção da equidade no Sistema Único de Saúde, um de seus princípios fundamentais? Apesar dos muitos desafios, como os relacionados à língua e à linguagem, à cultura e à adaptação, a construção de um SUS que integre e responda essas usuárias melhora o sistema em sua totalidade.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDERMANN, L. (ed.). **Refuge and resilience**: promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants. Amsterdam: Springer Netherlands, 2014. p. 91-107.

ANTAI, D.; ANTAI, J.; ANTHONY, D. S. The relationship between socioeconomic inequalities, intimate partner violence and economic abuse: a national study of women in the Philippines. **Global Public Health**, Abingdon, v. 9, n. 7, p. 808-826, 2014. Disponível em: https://www.tandfonline.com/action/ doSearch?AllField=The+relationship+be tween+socioeconomic+inequalities%2C+intimate+partner+violence+and+economic+abuse. Acesso em: 11 set. 2026.

BHUGRA, D. *et al.* WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. **World Psychiatry**, Geneva, v. 10, n. 1, p. 2-10, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00002.x. Acesso em: 11 set. 2026.

BJELLAND, H. F. En voldsom maktbalanse? En studie av relativ makt og forekomst av partnervold. **Sosiologisk Tidsskrift**, [S. l.], n. 22, p. 51-74, 2014. Disponível em: https://www.idunn.no/journal/st. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Justiça. Departamento de Migração. **Boletim da migração no Brasil**. Edição 8, fev. 2025. Dados atualizados até 31 dez. 2024. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Dados sobre populações em necessidade de proteção internacional**. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados. Acesso em: 10 jun. 2025.

BROOKER, A.-S.; EAKIN, J. M. Gender, class, work-related stress and health: toward a power-centred approach. **Journal of Community and Applied Social Psychology**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 97-109, 2001. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/journal/15591816. Acesso em: 11 set. 2026.

CAVALCANTE NETO, A. S.; OLIVEIRA, M. A. de C.; EGRY, E. Y. Vulnerabilidade de imigrantes venezuelanos residentes em Boa Vista, Roraima. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, e20230074, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0074en. Acesso em: 11 set. 2026.

CARDIM, Gabriela Mendes. **Mulheres em deslocamento, violência como constante**: impactos da violência de gênero e da condição do refúgio na saúde mental de mulheres refugiadas. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

CASTRO, R.; RIQUER, F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 135-146, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100015. Acesso em: 11 set. 2026.

CHANTLER, K. Gender, asylum seekers and mental distress: challenges for conceptualising mental distress. **The British Journal of Social Work**, Oxford, v. 42, n. 2, p. 318-334, mar. 2012. Disponível em: https://academic.oup.com/bjsw. Acesso em: 11 set. 2026.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, Chicago, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989. Disponível em: https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/. Acesso em: 11 set. 2026.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, Palo Alto, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/1229039. Acesso em: 11 set. 2026.

COLVIN, C. J. Trauma. In: SHEPHERD, N.; ROBINS, S. (orgs.). **New South African keywords**. Athens: Ohio University Press, 2008. p. 223-235.

DIN-DZIETHAM, R. *et al.* Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans: the Metro Atlanta Heart Disease Study, 1999-2001. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 58, n. 3, p. 449-461, 2004. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/search?qs=Perceived%20stress%20following%20race-based%20discrimination%20at%20work. Acesso em: 11 set. 2026.

DODGE, R. *et al.* The challenge of defining wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, Cambridge, v. 2, n. 3, p. 222-235, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4. Acesso em: 11 set. 2026.

EDKINS, J. **Trauma and the memory of politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

ELLIS, A. A.; NIXON, R. D. V.; WILLIAMSON, P. The effects of social support and negative appraisals on acute stress symptoms and depression in children and adolescents. **British Journal of Clinical Psychology**, London, v. 48, n. 4, p. 347-361, 2009. Disponível em: https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/action/ doSearch? AllField=The+effects+of +social+support+and+negative+appraisals+on+acute+stress+symptoms+and+depression. Acesso em: 11 set. 2026.

FALB, K. L. *et al.* Suicide ideation and victimization among refugee women along the Thai-Burma border. **Journal of Traumatic Stress**, Boston, v. 26, n. 5, p. 631-635, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jts.21846. Acesso em: 11 set. 2026.

FANON, F. **The wretched of the earth**. Tradução de Constance Farrington. Harmondsworth: Penguin Books, 1963. Traduzido em 1967.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de R. Silveira. Salvador: EdUFBA, 2008.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. **The empire of trauma**: an inquiry into the condition of victimhood. Princeton: Princeton University Press, 2009.

GALINDO, D. *et al.* Vidas medicalizadas: por uma genealogia das resistências à farmacologização. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 821-834, out./dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/yKSjdLYfmHmBmKDqPcmtvwm/. Acesso em: 11 set. 2026.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, e00062317, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00062317. Acesso em: 11 set. 2026.

GOOZEE, H. Decolonizing trauma with Frantz Fanon. **International Political Sociology**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 102-120, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ips/olaa014. Acesso em: 11 set. 2026.

HOSSAIN, M. *et al.* Disability, violence, and mental health among Somali refugee women in a humanitarian setting. **Global Mental Health**, Cambridge, v. 7, e30, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1017/gmh.2020.23. Acesso em: 11 set. 2026.

HOSSAIN, M. *et al.* Gender-based violence and its association with mental health among Somali women in a Kenyan refugee camp: a latent class analysis. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 75, n. 4, p. 327-334, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1136/jech-2020-214086. Acesso em: 11 set. 2026.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **The Lancet**, London, v. 359, n. 9315, p. 1423-1429, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5. Acesso em: 11 set. 2026.

MCMICHAEL, C.; MANDERSON, L. Somali women and well-being: social networks and social capital among immigrant women in Australia. **Human Organization**, Oklahoma, v. 63, n. 1, p. 88-99, 2004. Disponível em: https://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=Somali+women+and+well-being. Acesso em: 11 set. 2026.

NEUNER, F. *et al.* A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S. l.], v. 72, n. 4, p. 579-587, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.579. Acesso em: 11 set. 2026.

SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. S. de. **Violência de gênero**: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTOS, A. R. Imigração de mulheres venezuelanas em Boa Vista, Roraima: vínculos familiares e econômicos com a Venezuela. **Revista Tempo do Mundo**, Brasília, n. 35, p. 395-424, ago. 2024. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/revistas/index.php/rtm/article/view/578. Acesso em: 11 set. 2026.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1019-1027, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/. Acesso em: 11 set. 2026.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 205-216, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/. Acesso em: 11 set. 2026.

SIMICH, L.; BEISER, M.; MAWANI, F. N. Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. **Western Journal of Nursing Research**, Columbia, v. 25, n. 7, p. 872-891, 2003. Disponível em: https://journals.sagepub.com/home/wnr. Acesso em: 11 set. 2026.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade. Acesso em: 11 set. 2026.

STEWART, D. E. *et al.* Postpartum depression symptoms in newcomers. **The Canadian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 53, n. 2, p. 121-124, 2008. Disponível em: https://journals.sagepub.com/home/cpa. Acesso em: 11 set. 2026.

STEWART, M. J. Social support in refugee resettlement. In: ANDERMANN, L. (ed.). **Refuge and resilience**: promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014. p. 91-107.

STEWART, M. J. *et al.* Social support and health: immigrants' and refugees' perspectives. **Diversity in Health and Care**, London, v. 7, n. 2, p. 91-103, 2010. Disponível em: https://www.tandfonline.com/action/ doSearch?AllField =Social+support+and+health%3A+immigrants%27+and+refugees%27+perspectives. Acesso em: 11 set. 2026.

WAKO, E. *et al.* Conflict, displacement, and IPV: findings from two Congolese refugee camps in Rwanda. **Violence Against Women**, Kentucky, v. 21, n. 9, p. 1087-1101, 2015. Disponível em: https://journals.sagepub.com/action/ doSearch?AllField=Conflict%2C+displacement%2C+and+IPV. Acesso em: 11 set. 2026.

WARNER, F. R. Social support and distress among Q'eqchi' refugee women in Maya Tecún, Mexico. **Medical Anthropology Quarterly**, Cornell, v. 21, n. 2, p. 193-217, 2007. Disponível em: https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/action/ doSearch?AllField=Social+support+and+distress+among+Q%27eqchi%27+refugee+women. Acesso em: 11 set. 2026..

WELTON-MITCHELL, C. *et al.* Intimate partner abuse among Rohingya in Malaysia: assessing stressors, mental health, social norms and help-seeking to inform interventions. **Intervention**: Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas, v. 17, n. 2, p. 187-196, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_18_19. Acesso em: 11 set. 2026.

Capítulo 4

DIREITO À SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA: QUAIS CAMINHOS PERCORRIDOS PARA O CUIDADO ÀS MULHERES MIGRANTES NO BRASIL?

Jéssyca Félix da Silva Sampaio
Cristiane Batista Andrade
Larissa Cotrofe Santoro Nasser
Daniela Lacerda Santos
Tatiana Giovanelli Vedovato

Este capítulo tem como objetivo discutir o cuidado em saúde às mulheres migrantes transnacionais no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) em território brasileiro. Para isso, iremos apresentar os aspectos gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) até chegarmos à APS, o cuidado em saúde, os avanços observados e o que ainda precisamos percorrer para enfrentarmos os desafios do cuidado às mulheres migrantes. Em seguida, discutiremos o cuidado em saúde às migrantes na Atenção Primária em Saúde e seus desafios.

O SUS e o direito à saúde

Para pensarmos no SUS e nas garantias à saúde das pessoas em território nacional, sejam elas nacionais, sejam migrantes transnacionais,

é importante relembrarmos ou conhecermos, mesmo que rapidamente, de onde surge o SUS, pois isso ajudará a pensar como ele pode garantir direitos e promover equidade, diminuindo as desigualdades e oportunizando a inclusão de todas(os).

Cabe ressaltar que o direito à saúde não diz respeito apenas ao acesso aos serviços de saúde, embora isso esteja incluído, e refere-se também às garantias sociais, políticas e econômicas para uma vida saudável, autônoma e produtiva (Coutinho, 2019).

O SUS tem seus alicerces nas lutas pela Reforma Sanitária e pela redemocratização do país. O Movimento da Reforma Sanitária iniciou-se em 1970, durante a ditadura militar, e tem como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. A 8ª CNS foi marcada por disputas ideológicas e políticas sobre o conceito de saúde, direitos sociais, organização do sistema de saúde, financiamento e saúde suplementar. Destaca-se, em seu relatório final, a descrição do conceito ampliado de saúde, a responsabilização do Estado pela garantia de condições essenciais para uma vida digna, como moradia, alimentação, educação, transporte, lazer, segurança, entre outros, e a defesa do acesso universal e igualitário à saúde para todos os indivíduos. O relatório também destaca o compromisso do Estado em reduzir as desigualdades sociais causadas pela alta concentração de renda e pela organização do trabalho baseada na lógica capitalista, tendo a responsabilidade de garantir trabalho digno, em que as(os) trabalhadoras(es), além de contarem com condições adequadas, tenham conhecimento e controle do seu ambiente laboral. Outro grande marco na 8ª CNS foi a participação popular, sendo considerada primordial a discussão com os indivíduos sobre aspectos relacionados aos seus direitos, incluindo o de saúde (Rosário; Baptista; Matta, 2020).

O relatório final da 8ª CNS apresenta a importância da participação popular na luta pelo direito universal à saúde, alimentação, trabalho, moradia, previdência social, assistência social, dentre outros (Ministério da Saúde, 1986). Com relação à saúde como direito, tem-se que:

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Ministério da Saúde, 1986, p. 4).

De forma similar a esse conceito, a Constituição Federal (CF) traz a definição de que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante a políticas sociais e econômicas", descrevendo os princípios do SUS, que são: universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988). A partir destes princípios, devemos pensar na consolidação e na reconstrução do SUS no dia a dia e como a organização da sociedade, a participação popular, a luta permanente por garantia de direitos sociais e a organização dos serviços de saúde reverberam tais princípios ou nos distanciam deles.

A conceituação do princípio da universalidade foi pouco debatida na 8ª CNS, e observou-se uma distinção entre os discursos, em que parte das pessoas falava da universalidade como garantia universal dos direitos para uma vida digna mediante o conceito ampliado de saúde e incluía o acesso aos serviços de saúde. Outro grupo utilizava o conceito como a universalização dos serviços de saúde, com foco no acesso da população a eles (Rosário; Baptista; Matta, 2020). E, apesar de, na 8ª CNS, o primeiro discurso ter tido maior coro e estar descrito no relatório final, hoje, a segunda definição é a mais trabalhada dentro do SUS, sendo a universalidade definida pelo Ministério da Saúde (MS) como um direito de cidadania e dever do Estado para que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde, sem qualquer discriminação, em todo o território nacional (Brasil, 2025b).

O princípio da integralidade, descrito na CF, visava à garantia de atendimento integral ao indivíduo com práticas de promoção, tratamento e reabilitação, sendo privilegiadas as ações preventivas (Brasil, 1988). Trabalhamos o conceito de integralidade ainda como a necessidade da

abordagem integral do próprio indivíduo como um ser único, com suas particularidades, além do contexto social, político, econômico, cultural e ambiental no qual está inserido, que interferem na sua saúde e precisam ser considerados para a construção do cuidado.

O princípio da equidade está relacionado ao conceito de justiça social, que deve reconhecer as desigualdades sociais e os impactos na vida, na saúde e no adoecimento das pessoas, alocando, assim, recursos financeiros, organizativos e assistenciais para promover a assistência à população de acordo com as necessidades individuais e maiores vulnerabilidades, e, a longo prazo, desenvolver ações de promoção da saúde para minimizar tais desigualdades. Existem Políticas de Promoção da Equidade que visam o atendimento integral segundo a singularidade e a vulnerabilidade de populações específicas, tais como: População em Situação de Rua, Povos Ciganos/Romani, População LGBTQIAPN+, Povos e Comunidades Tradicionais, População Negra, dentre outras (Brasil, 2025a).

No que se refere ao cuidado da mulher no Brasil, devemos destacar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, que orienta a assistência integral à mulher, visando a um cuidado em saúde ampliado e à garantia dos direitos da mulher, considerando os aspectos relacionados às desigualdades de gênero, sociais, políticas, econômicas e culturais, não focando apenas em aspectos biomédicos e reprodutivos (Brasil, 2004). Porém, apesar de aparecerem no relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, em 2017, as questões relacionadas à migração e aos direitos da mulher migrante não aparecem incorporadas aos documentos oficiais relacionados à saúde da mulher e à própria política (Brasil, 2017a).

Sobre a Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, no momento da escrita deste capítulo, em 2025, ela está sendo desenvolvida. Desde 2023, o Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho (GT), por meio da Portaria GM/MS nº 763, para elaborar e avaliar estratégias para a implementação da Política (Brasil, 2023).

Em relação ao direito à saúde de migrantes e refugiadas(os), o entendimento geral de pesquisadoras(es) da temática (Guerra; Ventura, 2017; Waldman, 2018; Martes; Faleiros, 2013) é de que a declaração constitucional segundo a qual a saúde é um direito de todas(os) e dever do Estado se aplicaria, de fato, a qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade, da mesma forma que a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990, em seu segundo artigo, afirma que "saúde é um direito fundamental e universal, não apresentando nenhuma restrição" em relação às ações de promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

Por que é importante sabermos desse histórico para pensar no atendimento à saúde da população migrante transnacional? Porque a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, conhecida como Lei de Migração, assegura às(aos) migrantes transnacionais em território brasileiro os direitos relacionados à "inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade" (art. 4º) e garante condição de igualdade com brasileiras(os). Além de outros direitos, descreve o direito ao "acesso a serviços públicos, sejam de saúde, assistência social e à previdência social, independente da condição migratória" (art. 4º, Brasil, 2017b), sendo importante também assegurar a representatividade de pessoas migrantes transnacionais nas diferentes instâncias de participação social, sobretudo a garantia de participação de mulheres e populações invisibilizadas.

Marco histórico, nesse sentido, ocorreu no ano de 2023, quando foi convocada, pela Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI), a realização da primeira Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes, com mobilização de 876 pessoas (570 só nos polos presenciais) em 19 cidades de 12 estados e do Distrito Federal para aprovar propostas e diretrizes que tivessem por objetivo a efetivação da equidade no SUS para as populações migrantes no Brasil e a construção de um SUS verdadeiramente universal que pudesse incluir todas(os) com suas diferenças e desigualdades (FENAMI, 2023).

A partir da Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes (2023), foram eleitos cinco delegados para representar e defender

as propostas relacionadas aos direitos das populações migrantes na 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023. Importante destacar que inúmeras propostas encaminhadas foram aprovadas na 17ª Conferência. Ao avaliar o relatório final desta conferência e das anteriores, é possível afirmar que o tema foi muito mais debatido, o que fica evidenciado pelas 30 propostas aprovadas e divulgadas na versão final do relatório (CNS, 2023).

Estas iniciativas têm como objetivo fortalecer as vozes das pessoas migrantes em geral, além de contribuir para a formulação de propostas de políticas públicas que promovam a efetivação de espaços de democracia participativa e a construção de uma sociedade brasileira mais inclusiva. Vale destacar que, conforme a Lei de Migração e a Constituição Federal de 1988, toda pessoa migrante, independentemente de sua situação migratória, tem direito à assistência nos serviços públicos de saúde, em igualdade com qualquer cidadã(o) brasileira(o).

Atenção Primária à Saúde no Brasil

Agora que compreendemos o desenvolvimento do SUS, iremos avançar no entendimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e o cuidado em saúde à população migrante transnacional no Brasil.

Os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS) são tratados aqui como equivalentes. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é a principal porta de entrada do SUS, sendo que, neste nível de atenção, deve ser resolvida a maior parte das necessidades de saúde da população, abrangendo ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção de adoecimentos, tratamento, redução de danos, vigilância em saúde e cuidados paliativos (Brasil, 2017c).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), para que um serviço se constitua como porta de entrada para o sistema de saúde, é necessário que

ele seja acessível à população, "eliminando barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais" (p. 503). Portanto, esta reflexão é muito importante para a garantia do cuidado à saúde das pessoas que se deslocam e, sobretudo, àquelas que não são falantes da língua portuguesa e estão em processo de integração social no país.

Visando à mudança de modelo assistencial e à desconstrução do paradigma biomédico, a Estratégia de Saúde da Família[5] (ESF) tem sido expandida em todo o território nacional, capilarizando os serviços de saúde e aumentando o acesso a estes serviços para a população.

O grande diferencial da atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a mudança de foco. Em vez de se concentrar apenas na doença, a ESF passa a considerar o conceito ampliado de saúde, colocando o indivíduo, sua família e a comunidade em que vivem no centro do cuidado. Este acompanhamento é realizado por uma equipe que deve adotar uma abordagem interdisciplinar.

A ESF trabalha com territorialização. Isso quer dizer que cada unidade de saúde tem um território definido (área adscrita), tendo responsabilidade sobre esse território, não só em relação ao cuidado em saúde, mas também aos diversos aspectos de saúde coletiva, ambiental e social que interferem na saúde das pessoas. A equipe de Saúde da Família (eSF) deve fazer o reconhecimento desse território, entendendo o espaço geográfico, social, cultural e político que está em constante transformação.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) deve ter como foco o cuidado integral do indivíduo, da família e da comunidade, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância em saúde e demais formas de assistência necessárias, tanto na unidade de saúde quanto no território.

A eSF mínima deve ser formada por enfermeira(o), médica(o), técnica(o) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além destas(es) profissionais, a unidade pode contar com Agentes de Vigilância em Saúde (AVS), Equipe de Saúde Bucal (eSB), assistência farmacêutica e Equipe Multidisciplinar (E-Multi) com psicólogos(as), profissionais de educação

5 Utilizamos ESF para designar a Estratégia de Saúde da Família e eSF para equipe de Saúde da Família.

física, fisioterapeutas, fonoaudiólogos(as), dentre outros. Desde 2017, a PNAB recomenda que cada unidade tenha uma gestão de serviço de saúde e, por meio do trabalho construído em conjunto, espera-se que haja aumento da resolutividade, isto é, que os serviços da APS sejam capazes de: "[…] resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população" (Brasil, 2017c).

Nesse sentido, o trabalho do ACS é fundamental para a promoção da saúde e a vigilância em saúde, como a realização de visitas domiciliares e no território para cadastro, acompanhamento e articulações da APS com outros serviços de atendimento à comunidade (escolas, creches, movimentos sociais etc.). Essas(es) profissionais compartilham os saberes do território, aproximando a eSF da comunidade, favorecendo o vínculo. No entanto, é importante ressaltar que a construção de vínculo com as(os) usuárias(os) é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, pois este é construído no dia a dia, na garantia do acesso, no acolhimento, no cuidado ampliado, nas visitas domiciliares, nas atividades de promoção da saúde e na resolutividade das necessidades de saúde apresentadas, favorecendo o acompanhamento desta população de forma longitudinal.

Além das eSF, ainda compõem a organização da APS brasileira as equipes de Atenção Primária (eAP) com carga horária de 20 ou 30 horas semanais, equipes de Consultório na Rua (eCR), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). Ainda que a conformação destas equipes seja diferente, espera-se que atuem a partir da concepção de cuidado integral, equânime e universal para o indivíduo, integrando a família e a comunidade (Brasil, 2017c).

Dessa forma, entendendo que estes serviços devem trabalhar o conceito ampliado de saúde, sendo organizados a partir do reconhecimento das necessidades da população adscrita e das características do território onde atuam, podemos afirmar que as populações brasileira e migrante têm acesso aos serviços de saúde e que esse acesso é de qualidade?

A própria PNAB representa uma estratégia para garantir o acesso de migrantes, refugiados e apátridas aos diferentes serviços que compõem as

redes de saúde, viabilizado pelas ações realizadas pelas equipes que atuam nos territórios da Atenção Primária à Saúde (APS), em articulação com os serviços e profissionais dos outros níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), além do apoio de instituições públicas e organizações da sociedade civil.

A literatura sobre acesso à saúde de migrantes no Brasil é recente e tem destacado o papel da APS, sobretudo da ESF, na operacionalização do direito à saúde, assim como tem analisado os entraves, conflitos, encontros e barreiras impostas a esta população nos serviços de saúde. O papel da ESF em relação a migrantes diz respeito não somente às ações de cuidado, mas também à sua atuação como instrumento de integração social (Martes; Faleiros, 2013).

Apesar do avanço e da alta cobertura potencial, isto é, a estimativa de pessoas que podem ser atendidas pelas equipes da APS (Ministério da Saúde, 2025), estudo de revisão integrativa sobre acesso aos serviços de saúde em regiões de fronteira no Brasil aponta as barreiras de acesso relacionadas aos serviços da APS, associadas à falta de conhecimento de profissionais sobre os direitos dos migrantes, à exigência de comprovante de residência, ao oferecimento de serviços apenas de urgência e emergência para usuárias(os) que não moram em território brasileiro, dentre outras causas. O estudo indica ainda avanços e estratégias adotadas, e há de se destacar o plano de formação de trabalhadoras(es) do SUS, assim como a expansão do Programa Mais Médicos, possibilitando a fixação de médicas(os) em áreas mais remotas, completando as equipes de saúde e oportunizando a ampliação do cuidado à população (Alban; Kemmelmeier; Rissato, 2024).

Por isso, além de se considerar a disponibilidade dos serviços, devemos também avaliar a qualidade da assistência e se, de fato, as estratégias e ações da APS rompem com o modelo biomédico e produzem cuidados que busquem a autonomia das pessoas em relação ao seu próprio cuidado, de acordo com suas culturas, línguas, crenças e diferentes formas de cuidar, como no caso de migrantes.

Dessa maneira, a presença de pessoas migrantes nos territórios cobertos pelas eSF traz desafios específicos aos serviços de saúde, uma vez que se trata

de uma população com diversas necessidades e identidades culturais e sociais que implicam diferentes padrões epidemiológicos e de morbidade, instituindo relações distintas no que tange aos cuidados e às ações de promoção da saúde. Estes fatos convocam a APS a se reorganizar para atender às necessidades de saúde dessas populações, respeitando o foco na integralidade e na equidade do cuidado ofertado e buscando formas efetivas de acesso e comunicação com estas pessoas nos seus territórios (Brasil, 2024).

É importante ressaltar o avanço na atenção à saúde de migrantes no país, pois, em 2024, foi elaborada a Nota Técnica (NT) nº 8/2024 do Ministério da Saúde, que descreve as boas práticas no acesso e no atendimento às(aos) usuárias(os) migrantes transnacionais, destinada a gestoras(es) e profissionais de saúde. Apesar de toda a legislação e de todas as diretrizes do SUS que já indicam a garantia de direitos desta população, a NT fomenta a discussão sobre a garantia do cuidado à saúde no SUS, os desafios e as barreiras de acesso e, de forma prática, as diretrizes para gestoras(es) e profissionais, instrumentalizando-os a repensar e/ou ajustar os processos de gestão e de trabalho para a oferta do cuidado, além de orientar sobre a qualificação de profissionais e a disponibilidade e o uso de tecnologias para facilitar a comunicação (Brasil, 2024).

A Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia, apesar de ter sido prevista em 2017, com a Lei nº 13.445/17, só teve grupo de trabalho instituído em 2023. Em 2024, foram realizadas conferências livres em municípios e estados e, posteriormente, na 2ª Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia (2ª COMIGRAR), que contou com ampla participação de lideranças migrantes, representantes do poder público, especialistas, agências das Nações Unidas, entre outros. Nesse evento, foram discutidas as dificuldades relacionadas à área da saúde, ocasião em que o Ministério da Saúde apresentou e disponibilizou para consulta pública a proposta da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024).

Mediante esses esforços dos movimentos sociais de migrantes, da sociedade civil e de organismos governamentais, em 2025, foi promulgada a Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia que objetiva:

> [...] coordenar e articular ações setoriais implementadas pelo Poder Executivo federal, em regime de cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com participação de organizações da sociedade civil, organismos internacionais, entidades privadas e das pessoas migrantes, refugiadas e apátridas, com vistas à promoção e à proteção de seus direitos (Presidência da República, 2025).

Outro aspecto importante a ser considerado é a falta de conhecimento por parte de migrantes transnacionais sobre seus direitos e o próprio sistema de saúde brasileiro, como aponta pesquisa realizada por Buzzerio *et al.* (2025) sobre o acesso e o cuidado em saúde a esta população. A APS, sendo o nível de atenção à saúde mais capilarizado, deve apoiar o acolhimento e o esclarecimento da população sobre os serviços oferecidos na rede e as diferenças entre os níveis de atenção (Buzzerio *et al.*, 2025). Além disso, é importante que sejam realizadas atividades de divulgação em massa dessas informações, inclusive em diferentes meios de comunicação e idiomas, ou seja, ações de divulgação em saúde sobre direitos.

Pensando na saúde e no cuidado da mulher migrante, as equipes de atenção primária precisam estar ainda mais atentas e sensíveis para o cuidado integral, considerando as necessidades de saúde, incluindo, sobretudo, aquelas que podem não ser apresentadas pela mulher em um primeiro momento, como as relacionadas a questões psicológicas, à sobrecarga do cuidado familiar, às dificuldades de socialização, à falta de renda e/ou à situação precária de trabalho e ao desconhecimento dos seus direitos, entre outras questões que irão influenciar diretamente na sua saúde e no seu bem-estar, assim como na saúde e no bem-estar de sua família. Em muitas dessas situações, as(os) profissionais de saúde precisarão articular a rede para garantir o cuidado integral. Para isso, é necessário que a equipe conheça e acesse os demais serviços de saúde do

território, os equipamentos de assistência social, os serviços voltados à atenção integral à mulher, bem como pessoas e instituições de referência no cuidado às mulheres e às pessoas migrantes do território e do município, de modo a apoiar o seguimento do cuidado e a garantia dos direitos dessas usuárias.

Há de se considerar também que esta mulher, muitas vezes, terá dificuldades para chegar ao serviço de saúde e, com esta população mapeada, a eSF pode realizar a identificação e o planejamento para a realização de ações no território e nos domicílios, facilitando o acesso dessas mulheres, de suas famílias e da comunidade.

O cuidado em saúde às mulheres migrantes na Atenção Primária em Saúde e seus desafios

Embora não seja a finalidade deste capítulo discorrer sobre as principais demandas de saúde de mulheres migrantes, apresentamos, mesmo que brevemente, alguns pontos importantes para a discussão sobre as ações da APS, entendendo que as necessidades de cuidado em saúde das migrantes são diversas e plurais, pois estão relacionadas aos seus deslocamentos, que podem ser forçados[6], à sua idade, à orientação sexual, à deficiência, à classe social, ao gênero, à raça, à etnia, ao tempo de estadia no país de destino, ao *status* migratório, dentre outros fatores. Esta afirmativa é corroborada pela perspectiva interseccional, que aponta a importância de considerar uma abordagem complexa diante das opressões que as mulheres sofrem historicamente (Collins; Bilge, 2021), inclusive para pensarmos em suas reais necessidades de saúde, de acordo com as trajetórias de vida que são influenciadas pelos processos migratórios.

Ao considerar as complexidades vividas por mulheres e jovens migrantes nos processos migratórios, uma pesquisa brasileira com venezuelanas

6 Compreendemos a migração forçada como um fenômeno histórico, social e político, que envolve a necessidade, muitas vezes involuntária, de saída do local de origem, com graves ameaças, risco de vida e situações de violência (Santos, 2019).

(n = 172) indicou as dificuldades que elas tiveram na terra natal ao terem de enfrentar a fome, o desemprego, os baixos salários e a impossibilidade de uso de serviços de saúde e/ou educação. Uma das motivações para a vinda ao Brasil foi o acesso gratuito ao SUS para a obtenção de medicamentos, exames e consultas, tendo, muitas vezes, que decidir quais pessoas da família viriam com elas e quais ficariam na Venezuela. Muitas vieram por deslocamento terrestre sozinhas ou acompanhadas por outras conterrâneas e por seus filhos, enfrentando o fechamento da fronteira em plena pandemia de covid-19 (Lamy *et al*., 2023), durante o governo Bolsonaro, o que intensificou ainda mais os fatores de vulnerabilização em suas trajetórias.

Além dos casos de violência sexual, como o estupro, e da saúde física e emocional fragilizada, as venezuelanas também enfrentaram: "Extorsão, roubos, condições geográficas adversas, longas caminhadas, fome, sede e cansaço, dificuldade de acesso a banheiro, especialmente durante o período menstrual, se apresentaram como dificuldades adicionais e criaram riscos específicos à saúde sexual e reprodutiva" (Lamy *et al.*, 2023, p. 3). Nesta seara, as barreiras relacionadas à língua portuguesa e à documentação em território brasileiro, a ausência de abrigamento, o medo da deportação e os contratempos para conseguir um emprego foram relatados pelas mulheres e jovens migrantes (Lamy *et al*., 2023).

A sobrecarga do trabalho reprodutivo, ou seja, o de cuidado de filhos, também foi citada pelas migrantes, que verbalizaram a ausência de redes de apoio, inclusive para galgar postos de trabalho remunerados, pois não conseguiam deixar de cuidar de seus filhos para poderem trabalhar. De maneira semelhante, relataram o desemprego, a informalidade e a precariedade das relações trabalhistas com situações de exploração laboral (Lamy *et al*., 2023)

Somado a isso, ressaltamos que, em seus deslocamentos, as migrantes enfrentam situações de trabalho escravizado contemporâneo, necessitando de uma atenção à saúde qualificada e sensível para o pronto reconhecimento desta violência e para o resgate diante da extrema violação de direitos humanos (Andrade *et al*., 2024).

Com relação à saúde sexual e saúde reprodutiva, Lamy *et al.* (2023) ressaltam a urgência do cuidado em saúde após as situações de violência, sobretudo a sexual, o apoio à saúde mental, o fomento de políticas públicas para o planejamento reprodutivo, o pré-natal e o parto, o tratamento e acompanhamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e os exames preventivos, corroborando a necessidade de articulação da APS com os demais níveis de atendimento em saúde (Lamy *et al.*, 2023).

Com relação à escolha do parto, mulheres bolivianas e seus parceiros relatam a importância de ter parto normal, pelo fato de ser natural, menos prejudicial e com menor risco de complicações (Madi; Cassanti; Silveira, 2009). Portanto, entender e fazer valer os desejos destas mulheres é primordial para a garantia de seus direitos à saúde, respeitando sua cultura, costumes e necessidades biopsicossociais, cuidado que pode e deve se iniciar na APS. Logo, durante o acompanhamento pré-natal com a pessoa grávida e sua(seu) acompanhante, a eSF deve garantir a assistência pré-natal e o cuidado ampliado, assim como orientações sobre seus direitos à saúde e seus direitos trabalhistas, a construção do plano de parto e a identificação de sinais e relatos relativos à violência obstétrica.

Outro aspecto trazido por Madi, Cassanti e Silveira (2009), de extrema relevância para o cuidado em saúde destas mulheres, é a licença-maternidade, que muitas não possuem por estarem em empregos informais, tendo que retornar às atividades laborais em até dois meses, o que impõe dificuldades no cuidado da parturiente no pós-parto e com o bebê.

No que se refere, ainda, às discussões sobre a saúde das mulheres, como a saúde sexual e reprodutiva, cabe destacar que essas temáticas são sensíveis, pois envolvem tabus e estigmas construídos histórica e culturalmente, inclusive por profissionais de saúde e pelas mulheres. Portanto, a prestação de cuidados não é tão simples, já que: "[…] o machismo e o patriarcado são estruturais na sociedade brasileira. Este aspecto incrementa obstáculos para acesso ao cuidado da saúde sexual e reprodutiva para as migrantes" (Andrade *et al.*, 2024, p. 47).

Sendo assim, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas de formação profissional que discutam os vieses morais e/ou religiosos e as suas relações com o cuidado destas migrantes, considerando o direito à saúde sexual, à saúde reprodutiva e à vida destas mulheres (Lamy *et al*., 2023).

Em síntese, como já mencionado anteriormente, ainda há desafios a serem enfrentados para o cuidado à saúde das migrantes, como: "[…] barreiras linguísticas e culturais entre as diferentes nacionalidades de migrantes no país. Existem costumes, comportamentos, saberes e culturas que diferem do contexto brasileiro, o que nem sempre é considerado no processo de trabalho e de cuidado em saúde, especialmente pelos profissionais da área" (Andrade *et al.*, 2024, p. 47). Este fato também foi observado em pesquisas (Lamy *et al*., 2023; Madi; Cassanti; Silveira, 2009) em que as mulheres verbalizaram os descontentamentos face à falta de informações importantes, como o uso do cartão SUS. Além disso, é necessário um cuidado que reconheça as diferenças culturais, sociais e linguísticas (Lamy *et al*., 2023).

Nesse sentido, como relatado anteriormente, a I Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes, em 2023, contou com expressiva participação popular, inclusive de migrantes que ressaltaram a importância da mediação intercultural, a ser prestada por pessoas migrantes contratadas pelos serviços públicos de saúde (FENAMI, 2023). Ou seja, a mediação intercultural prevê uma abordagem profissional que considere as dinâmicas étnicas, culturais, sociais e as barreiras linguísticas no cuidado à saúde de migrantes, ressaltando a inserção de mediadoras(es) interculturais nos sistemas de saúde (Reis *et al*., 2020). Importante destacar que, em 2025, esta profissão entrou na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sinalizando a sua relevância para o cuidado às pessoas migrantes (ACNUR, 2025).

Dessa forma, considerando o cuidado sensível às demandas de saúde de migrantes:

> O mediador intercultural pode constituir a solução estratégica para que numa mediação intercultural preventiva possa partilhar-se um sentido comum, dar um sentido ao significado cultural atribuído à vigilância de gravidez e, ainda, através da preservação, acomodação ou repadronização dos cuidados contribuir para os ganhos em saúde, qualidade de vida e bem-estar das pessoas, famílias e comunidades (Reis *et al.*, 2020, p. 5).

Na pesquisa de Reis *et al.* (2020), realizada em Portugal, foram verificadas potencialidades da mediação intercultural relacionadas à facilidade de comunicação entre profissionais de saúde e migrantes, ao apoio e à autonomia para o cuidado terapêutico, à mediação de conflitos e, ao mesmo tempo, ao desenvolvimento do respeito aos aspectos culturais tão diversos entre as populações migrantes. Com relação às fragilidades, as autoras relatam a relevância de se regulamentar a profissão de mediador(a) intercultural com vistas à sua formação profissional, valorização social e definição de suas atividades laborais. Importante ressaltar que a mediação intercultural também deve ser uma abordagem adotada na formação de profissionais de saúde para que sejam sensíveis às necessidades das pessoas que migram, evitando sofrimentos e minimizando os conflitos no cuidado (Reis *et al.*, 2020).

No Brasil, algumas discussões têm sido desenvolvidas sobre a importância da mediação intercultural, apontando que ela não envolve somente a tradução da língua materna de migrantes, mas é muito mais que isso, uma vez que está relacionada ao desenvolvimento de políticas públicas de cuidado que consideram o diálogo, a escuta atenta e sensível, a empatia e o reconhecimento de um campo profissional que precisa de formação (Unila; Pereira, 2021). Portanto, garantir o cuidado à saúde das mulheres migrantes perpassa a escuta atenta e o diálogo, para que profissionais de saúde respeitem seus saberes, costumes, crenças e autonomia.

Considerações finais

É notória a lacuna temporal na agenda de governo para a formulação de políticas de equidade para a(o) migrante no país, uma vez que a implementação do SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, existe desde os anos de 1970.

Nos últimos anos, avançamos com o aumento da cobertura da APS em todo o território nacional, reorganizada a partir do modelo de ESF, promovendo a garantia do direito à saúde a todas as pessoas em território nacional, com a coordenação do cuidado, longitudinalidade, equidade, territorialidade, como porta de entrada preferencial do sistema. No entanto, ainda há muitos entraves para migrantes, apátridas e refugiadas(os) devido às questões linguísticas e culturais que impedem uma comunicação efetiva, à falta de formação da equipe interprofissional no cuidado para este público, ao racismo estrutural e institucional, à xenofobia e às discriminações de gênero, no caso das mulheres migrantes.

Espera-se que, com novas pesquisas e sua divulgação no meio acadêmico, esta política de saúde das populações migrantes, que ainda está sendo construída, possa se aproximar mais da realidade das pessoas, considerando as particularidades das mulheres que migram, as questões de gênero e suas interfaces com as opressões interseccionais (Collins; Bilge, 2021). Espera-se, além disso, que não seja estanque e protocolar e que consiga avançar na garantia de direitos e cuidados para as pessoas que se deslocam territorialmente para o nosso país.

Referências

ACNUR. **Mediadores interculturais apoiam a inclusão e autossuficiência de pessoas refugiadas no Brasil**. ACNUR Brasil, 2025. Disponível em: https://www.acnur.org/br/noticias/historias/mediadores-interculturais-apoiam-inclusao-e-autossuficiencia-de-pessoas. Acesso em: 29 set. 2025.

ALBAN, L. L.; KEMMELMEIER, C. S.; RISSATO, D. Acesso e utilização de serviços de saúde por migrantes residentes em regiões de fronteira no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, Portugal, v. 16, n. 11, p. 1-20, 2024. Disponível em: https://ojs.cuadernoseducacion.com/. Acesso em: 11 set. 2026.

ANDRADE, C. B.; RIBEIRO, F. M.; MENDES, C. H. F.; VEDOVATO, T. G.; SANTOS, D. L. Migração, saúde e violências: pessoas trabalhadoras migrantes e refugiadas. In: JOSEPH, H. (org.). **Migraciones, movilidades, fronteras y salud en la pospandemia de covid-19**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2024. p. 42-50.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 561, de 6 de outubro de 2017. Dispõe sobre as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e delegados na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out. 2017. Seção 1. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-561.pdf. Acesso em: 8 jun. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equidade em saúde**. Brasília, DF, [s. d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/equidade-em-saude. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 10 dez. 2025.

BRASIL. **Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 29 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica n. 8/2024-CGECO/DESCO/SAPS/MS**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf/view. Acesso em: 1 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 763, de 26 de junho de 2023**. Institui grupo de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0763_29_06_2023.html. Acesso em: 6 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: SUS**. Brasília, DF, [s. d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/sus/sus. Acesso em: 10 abr. 2025.

BUZZERIO, L. F. *et al.* (Des)conhecimento da população internacional sobre o sistema de

saúde brasileiro: experiências de profissionais e migrantes. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 26, p. e94260, 2025. Disponível em: https://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/94260. Acesso em: 7 jun. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 17ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/relatorio-final-da-17a-conferencia-nacional-de-saude-e-disponibilizado-pelo-cns/. Acesso em: 8 jun. 2025.

COUTINHO, J. G. D. **Se você está aqui, é porque eu existo**: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

FENAMI. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes**. 2023. Disponível em: https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fef99226ca2f481eb00cc8268da941ee.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201700010185. Acesso em: 11 set. 2026.

LAMY, Z. C. *et al.* **ReGHID**: saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes migrantes venezuelanas no Brasil: sumário executivo. São Luís: Fiocruz; UFMA, 2023.

MADI, M. C. C.; CASSANTI, A. C.; SILVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 67-71, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/j/sausoc/2009.v18n2/. Acesso em: 11 set. 2026.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/. Acesso em: 11 set. 2026.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **II Comigrar: Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/migracoes/participacao-social-1/comigrar/cadernos-com-propostas-priorizadas/2COMIGRARCadernoFinal1_compressed1.pdf. Acesso em: 28 maio 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 7 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica n. 2/2025-SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20250407_O_ SEI0047071175NT022025CoberturaPotencialEstimadadaAPSnoSUS_7580492751288227022.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto n. 12.657, de 7 de outubro de 2025**. Institui a Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/D12657.htm. Acesso em: 13 out. 2025.

REIS, A. *et al.* Mediação intercultural em contextos de cuidados em saúde: projeto MEiOS. **Revista da UIIPSantarém**, Santarém, v. 8, n. 1, p. 3-16, 2020. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19873. Acesso em: 3 maio 2025.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed. Acesso em: 8 maio 2020.

SANTOS, E. C. de los; GATICA, M. G. Reflexionando sobre el carácter forzado en las mobilidades humanas. **Revista de Historia Social y de las Mentalidades**, Santiago, v. 23, n. 2, p. 111-131, 2019. Disponível em: https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/historiasocial/article/view/4024. Acesso em: 4 ago. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA; PEREIRA, D. A. **O papel da mediação cultural no atendimento a refugiados e imigrantes**. Foz do Iguaçu: UNILA, 2021.

WALDMAN, T. Uma introdução às migrações internacionais no Brasil contemporâneo: módulo 2. **Curso Defensoria Pública da União**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, 2018. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/jspui/handle/1/6451. Acesso em: 9 jun. 2025.

Capítulo 5

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO ATENDIMENTO SOCIOASSISTENCIAL A MULHERES MIGRANTES

Valéria Cristina Gomes de Castro
Ariane Rego de Paiva
Mônica de Castro Maia Senna

Introdução

Este capítulo tem o objetivo de problematizar o atendimento prestado a mulheres migrantes nos serviços socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e indicar possíveis caminhos para que a assistência social se constitua como uma das políticas públicas prioritárias no acolhimento à população migrante em situações de vulnerabilidades sociais e econômicas.

Embora não seja um fenômeno recente, processos migratórios, sobretudo transnacionais, têm se avolumado nas últimas décadas, despertando a atenção de estudiosos, governos nacionais, organizações não governamentais e agências multilaterais. Grandes fluxos de migrações transnacionais são amplamente reportados em diversos noticiários pelo mundo e estão cada vez mais presentes nos discursos políticos, sobretudo em face da onda crescente de nacionalismo, fechamento de fronteiras e ascensão de governos de extrema direita em vários países.

Os grandes fluxos migratórios das últimas décadas estão diretamente ligados às recentes mudanças no capitalismo global e suas crises, que envolvem as transformações no mundo do trabalho e seus impactos nas sociabilidades e nas condições de vida, desenvolvimento tecnológico e possibilidades de mobilidade, além de conflitos políticos, disputas geopolíticas, crises climáticas e degradação do meio ambiente. A busca por melhores condições de vida, seja pela fuga de conflitos armados e/ou perseguições políticas, seja devido a questões climáticas, seja ainda por pobreza, miséria e fome, indica que são muitas as determinações sociais das migrações contemporâneas.

> Este é, portanto, um campo de estudos e intervenção que congrega um conjunto de determinações estruturais do capitalismo, dinâmicas sócio-históricas globais e particularidades regionais. Os contornos alçados pelos deslocamentos na atualidade evidenciam uma heterogeneidade que abarca diferentes processos de migração, diferentes grupos e diferentes sujeitos, desafiando as análises teórico-metodológicas assim como a organização de respostas políticas e institucionais que considerem a diversidade de deslocamentos e uma complexidade de categorias migratórias, bem como aspectos ligados a questão dos povos tradicionais, geracionais, de gênero, as particularidades de segmentos LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexuais) (Paiva et.al., 2018, p. 12).

Como questiona Reis (2004), se há tecnologia suficiente para garantir o deslocamento de pessoas em todo o globo terrestre, e se há uma dramática desigualdade entre as regiões, por que não esperar que haja migrações em busca de melhores condições de vida?

O Brasil tem se configurado como um Estado receptor de migrações transnacionais na América Latina, o que exige a construção de ações e políticas públicas capazes de garantir proteção social aos diversos grupos de migrantes em suas necessidades e demandas sociais. Cabe registrar a criação, em 2005, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que é responsável por organizar a política de assistência social em todo o país, constituindo uma ampla rede

de serviços, programas e benefícios. O atendimento aos migrantes que estejam em território nacional é garantido pelo SUAS assim como a todos os outros cidadãos brasileiros. No entanto, garantir igualdade no acesso da população migrante aos programas e benefícios ainda é um grande desafio.

As questões trazidas ao debate neste capítulo partem de um estudo bibliográfico e de análise documental, por meio dos quais se buscou identificar e debater dificuldades e potencialidades da Política de Assistência Social como parte de um conjunto mais amplo de intervenções públicas de acolhimento e de integração local aos imigrantes transnacionais. Foram utilizados como referência estudos que abordam algumas experiências no atendimento a mulheres migrantes, bem como a análise de documentos federais e de organizações internacionais que norteiam as ações da assistência social, reconhecendo as limitações deste *corpus* analítico para a compreensão da execução das ações efetivas.

Migração e mulheres: breves apontamentos

Apesar de o direito de migrar estar contido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), não existe o dever de acolher os migrantes por parte dos Estados nacionais, considerando a estrutura do mundo globalmente organizado pelos valores de soberania dos Estados.

Na perspectiva do sistema protetivo internacional, a migração pode ser caracterizada como voluntária ou involuntária. A migração involuntária diz respeito ao deslocamento forçado devido a vários determinantes como guerras, conflitos armados, mudanças climáticas, desastres etc. Já a migração dita voluntária é aquela em que os migrantes decidem sair de seus locais de origem por questões econômicas ou outros motivos temporários como turismo, estudo, entre outros. Essas distinções tentam classificar as(os) migrantes e as respostas de regularização migratória, em processos complexos que envolvem

disputas de interesses econômicos, políticos e diplomáticos entre Estados e envolvem outros atores da governança migratória, tanto no plano internacional quanto no doméstico (Paiva, 2022, p. 141).

O que nos interessa aqui é demonstrar que essas categorias não podem ser fixas, e tanto as(os) migrantes voluntárias(os) quanto as(os) involuntárias(os) possuem necessidades de proteção. Muitas(os) delas(es), ao chegarem a países de acolhida, estão em graves situações de violações de direitos humanos e em vulnerabilidades socioeconômicas, o que exige políticas que garantam acolhida e atendimento a suas demandas. Mulheres, crianças e idosos são os grupos de maiores vulnerabilidades nos processos migratórios, principalmente quando ocorrem travessias longas e perigosas.

As mulheres tendem a se deslocar principalmente em busca de melhores condições de vida, trabalho, saúde e estudo, em decorrência de violências de gênero ou por perseguições políticas em seus países de origem. Embora o deslocamento possa ocorrer voluntariamente, conforme a categorização da governança migratória internacional, a motivação para afastar-se do seu país de nascimento decorre, para muitas mulheres, de situações violentas.

Apesar de o foco deste trabalho não ser apenas as(os) migrantes com *status* de refugiadas(os), os dados impressionam quando se pensa na situação das mulheres refugiadas. Documentos de tendências globais para migração internacional apontam para o aumento anual de pessoas em deslocamento forçado, que ocorre devido a guerras, perseguições, violações de direitos humanos e emergência climática, sendo mais da metade delas composta por mulheres (ACNUR, 2024).

O Brasil tem recebido um grande afluxo de migrantes transnacionais nas últimas décadas. Em um levantamento feito pelo Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), a partir de dados da Polícia Federal brasileira e do Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), registrou-se aumento expressivo do número de solicitantes de reconhecimento da condição de refugiado no país no período de 2011 a 2023. Esse crescimento ocorreu

principalmente entre os anos de 2016 e 2019, com forte recuo em 2020 e 2021, quando houve restrições de mobilidade em virtude da pandemia de covid-19, tornando a crescer em 2022 (Junger Silva *et al.*, 2024, p. 11).

Nos estudos do OBMigra, acompanham-se mudanças no perfil das(os) migrantes que buscam o Brasil, anteriormente provenientes do norte global e atualmente, em sua maioria, do hemisfério sul. A busca pelo Brasil revela as dificuldades da migração para países do Norte, devido a políticas mais restritivas desde a crise capitalista da década de 1970 e mais intensamente após a crise global de 2008. Venezuela, Cuba e Angola lideram o *ranking* dos 150 países com solicitantes da condição de refugiado no Brasil em 2023, com percentuais de 50,3%, 19,6% e 6,7%, respectivamente (Junger Silva *et al.*, 2024, p. 10-11).

Embora os homens sejam a maioria entre os solicitantes ao longo de toda a série histórica de 2011 a 2023, nota-se a tendência de crescimento da participação das mulheres entre os pedidos de refúgio no Brasil, que salta de 15,8% em 2011 para 41,5% em 2023. (Junger Silva *et al.*, 2024)

O relatório do OBMigra de 2024 aponta para o fenômeno da "feminização" da migração no Brasil, o que destaca a necessidade de trazer o enfoque interseccional para as análises sobre migração no país (Junger Silva *et al.*, 2024, p. 43).

As(os) migrantes que se encontram em situações de violações de direitos ou em vulnerabilidades sociais e econômicas tendem a enfrentar uma série de dificuldades ao chegar a um novo país. No caso das mulheres, a migração em deslocamentos forçados está, muitas vezes, associada à violência de gênero, seja em seus países de origem ou durante a busca por acolhimento ou refúgio. Isso porque são escassas as leis e normas protetivas e/ou inexistem ou são inefetivas as políticas públicas em diferentes países, o que gera, portanto, fragilidades do sistema protetivo, colocando as mulheres refugiadas entre os grupos de maior vulnerabilidade social.

A violência contra mulheres refugiadas tem várias dimensões, que muitas vezes não são resolvidas pelas instituições responsáveis por seu

acolhimento. Por exemplo, diante do aumento de conflitos armados, geradores de muitos movimentos de deslocamentos, mulheres e meninas são vítimas em potencial de uma série de violências, de caráter social, cultural, psíquico e sexual (Schwinn; Costa, 2016).

Os dados de 2025 da Organização das Nações Unidas Mulheres (ONU Mulheres) apontam ainda que o momento é de alerta para ameaças crescentes de perda de direitos das mulheres e normalização da misoginia[7]. Apesar dos avanços observados na legislação relativa aos sistemas de assistência social e de saúde no Brasil, as práticas institucionais ainda se encontram fortemente permeadas por desigualdades e discriminações de gênero e étnico-raciais. Dados evidenciam que mulheres negras e indígenas figuram entre os grupos com os menores níveis de escolarização formal e os mais baixos rendimentos no mercado de trabalho. Em determinados contextos, tais desigualdades e violações de direitos tendem a se acentuar no caso das mulheres migrantes em razão de fatores como a ruptura das redes de apoio, a dificuldade de acesso a serviços básicos, a ausência de documentação, o receio de deportação e a vulnerabilidade à exploração sexual.

A relação com as(os) migrantes no Brasil é influenciada por valores morais e de segurança, muitos dos quais foram fortalecidos durante o período militar ditatorial (1964-1985), em que estrangeiros eram vistos como uma possível ameaça ao regime. Mesmo com o fim da ditadura militar ainda vigorava uma legislação que restringia a condição de refúgio, embora também garantisse alguns direitos até então limitados, chamada Estatuto do Estrangeiro (Brasil, 1980).

Já no contexto de redemocratização do país, a Lei nº 9.474/1997, chamada de Estatuto do Refugiado, baseada na Declaração de 1951 e na Declaração de Cartagena de 1984, garante vários direitos às(aos) solicitantes

7 A misoginia diz respeito a comportamentos e atitudes que expressam ódio e aversão contra as mulheres, buscando desqualificá-las, inferiorizá-las e menosprezá-las, o que reforça a noção de superioridade masculina, discriminação de gênero e as desigualdades sociais. Trata-se de uma construção social, cultural e histórica que pode se manifestar de diferentes formas, seja por meio de palavras ofensivas, discursos odiosos, humilhações, objetificação, até violências e feminicídios (Brasil, s/d).

de refúgio e às(aos) refugiados. Com esta lei, as(os) migrantes fazem a solicitação de refúgio ao chegarem ao país e passam a ter os mesmos direitos que os nacionais para acesso às políticas públicas, ao trabalho, à renda e aos direitos sociais.

Duas décadas depois, em 2017, o Estatuto do Estrangeiro (1980) foi substituído pela Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017), criada a partir de um amplo debate na sociedade. Esta lei se refere de forma ampla à política migratória brasileira e, juntamente com a Lei do Refúgio e a Lei sobre Tráfico de Pessoas de 2016, constitui um conjunto de legislações das mais avançadas do mundo. Assim, o Brasil é um país que vem apresentando aumento na recepção de fluxos migratórios, principalmente em um contexto internacional de recrudescimento de políticas de acolhimento a migrantes por governos de extrema direita, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos.

O conceito de interseccionalidade colabora para a compreensão desses processos discriminatórios. Para Akotirene (2019), a interseccionalidade é uma sensibilidade analítica pensada por feministas negras. É um conceito construído a partir do feminismo negro, cuja expressão e significado foram cunhados inicialmente pela autora estadunidense Kimberlé Crenshaw em 2001, embora o feminismo teórico negro no Brasil já identificasse, nas análises de autoras como Sueli Carneiro e Lélia Gonzalez, a origem das opressões interligadas de gênero e raça em solo nacional. Mais do que um somatório de diferentes opressões, a interseccionalidade refere-se às dinâmicas de interação e articulação entre diferentes eixos de subordinação, tais como o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios, que estruturam a vida dos sujeitos e produzem desigualdades e injustiças.

Pesquisas apontam para a necessidade de aprimoramento no atendimento à população migrante nas políticas públicas. O sumário executivo da pesquisa *Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Crisis in Central and South America (ReGHID)*, intitulado "Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas no

Brasil", destaca que, entre outros fatores, é imprescindível o reconhecimento e o respeito às diferenças culturais, linguísticas, étnico-raciais, econômicas e de gênero. Nesse sentido, enfatiza-se a importância da participação de diferentes sujeitos sociais na identificação e resolução dos problemas enfrentados por essa população, especialmente as mulheres (Lamy *et al.*, 2023).

A pesquisa evidencia a urgência da produção de registros mais fidedignos sobre o perfil da população migrante no Brasil, sobretudo das mulheres, com dados sobre o país de origem e a situação no país de acolhida. Essas informações são essenciais para o monitoramento das condições de saúde, emprego e renda, além de subsidiar a formulação de políticas públicas específicas (Lamy *et al.*, 2023).

SUAS: a assistência social como uma política pública essencial para acolhimento e atendimento de mulheres migrantes

O governo brasileiro tem adotado uma série de iniciativas voltadas à garantia de direitos das populações migrantes, das quais a política de assistência social, enfocada no presente capítulo, merece especial atenção.

Desde 2005, a Política Nacional de Assistência Social no Brasil instituiu um sistema de gestão pública unificado entre os três níveis da federação, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Seus serviços, programas e benefícios estão ofertados em praticamente todos os municípios brasileiros, o que faz das unidades de referência desta política importantes equipamentos públicos no atendimento à população.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) conferiu densidade institucional à política de assistência social até então inédita no país. Pautado pelas diretrizes de descentralização político-administrativa, participação social e primazia da responsabilidade estatal na condução da política, o SUAS articula

o conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais voltados à garantia de proteção social e defesa de direitos.

Como parte da seguridade social brasileira e dirigida a quem dela necessitar, a política de assistência social não faz distinção entre pessoas nacionais e estrangeiras residentes no país. Destaca-se que, em seu artigo 4º, a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, alterada pela Lei do SUAS de 2011) estabelece os princípios norteadores sobre o tema (Brasil, 1993).

As(os) migrantes têm sido incorporadas(os) em documentos e orientações técnicas da assistência social, acompanhando a legislação para migração e para refúgio do país (Lei nº 13.445, de 2017, e Lei nº 9.474, de 1997, respectivamente). No entanto, apesar de haver algum empenho do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), órgão responsável pela pasta em âmbito federal, em incluir a pauta migratória na política de assistência social, isso ainda não se capilarizou nos estados e municípios brasileiros.

Nos últimos planos decenais desta política pública referentes aos anos de 2005 a 2026, as(os) migrantes foram incluídas(os) como público-alvo que deve ser atendido nos serviços e benefícios assistenciais. São crescentes os números de venezuelanas(os), haitianas(os), bolivianas(os) e paraguaias(os) no Cadastro Único para Programas Sociais, o CadÚnico (série histórica entre 2012 e 2022) (Noronha; Vilela, 2023).

Particularmente, o fluxo migratório venezuelano vem apontando para a necessidade do sistema brasileiro de acolhida e proteção social aos imigrantes desde 2015, devido ao grande número de migrantes dessa única nacionalidade, além das características da migração em fronteira terrestre entre a Venezuela e Roraima e do número de indígenas *Warao* (Jarochinski; Baeninger, 2021). Há um esforço do governo brasileiro em distribuir esta população em outros estados do país, e o principal agente público desta ação, além das Forças Armadas, é o MDS.

Este processo chamado de "interiorização" tem sido realizado com muita dificuldade na prestação de serviços públicos, sem que as(os) migrantes sejam de fato compreendidas(os) como "cidadãs(os) de direitos" na oferta dos serviços e benefícios socioassistenciais de toda a rede de proteção pública da assistência social. Isso se dá pelo baixo incentivo da esfera federal e dos estados para apoio financeiro e técnico aos municípios, mas também por resistências associadas à xenofobia, ao racismo e a outras formas de preconceito contra as(os) migrantes.

Para debatermos o tema das mulheres migrantes e o SUAS, é necessário, portanto, escapar das armadilhas de generalizações simplificadas. A enorme desigualdade social e econômica do país se manifesta também em diferenças de capacidade técnica e de gestão entre as regiões e municípios brasileiros na implementação de políticas públicas, resultando em grandes disparidades na quantidade e na qualidade da oferta de ações e serviços públicos. Nesse sentido, reconhece-se que as políticas públicas que envolvem as(os) migrantes transnacionais no Brasil tendem a se dar de forma diferente, a depender da região, considerando, inclusive, as cidades fronteiriças. Além disso, as relações com pessoas de outras nacionalidades envolvem complexas relações diplomáticas e multiculturais, considerando ainda as diversas nacionalidades e etnias que chegam ao país e que envolvem características e formas de organização social e política muito heterogêneas.

As mulheres migrantes em situação de vulnerabilidades socioeconômicas, ou vitimadas pela violência de qualquer natureza podem acessar os serviços de assistência social, inclusive os benefícios socioassistenciais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou o Programa Bolsa Família (PBF), desde que cumpram as exigências de elegibilidade, como as(os) nacionais do país, não havendo distinção entre cidadãs(os) brasileiras(os) e imigrantes (Paiva, 2022).

Em 2014, a partir de normativa interna (Ofício Circular Conjunto nº 2/2014 SENARC e SNAS/MDS, de 11 de fevereiro de 2014), o MDS esclareceu

aos entes federativos que migrantes poderiam ser cadastrados no CadÚnico e serem beneficiados pelo PBF, desde que apresentassem documentação e atendessem aos critérios de elegibilidade. Em relação ao BPC, havia o entendimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de que este não deveria ser pago às(aos) migrantes, mas a partir de 2017, houve decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) pelo direito de as(os) migrantes acessarem esse benefício, se cumpridos os critérios de elegibilidade vigentes.

A partir de 2016, quando houve notícias de aumento das migrações globais, tensionamento das fronteiras e da rede de atendimento no Brasil com a experiência da chegada dos haitianos em 2010 e dos venezuelanos em 2015, a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) do MDS lançou um documento intitulado "O papel da assistência social no atendimento aos migrantes" (Brasil, 2016), fruto do acúmulo de debates no período de 2015 a 2016 realizados por uma Câmara Técnica dos Migrantes, instituída no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das ações desenvolvidas pela SNAS sobre o tema.

O documento recupera as ações realizadas em 2012 e 2013, quando o MDS repassou recursos para estruturação de abrigos provisórios e alimentação das(os) migrantes haitianas(os) nos estados fronteiriços do Acre e do Amazonas. Em 2014, o cofinanciamento do governo federal foi expandido para os municípios compreendidos nas rotas do fluxo migratório haitiano, para atendimento em abrigos, já que as cidades fronteiriças do Norte eram apenas lugares de passagem. Naquele período, a maioria dos migrantes era do sexo masculino e, depois, foi identificado o crescimento da chegada de mulheres, o que pode estar relacionado à unificação familiar. O que o documento não conta, porém, é que no início da chegada dos imigrantes, a ação governamental foi demorada e sofreu inúmeras críticas devidas ao despreparo da acolhida, marcada pela precariedade e pelo improviso.

> Ao chegarem à fronteira brasileira, primeiro em Tabatinga (AM) e depois em Brasiléia (AC), muitos imigrantes já não dispunham

> de recursos, nem mesmo para as necessidades básicas. Outros chegavam debilitados e doentes. Contudo, em Tabatinga, outro drama começaria em razão da longa espera para serem atendidos no posto da Polícia Federal (Silva, 2012, p. 305). Aqueles que ainda tinham algum recurso alugaram casas e quartos, que foram compartilhados entre familiares e amigos; quem não tinha teve que contar com o apoio humanitário da Igreja Católica, que arcou com o ônus da acolhida naquela cidade. Igrejas evangélicas também participaram, porém, oferecendo apenas seus espaços para o culto em língua materna (Silva, 2017, p. 104).

O fato é que, apesar da experiência com as(os) haitianas(os), o governo brasileiro, por meio do MDS, não elaborou uma política de emergência para acolhimento nas situações de grandes fluxos migratórios, recaindo sobre as entidades da sociedade civil as ações emergenciais, o que voltamos a verificar quando as(os) venezuelanas(os) iniciaram a travessia da fronteira terrestre em Roraima a partir de 2015.

Em 2018, o grande fluxo de venezuelanas(os) na fronteira norte do país levou o governo brasileiro a adotar algumas medidas de atendimento à população migrante, porém os abrigos previstos na legislação e nas normativas da política de assistência social ficaram sob a responsabilidade das Forças Armadas, cabendo ao MDS a mera função de apoio, principalmente voltado para ações de interiorização, com forte presença dos organismos internacionais e de organizações sociais na implementação das ações.

> [...] fica nítida a ausência de profissionais da área social, e consequentemente nas mediações de conflitos, nas poucas atividades socioeducativas e pedagógicas (às vezes nenhuma), o que nos leva a pensar no caráter provisório e precário com que se atende os migrantes, com preocupações muito mais regulativas no campo jurídico-normativo da sua condição migratória, do que com suas questões sociais, econômicas e psicológicas (Paiva; Paiva; 2021, p. 177).

Nos abrigos improvisados, superlotados com muitas pessoas e em condições precárias de acolhimento, mulheres e crianças se encontram em grandes situações de vulnerabilidades, com risco de serem vítimas de todas as formas de violências.

Em 2023, a Organização Internacional para Migrações (OIM) publicou em parceria com o MDS o documento "Orientações para o Atendimento a Migrantes Internacionais no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)" (Brasil, 2023). Neste documento há o esforço de apresentar o desenho institucional da política de assistência social, seus benefícios e serviços, e definir que imigrantes em qualquer situação migratória e em condições de vulnerabilidade social ou com violações de direitos têm direito à assistência social.

Baseado em uma publicação da OIM de 2018, este documento orientador (Brasil, 2023) chama a atenção das(os) profissionais operacionalizadores da assistência para princípios gerais que visam aprimorar o atendimento às(aos) migrantes. Um deles é a "sensibilidade de gênero", em que se observa a preocupação em demonstrar as várias situações de vulnerabilidades e violências a que as imigrantes podem estar expostas, quando se entrecruzam formas de discriminação e marcadores de opressão, como gênero, raça e etnia, idade, orientação sexual, entre outros.

Por outro lado, as organizações internacionais têm sido responsáveis pela tentativa de gerir uma certa "governança global" em relação à população migrante, juntamente com outros atores, como especialistas, organizações não governamentais, Estados e corporações. A governança global migratória influencia diretamente a forma de acolhimento e atendimento da população migrante nos sistemas domésticos dos países, interferindo e induzindo a política de assistência social em sua implementação nos municípios.

Nessa perspectiva, as estratégias de governos de extrema direita em relação às(aos) migrantes, especialmente nos Estados Unidos da América, com a eleição do governo de Donald Trump, dificultam ainda mais o acolhimento

e a permanência dessas pessoas e influenciam muitos países ao associá-las ao crime organizado.

> Essa estratégia também representa um perigo maior ao reforçar um discurso político que criminaliza migrantes em geral, utilizando a narrativa de combate ao crime como pretexto para endurecer políticas imigratórias e ampliar deportações arbitrárias. A lógica de associar migração à criminalidade cria um ambiente propício para a perseguição de migrantes vulneráveis, especialmente latino-americanos, sem que haja uma análise criteriosa de cada caso. Ao alimentar estereótipos e políticas repressivas, essa prática pode aprofundar crises humanitárias e colocar milhares de migrantes em risco (França, 2025, p. 78).

Considerações finais

Muitos desafios são colocados diante da necessidade de ações efetivas de políticas assistenciais a mulheres migrantes no Brasil. O primeiro deles se refere à própria estrutura do SUAS, que nos últimos anos passou por um profundo desmonte, tanto em termos de sua capacidade de funcionamento, devido, sobretudo, ao desfinanciamento, processo esse que atinge o conjunto das políticas sociais na era de austeridade, constitucionalizada desde 2016, quanto na articulação das redes de implementação nos estados e municípios. O avanço de políticas restritivas de direitos e, mais recentemente, o corte de fomento por parte de organizações internacionais a programas equitativos, especialmente em relação à migração só agravam este quadro.

Outra questão relevante refere-se à tradição religiosa, principalmente do catolicismo, ainda muito frequente em políticas desta natureza. Este tema compõe um conjunto de indagações de difícil reflexão, na medida em que muitas mulheres migrantes são oriundas de países

em que a formação cristã, embora possa ser oficialmente majoritária, é mesclada com concepções de religiões de matriz africana, de culturas indígenas, de outras crenças ou mesmo sem religiões definidas. Com isso, pessoas que migram e que professam outros modos de vida, como os povos das florestas, andinos, muçulmanos, entre outros, podem apresentar dificuldades em recorrer a serviços assistenciais no Brasil em situações de grande vulnerabilidade social.

Destacam-se ainda questões referentes ao crescimento das religiões protestantes em diversas regiões, temas que merecem estudos e análises mais aprofundados. Aspectos relacionados ao controle dos corpos em relação à sexualidade e aos direitos reprodutivos, cuidados com os filhos e costumes também podem estar diretamente envolvidos nas relações que se estabelecem na prestação de serviços assistenciais. Hábitos e valores podem ser confrontados entre práticas seculares de comunidades tradicionais e a cultura cristã ocidental.

Ressalta-se, no entanto, a longa construção das profissões mais diretamente relacionadas à política de assistência social no país, em prol da laicidade do Estado e dos direitos de cidadania em detrimento da caridade. Por outro lado, diante das complexas relações que envolvem a migração e os riscos a que é submetida essa população, principalmente as mulheres, os grupos religiosos parecem estar entre os poucos que conseguem romper com lógicas de dominação, violência e exploração construídas ao longo dos anos.

Todos esses aspectos apontam para a relevância da formação das(os) profissionais que atuam na rede de assistência social no país, no que se refere aos direitos das mulheres, à decolonialidade das relações entre os povos e países e à potencialização de lideranças políticas de mulheres migrantes de países do Sul Global, na luta por um sistema público equitativo e que garanta direitos sociais a todas as pessoas no país.

Referências

ACNUR. **Global trends report 2023**. Copenhagen: ACNUR, 2024. Disponível em: https://www.unhcr.org/media/global-trends-report-2023. Acesso em: 13 maio 2025.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. **Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980**. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF, 1980. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 e determina outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm. Acesso em: 21 mar. 2025.

BRASIL. **Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 1 mar. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Orientações para o atendimento a migrantes internacionais no Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Brasília, DF: MDS, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/publicacoes-para-atendimento-de-migrantes-e-refugiados-sao-lancadas-na-13a-conferencia-nacional-de-assistencia-social/guia_suas_oim_mds.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. **Relatório anual OBMigra 2023**: OBMigra 10 anos: pesquisa, dados e contribuições para políticas. Série Migrações. Brasília, DF: OBMigra, 2023. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/observatorio/relatorios-obmigra. Acesso em: 11 set. 2026.

FRANÇA, R. Alguma coisa está fora da ordem, fora da nova política migratória global. In: CADERNOS CRIS/FIOCRUZ. **Informe sobre saúde global e diplomacia da saúde**, n. 5, 20 mar. 2025. p. 74-79. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/. Acesso em: 13 maio 2025.

JAROCHINSKI SILVA, J. C.; BAENINGER, R. O êxodo venezuelano como fenômeno da migração Sul-Sul. **REMHU**: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, Brasília, v. 29, n. 63, p. 123-139, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006308. Acesso em: 11 set. 2026.

JUNGER, G.; CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Refúgio em números**. 9. ed. Série Migrações. Brasília, DF: OBMigra; Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros-e-publicacoes. Acesso em: 15 maio 2025.

LAMY, Z. C. *et al.* **ReGHID**: saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes migrantes

venezuelanas no Brasil: sumário executivo. São Luís: Fiocruz; UFMA, 2023. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/03/REGHID_sumario_executivo_9mar23.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

NORONHA, C. L. A.; VILELA, E. M. A estrutura familiar e a distribuição regional dos imigrantes registrados no CadÚnico: uma análise entre 2012 e 2022. In: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. **Relatório anual OBMigra 2023: OBMigra 10 anos**: pesquisa, dados e contribuições para políticas. Série Migrações. Brasília, DF: OBMigra, 2023. p. 131-151. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/observatorio/relatorios-obmigra. Acesso em: 11 set. 2026.

ONU MULHERES. **Conferências mundiais da mulher**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/. Acesso em: 2 maio 2025.

PAIVA, A. R. de; DIAS, A. C. de S.; MOULIN, C. Migrações e refúgio: travessias interdisciplinares, desafios globais. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 41, p. 9-22, maio/ago. 2018. Disponível em: https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/. Acesso em: 11 set. 2026.

PAIVA, A. R. de; GONÇALVES, G. de P. Operação Acolhida: entre a militarização e a assistência social. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Rio Grande, v. 13, n. 26, p. 164-181, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.14295/rbhcs.v13i26.12552. Acesso em: 11 set. 2026.

PAIVA, A.; HORA, T. Violência sexual contra mulheres em situação de refúgio. In: CAVALCANTI, L. F. (org.). **Violência sexual contra a mulher**: abordagens, contextos e desafios. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2022. p. 241-257.

PAIVA, A. Assistência social e o atendimento a migrantes internacionais no SUAS. In: AMADO, M. do A. B. de J.; OLIVEIRA, M. A. de (org.). **Dossiê temático**: a implementação do SUAS e o MPRJ. Rio de Janeiro: CAO Cidadania/MPRJ; IERBB/MPRJ, 2022. p. 140-154.

REIS, R. R. Soberania, direitos humanos e migrações internacionais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 149-163, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-69092004000200009. Acesso em: 11 set. 2026.

SCHWINN, S. A.; COSTA, M. M. M. da. Mulheres refugiadas e vulnerabilidade: a dimensão da violência de gênero em situações de refúgio e as estratégias do ACNUR no combate a essa violência. **Signos**, Lajeado, v. 37, n. 2, p. 216-234, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.22410/issn.1983-0378.v37i2a2016.1100. Acesso em: 11 set. 2026.

SILVA, S. A. da. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 99-117, jan./abr. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0320. Acesso em: 11 set. 2026.

Capítulo 6

MIGRAÇÃO E ABORTO: CONCEITUAÇÕES E CENÁRIOS NO BRASIL E AMÉRICA LATINA

Mônica de Castro Dantas Louza

No nosso país, o aborto ainda é uma temática tabu e permeada de falsas informações. Do mesmo modo, migração e refúgio também são questões impregnadas de preconceitos e desconhecimento. No caso do aborto, percebe-se que a atuação das forças conservadoras influenciadas pela ampliação do neoliberalismo[8] e do neoconservadorismo[9], inclusive o religioso, busca dificultar o acesso ao abortamento, mesmo que nos casos legais. Em relação às pessoas migrantes e refugiadas, a xenofobia[10] as violenta e desrespeita, impedindo o acesso aos seus direitos. Então, o que aborto e migração ou refúgio possuem em comum?

O aborto é uma complexa questão de saúde pública (Brasil, 2005) e precisa ser tratada como tal e não por meio da moralidade, religiosidade ou criminalidade. Infelizmente, o aborto é uma das principais causas de morte materna no Brasil (Borrego *et al*., 2021), sendo a morte materna decorrente dessa causa considerada evitável (Organização Mundial da Saúde, 2013).

8 O neoliberalismo é uma ideologia e um modelo econômico baseado na livre iniciativa, na competição e na diminuição dos gastos públicos e impostos, ou seja, defende a mínima intervenção do Estado na economia, a desregulamentação, a privatização de empresas estatais e a abertura ao livre mercado.

9 O neoconservadorismo é uma corrente política que combina princípios de livre mercado (neoliberalismo) com um forte conservadorismo cultural e moral, defendendo valores tradicionais e religiosos contra o que considera "progressismo". Em muitos casos, articula-se com a criação de novas estratégias políticas e sociais que promovem a competição e o individualismo.

10 Xenofobia é a combinação entre os termos xeno (estrangeiro) e fobia (medo ou aversão), significando aversão, hostilidade ou ódio contra pessoas estrangeiras, baseados em preconceitos que podem levar à discriminação e à violência.

Diante disso, como não ter um diálogo aberto sobre uma questão de saúde pública tão urgente?

No Brasil, o aborto é previsto em lei em apenas três casos, de acordo com os incisos I e II do artigo 128 do Código Penal Brasileiro e com a Arguição de Preceito Fundamental (ADPF) 54: quando a gravidez traz risco de vida para quem gesta, quando a gravidez é resultante de estupro e quando o feto é anencéfalo[11], condição incompatível com a vida. Entretanto, infelizmente, até nos casos legais, há dificuldades de garantia dos direitos. Então, se as pessoas nascidas neste país são muitas vezes impedidas de acessar o procedimento com facilidade, o que as pessoas migrantes e refugiadas estão vivenciando?

Em 2024, segundo o Boletim da Migração do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), no Brasil vivem aproximadamente 2 milhões de migrantes, tendo chegado no último ano quase 200 mil. Os maiores motivos de pedidos por abrigo são: acordos entre a América do Sul, reunião familiar, trabalho e investimentos e estudos (Brasil, 2025a). Os venezuelanos são a maior população migrante até o momento, cerca de 95 mil. Para as(os) brasileiras(os) que migraram para o exterior, os destinos mais visados foram Estados Unidos e Portugal (Brasil, 2025a).

A migração no Brasil, relacionada ao abortamento, ocorre tanto internamente, de um estado ou de uma cidade para outro estado ou outra cidade, como para o exterior. De acordo com Mariana Jacobs (2022), em 2019 apenas 3,6% (200) dos municípios possuíam estabelecimentos de saúde com oferta de aborto previsto em lei, majoritariamente na região Sudeste. Apenas 16% dos deslocamentos intermunicipais possuíam ligações regulares de ida e retorno em transporte público com tempo de viagem total variando de 26 minutos a 4 dias e meio e custando de R$ 2,70 a R$ 1.218,06. A autora afirmou que a concentração de serviços de aborto legal se constitui como uma barreira de acesso, apesar de o Brasil ter capacidade para capilarizar parte da oferta.

11 A anencefalia é uma gravíssima malformação congênita caracterizada pela ausência total ou parcial do cérebro e da calota craniana, sendo uma condição incompatível com a vida extrauterina, pois os que nascem com ela geralmente morrem logo após o parto.

As migrações para o exterior em busca de abortamento ocorrem de forma autônoma ou com auxílio de projetos da sociedade civil, que, além de informar sobre os direitos relacionados à justiça reprodutiva, também facilitam a chegada das mulheres nos serviços de abortamento, como a organização não governamental (ONG) Projeto Vivas. Este projeto auxilia a migração interna e externa de pessoas que gestam, especialmente para a Argentina, país que em 2020 legalizou o aborto até a 14ª semana. Já o Projeto Milhas Pela Vida das Mulheres incide na migração interna, fortalecendo o acesso aos serviços no Brasil. Ambos trabalham dentro da legalidade de cada país.

Desse modo, percebe-se que uma das maiores dificuldades ao estudar a confluência entre aborto, migração e refúgio é a escassez de informações sobre a junção das temáticas. Este capítulo tem como objetivo ser um instrumento de informação e capacitação sobre abortamento, no contexto de migração, apesar da importante lacuna de informações e do desconhecimento no cenário brasileiro. Este trabalho busca discorrer sobre a conceituação básica do abortamento para divulgar informações para pessoas migrantes e refugiadas, profissionais que atuam com essa população e leitoras(es) interessadas(os) no assunto, além de apresentar brevemente como estão as políticas públicas nacionais e da América Latina relacionadas ao aborto.

O abortamento e suas conceituações: aproximar para compreender

O abortamento era considerado um evento reprodutivo comum nas vivências das mulheres, assim como a contracepção, a gestação e o parto, e tinha nas parteiras suas principais prestadoras de serviços e cuidados. De acordo com Carole Joffe (2009), o desenvolvimento da medicina moderna, incluindo a ginecologia e a obstetrícia, a partir do século XIX, buscou

transformar o abortamento em procedimento médico, regulando e limitando a prática. Isto aponta a influência religiosa, social, política e médica sobre os corpos de quem gesta.

De acordo com o Center of Reproductive Rights (s.d. b), mais de 60 países e territórios, nos últimos 30 anos, ampliaram as suas leis relacionadas ao abortamento, inclusive o Brasil que, em 2012, legalizou o aborto nos casos de gestações de fetos anencéfalos. Neste tempo, apenas quatro países reverteram a legalidade do aborto (Estados Unidos, Nicarágua, Polônia e El Salvador) e dois países possuem leis de aborto que diferem a cada estado (Estados Unidos e México).

O aborto, segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2011, p. 22), é o "produto da concepção eliminado no abortamento" e o abortamento é a "interrupção da gravidez até a 20ª-22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500 gramas" (Brasil, 2011, p. 22). Apesar de as palavras 'aborto' e 'abortamento' terem definições diferentes, costumeiramente são tratados como sinônimos para se referir ao procedimento em si, o que também será feito neste texto. Para explicitar melhor os tipos de abortamento, foi elaborado o quadro abaixo.

Quadro 1. Conceituações dos tipos de abortamento

ABORTO	
MODO	ESPONTÂNEO OU NATURAL – acontece independentemente da vontade da pessoa gestante, sendo o seu próprio organismo que o realiza (Aguiar et al., 2018).
	PROVOCADO OU INDUZIDO – ocorre com a intenção da pessoa gestante e/ou de outrem, podendo ser legal ou ilegal (Aguiar et al., 2018).
LEGALIDADE	LEGAL OU PREVISTO EM LEI – equivale às situações previstas por lei, como as três causas legais no Brasil, quando a gravidez traz risco de vida para quem gesta, quando a gravidez é resultante de estupro e quando o feto é anencéfalo, condição incompatível com a vida.
	ILEGAL OU CLANDESTINO – realizado fora do amparo da lei, ou seja, todas as outras situações que não as três mencionadas acima.

SEGURANÇA	SEGURO – aquele feito por profissionais de saúde formados em local de boa higiene e por meio de medicamentos e métodos adequados. Também pode ocorrer por meio da informação prestada por essas(es) profissionais, no caso de autoaborto, por exemplo. Estes abortamentos preservam a vida da pessoa gestante e diminuem os gastos dos sistemas de saúde relacionados às complicações no pós-aborto (Organização Mundial da Saúde, 2013).
	INSEGURO - aqueles realizados por pessoas de modo incorreto e em ambientes inadequados, podendo ocorrer por meio de objetos introduzidos no útero, ingestão de produtos nocivos à saúde, socos no abdômen e curetagem feita de maneira errada (Organização Mundial da Saúde, 2013).
MÉTODO	MEDICAMENTOSO - a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a utilização de dois medicamentos, preferencialmente associados, para a realização do abortamento medicamentoso: o misoprostol, de nome comercial Cytotec, e a mifepristona. No Brasil, é utilizado apenas o misoprostol, que é eficaz e seguro (Löwy; Côrrea, 2020) para o abortamento, pois a mifepristona não é registrada no país. O misoprostol pode ser usado de forma sublingual, bucal e vaginal, sendo a última preferencial por causar menos efeitos colaterais (Brasil, 2011), contudo deve ser respeitada a forma desejada pela pessoa gestante.
	CIRÚRGICO – visa esvaziar completamente o útero e pode ser feito por meio da curetagem e da aspiração manual intrauterina (AMIU), com anestesia local ou geral. A curetagem é um método antiquado por ser uma raspagem do útero, aumentando as chances de perfuração. Apesar de ainda ser muito realizada no Brasil devido ao baixo custo e por ser uma forma de punição para quem aborta, a OMS (2013) recomenda a sua substituição pela AMIU. Este método de aspiração, a AMIU, pode ser feito ambulatorialmente, dependendo da idade gestacional, proporcionando menos dor, recuperação mais rápida e menores taxas de sangramento e infecção (Ampara, 2023).
	EXPECTANTE – acompanhamento ambulatorial até a eliminação completa do material ovular ou por administração de medicamentos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Por fim, é fundamental sinalizar a importância do alinhamento das políticas públicas ao direito de decidir de quem gesta. A legalidade ou ilegalidade do aborto não impede a necessidade e o desejo de realizá-lo, mas afeta o acesso das pessoas gestantes a um abortamento em condições seguras. Algumas pessoas podem escolher ter ou não filhos, outras são confrontadas com a maternidade compulsória e ainda há aquelas impedidas de vivenciar a maternidade, como as mulheres pobres e negras, as com transtornos psiquiátricos e as que fazem

uso prejudicial de substâncias psicoativas, sendo as mais suscetíveis à retirada de seus filhos e às esterilizações forçadas.

Assim, torna-se possível perceber que o abortamento compõe a agenda da justiça reprodutiva, tema tratado de forma aprofundada em outro capítulo, que alia direitos reprodutivos e justiça social. É inviável experienciar a autonomia reprodutiva se as opressões estruturais inviabilizam tais escolhas e preservam as desigualdades raciais, sociais, de gênero, de etnia e afins (Brandão; Cabral, 2021).

O aborto no Brasil e no mundo: cenários vividos

O aborto, como já sinalizado, é um tema interditado e criminalizado na sociedade brasileira, entretanto, apesar das barreiras impostas pela moralidade, incluindo as barreiras de acesso aos serviços de saúde, as mulheres e pessoas de outras identidades de gênero com capacidade de gestar, como homens trans e pessoas não binárias abortam! De acordo com a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2021, uma em cada sete mulheres já realizou abortamento aos 40 anos (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2023), sendo considerado um evento reprodutivo comum e frequente na vida das pessoas que gestam neste país.

Antes de adentrarmos nas pesquisas sobre abortamento, é importante conhecer alguns dados sobre a gestação. A Pesquisa Nascer no Brasil estimou que 55,4% das gestações não são planejadas (Theme-Filha *et al.*, 2016), 30% dessas mulheres não desejaram a gestação atual, 9% estavam insatisfeitas com a gravidez e 2,3% disseram que tentaram abortar. As mulheres com gestações indesejadas iniciaram tardiamente o pré-natal e tiveram menos consultas do que as demais, indicando a importância do direito de decidir das mulheres com a ampliação do planejamento reprodutivo. É importante que possam decidir se e quando querem engravidar, o que também pode melhorar os resultados maternos e neonatais (Leal; Gama, 2012). Entretanto, é fundamental apontar

que nem toda gestação não planejada é indesejada. O importante é saber quais são as decisões da pessoa gestante e estimular que as políticas públicas acolham os desejos, seja o de prosseguir com a gestação ou não.

García-Enguídanos *et al.* (2002), baseando-se em dados mundiais, que incluem o Brasil, indicam que aproximadamente 15% a 20% das gestações resultam em abortamento espontâneo. Nas gestações indesejadas, 56% resultam em abortamento induzido (Singh *et al.*, 2017). Os abortos no Brasil, em sua maioria, acontecem de modo clandestino e, no caso de mulheres pobres, de modo inseguro (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2023). As mulheres mais vulnerabilizadas são as principais vítimas do abortamento ilegal, sendo estas: as mulheres pobres e negras, pardas ou indígenas de baixa escolaridade, com menos de 14 e mais de 40 anos, sem companheiro, moradoras das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020).

A Pesquisa Nacional do Aborto de 2021 indicou que 52% das mulheres fizeram o primeiro aborto aos 19 anos ou menos, duas em cada três grávidas (66%) não tinham planejado essa gravidez e entre aquelas que realizaram um aborto, mais de ⅕ (21%) fizeram dois ou mais abortos (74% são de mulheres negras). Isto demonstra a necessidade crítica de uma política integrada de justiça reprodutiva no Brasil, desde a educação sexual abrangente até a descriminalização do aborto. Além disso, indica que um subgrupo de mulheres que enfrentam uma vulnerabilidade acrescida nas suas vidas reprodutivas está provavelmente exposto a resultados mais negativos em termos de saúde (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2023).

Emanuelle Goes aborda os receios de mulheres negras buscarem os serviços de saúde por causa da discriminação interseccional e do racismo institucional (Goes, 2018), já que essas mulheres são as que mais sofrem violência obstétrica na finalização do abortamento espontâneo ou induzido, e as mais denunciadas pelos profissionais de saúde (Goes, 2019). Outra pesquisa aponta que 54,2% das mulheres criminalizadas pelo abortamento entre 2005 e 2017 eram mulheres negras e 30,9% do número total de mulheres

foram denunciadas por profissionais de saúde de hospitais ou postos médicos (DPRJ, 2017). Estas pesquisas evidenciam que os locais que deveriam cuidar das pessoas que passaram por abortamento são aqueles que as conduzem para a criminalização. Por saberem disso, essas mulheres vivenciam mais riscos, já que tendem a adiar a decisão pelo abortamento, realizando-o em estágio avançado.

Outra triste descoberta trata das notificações de uso de substâncias tóxicas na tentativa de aborto, pois as mulheres cisgênero pretas e pessoas pretas que gestam representam 54% dos casos. São as pessoas pretas que utilizam as substâncias mais letais, como raticidas, plantas tóxicas e substâncias de origem desconhecida e apresentam maiores danos à saúde em relação às mulheres brancas. Estas utilizam mais medicamentos na tentativa de aborto (Goes; Lima, 2023). Isto reforça o argumento de que o aborto é um problema de injustiça reprodutiva e, consequentemente, de saúde pública. Em um país tão atravessado pelas opressões de raça, classe, regionalidade, entre outros marcadores sociais, torna-se necessário um olhar atento para tratar a questão do abortamento.

América Latina e Caribe em foco: nossas *hermanas* abortam?

A América Latina é uma região do mundo estabelecida por critérios históricos, culturais, econômicos e políticos. Ela é composta por 33 países que se localizam geograficamente na América do Sul, América Central, América do Norte e Caribe. Seus idiomas oficiais são: espanhol, português e francês, além das línguas indígenas. Esta região foi colonizada especialmente por Portugal e Espanha, o que influencia a constituição do seu povo.

A maior parte da América Latina está localizada no Sul Global, região que tende a apresentar maior restrição ao aborto legal no mundo, sendo que a

América Latina e o Caribe são as regiões com as leis mais restritivas. O Brasil está entre os países com as leis penais mais severas (Ampara, 2023). O Instituto Guttmacher (2018) estimou que ocorreram entre 2010 e 2014 6,5 milhões de abortos induzidos na América Latina. Sabe-se que um dos desfechos possíveis para gravidezes indesejadas é o abortamento, principalmente o abortamento clandestino, em muitos casos, inseguro. De 2015 a 2019, avaliou-se que, em média, na América Latina e no Caribe, a taxa de gravidez indesejada é de 69% entre mulheres de 15 a 49 anos, sendo a média global de 64%. Já em relação à taxa de aborto, no mesmo período, ocorreram 32 abortos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva na América Latina, contrastando com 17 na Europa e América do Norte (Bearak *et al.*, 2022).

Na América Latina, há países que descriminalizaram o abortamento, como Argentina (até a 14ª semana), Uruguai (até a 12ª semana), Colômbia (até a 24ª semana e depois com condicionantes), Cuba (até a 12ª semana), Guiana (até a 8ª semana) e Guiana Francesa (até a 16ª semana). Em outros, o aborto segue considerado crime, mas há exceções para a sua realização, como no Brasil, Bolívia, Paraguai, Equador, Venezuela e Peru. No México, o Supremo Tribunal descriminalizou o aborto: 19 dos 32 estados já seguiram a recomendação. Ainda há os países que criminalizam de forma absoluta o aborto: Nicarágua, Suriname, Honduras, El Salvador, Haiti e República Dominicana.

O movimento Onda Verde, que fomentou a legalização do aborto na Argentina, Colômbia e México, estende-se por toda a América Latina, visando impulsionar e fortalecer as discussões sobre a sua legalização. Nossas *hermanas* não apenas abortam, mas também se somam às manifestações nas ruas na busca para que toda a América Latina alcance a legalização e, consequentemente, o cuidado em saúde, impedido pela clandestinidade. Este movimento Onda Verde, que se refere aos lenços verdes utilizados pelas ativistas pró-legalização do aborto, mostra a polaridade mundial na qual, de um lado, estão as discussões sobre ampliação e materialização da justiça reprodutiva e, do outro, está a onda conservadora que visa restringir os direitos sexuais e reprodutivos.

Ao buscar entrelaçar as temáticas abortamento e migração, encontra-se, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a informação de que, em contextos de conflitos, o aborto forçado é uma das possíveis práticas de violência cometidas por grupos radicais, juntamente com o estupro, o casamento e a gravidez forçados e afins. Os contextos de crise podem levar ao processo migratório, sendo outro momento em que meninas e mulheres estão vulneráveis às violências por serem tratadas de modo discriminatório e desumanizador, com base no gênero, identidade étnica, orientação sexual, identidade religiosa e ideologia política (ONU, 2020).

A pesquisadora Taiane Hora (2023) observou em seu estudo sobre o acesso de refugiadas congolesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro as diversas barreiras que elas encontram nos atendimentos em saúde, como a diferença entre as culturas, a falta de tradutores, a demora e o mau atendimento médico, precarização dos serviços, dificuldades impostas pela violência urbana, idioma, medo de sofrer racismo e a ausência de uma política de saúde para refugiados(as). Percebe-se que o contexto de desmonte e subinvestimento no Sistema Único de Saúde (SUS) afeta as refugiadas que buscam atendimento do mesmo modo que as brasileiras.

Sou migrante e desejo abortar no Brasil: quais dificuldades posso encontrar?

O primeiro passo é conhecer os seus direitos. Caso você se enquadre nos três casos legais (gravidez resultante de estupro, gestação de feto anencéfalo ou gestação com risco de vida para a pessoa gestante), procure uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou hospital que realize o procedimento para fazer o seu pedido de abortamento legal. Se possível, vá acompanhada de alguém de sua confiança, especialmente se você tiver dificuldade de se comunicar em português. Nos casos fora do amparo da lei brasileira, é possível realizar o

procedimento em outro país da América Latina com o auxílio de projetos da sociedade civil, dentro da legalidade daquele país, como na Argentina, até a 14ª semana de gestação, e na Colômbia, até a 24ª semana.

Além dos projetos da sociedade civil já mencionados, Projeto Vivas e Projeto Milhas pela Vida das Mulheres, há outras duas importantes iniciativas que podem auxiliar no contexto do abortamento. A Lucia é uma imprescindível linha unificada e gratuita de cuidado, informação e apoio via WhatsApp para orientar e acolher migrantes, refugiadas(os), apátridas e retornadas em demandas de saúde reprodutiva, o que inclui orientações sobre como acessar o aborto legal no Brasil, com atendimento em português, espanhol, inglês, francês e crioulo haitiano (Telefone: +55318323-2288). Além disso, existe o Centro de Referência em Justiça Reprodutiva que visa realizar atendimento e encaminhamento responsável, gratuito e sigiloso, ligado à promoção e defesa dos direitos reprodutivos, com ênfase no direito de acesso à interrupção da gravidez prevista em lei (Telefone: +552138589138; E-mail: atendimento@dijure.com.br).

Uma das barreiras para acessar o abortamento é a escassez de unidades de saúde que realizam de fato o procedimento. Uma importante pesquisa feita pela ONG Artigo 19, em 2019, verificou que, apesar de o Brasil ter 176 serviços para realizar o aborto legal, naquele momento, apenas 76 confirmaram que realmente realizavam os procedimentos nos casos previstos por lei (Artigo 19, 2019). No ano seguinte, durante a pandemia de covid-19, somente 42 seguiram ofertando o procedimento. Dentre os 20 hospitais que não estavam mais realizando o abortamento, apenas cinco indicaram outro local para as usuárias e não foi possível contatar 14 unidades, o que compromete um direito que é garantido por lei (Artigo 19, 2020). Além disso, outro impedimento associado é a falta de recursos, pois muitas pessoas precisam viajar para outra cidade, estado e até país para a realização do abortamento.

Outra possível dificuldade é encontrar profissionais desinformados e/ou moralistas. Contudo, é fundamental saber que a Norma Técnica de Atenção

Humanizada ao Abortamento, desde a sua primeira versão, de 2005, já informa as(os) profissionais sobre a importância do acolhimento, do não julgamento e da orientação tanto sobre o abortamento quanto o cuidado no pós-abortamento por meio do planejamento reprodutivo, por exemplo. Um dos importantes ganhos desta norma técnica é a dispensa do Boletim de Ocorrência (B.O.) ou qualquer outro documento nos casos de gravidez resultante de estupro. Nesses casos, as(os) profissionais devem orientar sobre as possíveis medidas policiais e judiciais, sinalizando que, se a pessoa não o fizer, isso não será uma barreira para o aborto (Brasil, 2005). As(os) profissionais devem estar atentos às melhores e mais atuais evidências e práticas em saúde, respeitar o desejo de quem procura o procedimento e manter o sigilo.

A moralidade pessoal, familiar e/ou da rede de apoio pode ser mais um impedimento ao aborto. O abortamento é um tema que pode mexer com as crenças pessoais, culturais e religiosas das pessoas. De acordo com o contexto de cada pessoa, essas crenças e os julgamentos podem se tornar barreiras para buscar o abortamento.

As pessoas migrantes e refugiadas, devido a essa condição, podem ter dificuldades com o idioma do país em que residem no momento tanto para entender o que é dito numa consulta em serviço de saúde quanto para ser entendidas. Talvez em seus países a legislação do aborto seja diferente da brasileira e/ou o fluxo para acessar esse procedimento também seja diferente. Por isso, é fundamental que profissionais de saúde tenham auxílio da gestão para realizar o atendimento de forma compreensível para ambas as partes por meio de tradutores e mediadoras(es) interculturais, por exemplo.

Considerações finais

O cenário brasileiro voltado para o abortamento é duramente estigmatizado e criminalizado. Quem busca acessar esse direito pode estar

suscetível a maus-tratos, negligência e negação do cuidado, além de risco à própria segurança e privacidade. A conjuntura política dos últimos anos, com o fortalecimento do movimento conservador, busca restringir os direitos reprodutivos, em especial o aborto (Bonan *et al.*, 2024).

As pessoas migrantes e refugiadas tendem a ter maior dificuldade para acessar os serviços de saúde, estando mais suscetíveis ao abortamento inseguro. Recomenda-se a construção de uma política pública de saúde voltada para a população migrante e as suas necessidades. Além disso, recomenda-se, como aponta a OMS (2013), o fortalecimento da saúde pública e dos direitos humanos por meio da oferta ampla de abortamento seguro, de tecnologias eficazes e profissionais qualificados, de contraceptivos efetivos e planejamento reprodutivo, de tratamentos pós-abortamento adequados, de educação sexual e de serviços habilitados por parâmetros e diretrizes atualizadas.

Referências

AGUIAR, B. H. K. *et al.* A legislação sobre o aborto nos países da América Latina: uma revisão narrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 36-44, 2018. Disponível em: https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacao/article/view/296. Acesso em: 11 set. 2026.

AMPARA. **Acolhimento de pessoas em situação de abortamento e pós-aborto**. Organização de Carla Marques, Halana Faria, Mariana Pércia e Mariana Prandini Assis. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://cursosqualificacao.campusvirtual.fiocruz.br/hotsite/ampara. Acesso em: 11 set. 2026.

BEARAK, J. M. *et al.* Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019. **BMJ Global Health**, London, v. 7, n. 3, e007151, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007151. Acesso em: 11 set. 2026.

BONAN, C. *et al.* Itinerários de cuidado à saúde de mulheres em situações de abortamento: aspectos metodológicos do estudo qualitativo da pesquisa Nascer no Brasil II. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, e00006223, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT006223. Acesso em: 11 set. 2026.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de covid-19 no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, supl. 1, e200762, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/

interface.200762. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento de Migração. Secretaria Nacional de Justiça. **Boletim da migração no Brasil**. Edição 8. Brasília, DF, fev. 2025a. Dados atualizados até 31 dez. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/secretaria-nacional-de-justica-senajus/boletim-migracao-8.pdf. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento de Migração. Secretaria Nacional de Justiça. **Migração no Brasil**. Brasília, DF, 2025b. Disponível em: https://app.powerbi.com/ https://app.powerbi.com/view? r=eyJrIjoiZmQ2OTY1OGEtYTY2OS00MU4LWEyZGItMDU4ZmMyMzZmYjQwIiwidCI6ImViMDkwNDIw LTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9 . Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://prceu.usp.br/repositorio/atencao-humanizada-ao-abortamento/. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. dos S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00188718, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718. Acesso em: 11 set. 2026.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **As leis mundiais sobre o aborto**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-law. Acesso em: 13 abr. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Combate ao Racismo e à Discriminação Étnico-Racial. **Relatório traça perfil de mulheres criminalizadas pela prática do aborto**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://defensoria.rj.def.br/. Acesso em: 11 set. 2026.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. National abortion survey: Brazil, 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1601-1606, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023. Acesso em: 11 set. 2026.

ESQUENAZI BORREGO, A. E. *et al.* Mortalidad materna en Brasil y Cuba: estudio comparativo. **Revista Cubana de Salud Pública**, Havana, v. 47, n. 4, e2551, 2021. Disponível em: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2551. Acesso em: 11 set. 2026.

GARCÍA-ENGUÍDANOS, A. *et al.* Risk factors in miscarriage: a review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 102, p. 111-119, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0301-2115(01)00313-8. Acesso em: 11 set. 2026.

GOES, E. F. Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva. In: BARONE, A.; BARROS, B. de (org.). **Sangrias**. Vitória: Pedregulho, 2019. p. 40-50.

GOES, E. F. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia,

Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/. Acesso em: 11 set. 2026.

GOES, E. F.; LIMA, M. P. Abortion in Brazil: unsafe, illegal and criminalised. **Policy Brief Reproductive Justice**, Salvador, n. 1, p. 3085-3092, 2023. Disponível em: https://iyaleta.org/. Acesso em: 11 set. 2026.

GUTTMACHER INSTITUTE. **Abortion in Latin America and the Caribbean**. New York, mar. 2018. Disponível em: https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-latin-america-and-caribbean. Acesso em: 11 set. 2026.

HORA, T. D. **Diferentes dimensões do acesso de refugiadas congolesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro**. 2023. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

JACOBS, M. G. **Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil**: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

JOFFE, C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In: **BLBK137-Paul**. [S. l.: s. n.], 2009.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. **Pesquisa Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento: sumário executivo temático. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/. Acesso em: 11 set. 2026.

LÖWY, I.; CORRÊA, M. C. D. V. The "abortion pill" misoprostol in Brazil: women's empowerment in a conservative and repressive political environment. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 110, n. 5, p. 677-684, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305562. Acesso em: 11 set. 2026.

ONU. Conselho de Segurança. **Violência sexual relacionada com os conflitos**. Nova York: ONU, 2020. Disponível em: https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241548434. Acesso em: 11 set. 2026.

SINGH, S. *et al.* **Abortion worldwide 2017**: uneven progress and unequal access. New York: Guttmacher Institute, 2017. Disponível em: https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017. Acesso em: 11 set. 2026.

THEME-FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, London, v. 13, supl. 3, p. 118, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12978-016-0227-8. Acesso em: 11 set. 2026.

Capítulo 7

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE DE MULHERES IMIGRANTES NO BRASIL: REFLEXÕES SOB UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

Carolina Simone Souza Adania
Kathie Njaine

Introdução

Migrar é considerado um direito humano fundamental e está resguardado na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, sendo assim reconhecido pela maioria dos países. O fenômeno migratório, entretanto, deriva de múltiplos fatores que se manifestam tanto no longo e médio prazo, como mudanças econômicas e políticas, quanto em eventos críticos de curto prazo, como guerras, perseguições e desastres ambientais (WMR, 2022). No século XXI, observa-se uma intensificação das migrações forçadas, configurando um quadro heterogêneo e dinâmico de deslocamentos no cenário brasileiro.

O período recente confirma crescimento contínuo do número e da heterogeneidade dos fluxos migratórios para o Brasil. Segundo dados recentes, o Brasil abrigava, até o final de 2024, cerca de 2 milhões de imigrantes internacionais, incluindo mais de 156 mil pessoas reconhecidas como refugiadas. Nesse contexto, destaca-se o fenômeno da feminização

das migrações, caracterizado pelo aumento relativo e absoluto de mulheres nos fluxos migratórios, que ganhou relevo a partir de 2015, consolidando a presença de mulheres imigrantes como quase metade dos registros recentes. Os fluxos migratórios contemporâneos apresentam importante predominância de imigrantes da Venezuela, do Haiti, da Bolívia, da Colômbia, da Argentina e de Angola, refletindo dinâmicas geopolíticas e socioeconômicas da região (Cavalcanti *et al.*, 2022).

Apesar dessa visibilidade numérica, a análise das vulnerabilidades específicas das mulheres imigrantes revela um quadro preocupante. Elas enfrentam exposição a múltiplas formas de violência, antes e durante o deslocamento. Em seus percursos, sofrem violências sexuais (Abubakar *et al.*, 2018) e são vítimas de tráfico de pessoas para exploração sexual, além da xenofobia e do racismo, que as colocam em constante risco à saúde e à vida (Andrade, 2023). Enfrentam também barreiras acentuadas ao acesso à saúde, principalmente nas áreas de saúde sexual, reprodutiva e mental. A maternidade em contexto de acolhimento apresenta desafios particulares, agravados pela ausência de redes de apoio e discriminação étnico-racial (Dias; Gama; Rocha, 2010; Fernandes; Onuma, 2024). A inserção no mercado formal de trabalho é frequentemente precária, com dificuldades no reconhecimento de diplomas e qualificação profissional (Andrade, 2023). Apesar da tímida ampliação da presença de migrantes em registros e políticas públicas, as respostas permanecem insuficientes e os dados desagregados por marcadores interseccionais seguem deficitários.

A complexidade desses fluxos tem impactos diretos sobre o sistema público de saúde, que necessita adaptar-se não apenas à expansão da demanda, mas também à multiplicidade de vulnerabilidades deste grupo populacional (Dias *et al.*, 2010). O acesso à saúde, nesse contexto, é dificultado por entraves como barreiras linguísticas, documentais, culturais, além de condições precárias de vida e trabalho (Carballo, 2001; IOM, 2019; Ventura, 2015; Cernadas, 2016; Granada et al., 2017), aspectos que se refletem em persistentes

desigualdades no acesso, uso e resultados dos serviços de saúde (Figueroa-Munoz; Ramon-Pardo, 2008).

A procura de cuidados de saúde pelos imigrantes pode ser influenciada por fatores sociodemográficos e econômicos, como sexo, idade, nível educacional, situação legal de imigração, recursos financeiros e situação laboral. Outros fatores individuais incluem o país de origem, o tempo de residência no país de acolhimento, as crenças culturais e as atitudes em relação à saúde e à doença, a percepção sobre a necessidade de utilização dos serviços de saúde, as experiências anteriores, as expectativas e o conhecimento em relação a esses serviços (Dias *et al.*, 2010). Por outro lado, diversos fatores relacionados aos profissionais de saúde, como as atitudes em relação aos imigrantes ou a ausência de competências culturais[12], além dos relacionados com os serviços, também podem determinar a procura de cuidados (Scheppers, 2006).

Esse conjunto de fatores leva à demora na busca por atendimento, ao agravamento da condição física e à maior demanda sobre o sistema de saúde, o que torna fundamental a construção de políticas de saúde específicas para imigrantes que alcancem os aspectos multidimensionais desse processo (Gushulak; Macpherson, 2006; Granada *et al.*, 2017).

Embora o arcabouço jurídico brasileiro consagre a igualdade de direitos entre nacionais e estrangeiros em situação regular, a efetivação desses direitos enfrenta múltiplos desafios práticos relacionados à integração social e laboral e ao respeito à diversidade cultural e identitária das populações imigrantes.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar reflexões sobre os desafios inerentes à garantia dos direitos humanos e do acesso à saúde de mulheres imigrantes no Brasil a partir de uma perspectiva interseccional, incluindo a situação de mulheres em privação de liberdade, considerando os avanços legislativos, as limitações institucionais e as evidências presentes na literatura. Trata-se de uma reflexão desenvolvida no âmbito da tese de

12 Competência cultural pode ser definida como "a capacidade de realizar um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, de maneira compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário, e no idioma de sua preferência" (Gouveia et al., 2020, p. 85).

doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), que pesquisa as intersecções entre migração, saúde, gênero e privação de liberdade.

Direitos humanos, saúde e migração: fundamentos teóricos e epistemológicos

Pensar a relação entre direitos humanos, saúde e migração requer abordar como os sistemas jurídicos, sociais e políticos produzem e mantêm desigualdades, especialmente em contextos historicamente marcados por tradição democrática recente e estruturas de poder excludentes como o Brasil. Vasconcelos e Oliveira (2009) destacam que esta articulação interdisciplinar potencializa respostas mais eficazes à multiplicidade de demandas concretas de grupos vulnerabilizados, como os imigrantes. Para além da interdisciplinaridade, a interseccionalidade, conforme argumentam Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2021), se revela uma ferramenta analítica que permite compreender e enfrentar os sistemas interdependentes de dominação que afetam grupos minorizados. Não se trata somente de somar marcas identitárias, como gênero, raça, classe ou nacionalidade, mas de entender como esses marcadores se entrelaçam de maneiras contextualmente situadas, criando experiências singulares de vulnerabilidade e resistência.

O Brasil é signatário de um relevante conjunto de tratados internacionais e dispõe de legislação específica (Lei de Migração n.º 13.445/2017; Estatuto dos Refugiados n.º 9.474/1997), que coloca a promoção dos direitos humanos como eixo central da política migratória. No entanto, a implementação prática desses dispositivos sofre com lacunas persistentes, tanto em termos institucionais quanto no nível do acesso concreto à saúde, educação e assistência social.

A abordagem interseccional se mostra indispensável para compreender e analisar os múltiplos e simultâneos eixos de opressão vivenciados por

imigrantes e refugiados, especialmente mulheres e meninas. Essa perspectiva evidencia como as relações intersetoriais de poder atravessam as categorias de gênero, raça/etnia, nacionalidade, classe, idade, orientação sexual e deficiência, potencializando formas de discriminação e exclusão que não podem ser enfrentadas de forma isolada.

Complementando essa leitura, Carla Akotirene (2019) destaca que a interseccionalidade é mais do que uma ferramenta de análise: é uma epistemologia política gestada no pensamento feminista negro e ancorada nas experiências concretas das mulheres negras na diáspora africana. A autora argumenta que compreender os direitos humanos e a saúde sem considerar a inseparabilidade estrutural entre racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado leva à reprodução das desigualdades. Portanto, pensar políticas migratórias e de saúde sob uma ótica interseccional requer reconhecer que o corpo das mulheres imigrantes, sobretudo negras, indígenas ou periféricas, está no cruzamento entre sistemas globais de opressão e exclusão institucional.

Akotirene também destaca a necessidade de "descolonizar" o uso da interseccionalidade, situando-o nas encruzilhadas históricas e políticas de resistência. Assim, políticas públicas e práticas institucionais devem se basear num compromisso ético com a justiça social e a reparação histórica, considerando que raça, gênero e nacionalidade não operam separadamente, mas configuram estruturas dinâmicas que produzem modos específicos de vulnerabilidade nas populações imigrantes.

Dessa maneira, as contribuições de Akotirene dialogam com Collins e Bilge ao recolocar o Sul Global e, particularmente, o Brasil como *locus* de produção de conhecimento crítico sobre interseccionalidade, saúde e direitos humanos. Tal perspectiva reforça que a efetivação de políticas migratórias e sanitárias emancipatórias passa pela incorporação das epistemologias feministas negras e decoloniais no desenho e na gestão das ações públicas voltadas à equidade e à dignidade humana.

Políticas migratórias e legislativas no Brasil: avanços e limitações

Historicamente, as políticas migratórias brasileiras oscilaram entre o estímulo e o controle, refletindo interesses econômicos, demográficos e securitários do Estado, bem como concepções ideológicas da nacionalidade (Levy, 1974). A primeira grande onda de migração livre que chegou ao Brasil remonta ao fim do século XIX. A chegada de colonos europeus ao país para trabalhar em fazendas fez parte de uma política de substituição de força de trabalho quando da abolição da escravatura, mas também foi direcionada ao povoamento de áreas ainda não exploradas, principalmente nos estados da Região Sul. Em ambos os casos, houve discussões no governo e no parlamento sobre quais imigrantes deveriam ser trazidos, sendo essa política uma tentativa de moldar as características da população brasileira. Com essa política, entre 1877 e 1930, o Brasil recebeu cerca de quatro milhões de imigrantes (Levy, 1974).

Passado esse período, a migração para o Brasil diminuiu consideravelmente e, a partir de meados dos anos 1980, a emigração de brasileiros para o exterior começou a crescer. Nas últimas décadas, houve uma retomada dos fluxos migratórios para o Brasil, primeiramente de imigrantes sul-americanos, depois de alguns países da África, além dos mais conhecidos fluxos do Haiti e da Venezuela.

Na década de 1980, quando foi aprovado o Estatuto do Estrangeiro (lei que regulou o tema até o advento da Lei de Migração, de 2017), o principal objetivo era o controle em relação aos imigrantes. O cerne dessa legislação era a defesa da segurança nacional, por isso havia a necessidade de informar e justificar cada ato dos imigrantes às autoridades nacionais. Não se previam incentivos nem facilidades à imigração visando, por exemplo, ao desenvolvimento nacional, tampouco havia o princípio de promover a regularização migratória. Era uma política bastante restrita, que não se ocupava com as demais questões relativas à permanência das pessoas imigrantes no território brasileiro. Com

as mudanças nos contextos migratórios que se seguiram e a chegada de novos fluxos migratórios ao Brasil, muitos imigrantes não conseguiam se regularizar, a não ser pelas anistias migratórias, que durante a vigência dessa lei foram quatro (1981, 1988, 1998 e 2009). Além disso, eram raras as ações e políticas públicas voltadas à inclusão de imigrantes na sociedade local.

O descompasso entre a realidade social e a regulação jurídica gerou uma série de problemas. A realidade de muitas pessoas imigrantes não encontrava resposta na legislação vigente ou encontrava respostas incompatíveis com a nova ordem social, política e jurídica. A irregularidade migratória também dificultava a inserção social dessas pessoas e muitos de seus direitos, garantidos pela Constituição de 1988, não eram devidamente protegidos pela ação pública do Estado.

A Constituição de 1988 estabeleceu uma nova ordem jurídica no país, democrática e cidadã. Seu texto trouxe um grande elenco de direitos fundamentais, em especial no artigo 5º, que estabelece a igualdade de direitos a brasileiros e estrangeiros residentes no país, garantindo a todos eles "[…] a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade […]" (Brasil, 1988). Às garantias constitucionais, somam-se aquelas decorrentes da assinatura, pelo Brasil, de tratados internacionais de direitos humanos que protegem, por exemplo, direitos de crianças, mulheres e refugiados. Isso quer dizer que, além de organizar a forma democrática como será construída a legislação que regerá a vida de todos e pautará a ação do Estado, nossa Constituição e os tratados internacionais definem finalidades e estabelecem parâmetros para a ação do Estado e para a legislação infraconstitucional. O antigo Estatuto do Estrangeiro, de 1980, não respondia mais ao contexto nacional e à realidade migratória do Brasil e ainda não estava de acordo com os preceitos da Constituição Federal de 1988.

A Lei nº 13.445/2017 representou um marco significativo ao estabelecer princípios e diretrizes para a política migratória nacional, regulamentando temas como acolhida humanitária, regularização

documental, combate à discriminação e promoção do acesso à saúde, educação e trabalho. Contudo, mesmo diante desses avanços normativos, persistem desafios: morosidade dos processos de regularização documental, lacunas na operacionalização da regularização migratória, ausência de políticas focalizadas em marcadores como gênero, raça, maternidade e idade, além da persistente limitação das estatísticas oficiais ao binarismo de sexo ou nacionalidade.

Além disso, o processo de análise de pedidos de refúgio leva, em média, cerca de três anos, podendo variar conforme as características e a complexidade de cada caso (Brasil, 2024), o que pode agravar a vulnerabilidade social dos solicitantes.

A principal finalidade da política migratória nacional atual é a garantia e a proteção dos direitos humanos das pessoas imigrantes, a que se acrescentam objetivos de desenvolvimento do país. A partir dessa visão, diversas políticas públicas deverão ser estruturadas. Na área laboral, regula-se a atração de mão de obra em áreas estratégicas e promove-se a garantia dos direitos dos trabalhadores imigrantes. A regulação de fronteiras, o combate ao tráfico de pessoas e ao contrabando de imigrantes são pautados pela promoção da regularização migratória, pelo regime de refúgio e pelo princípio da acolhida humanitária. A otimização dos resultados da migração, bem como a efetivação do paradigma humanista da nossa Lei de Migração passam pela inclusão social e pelo acesso efetivo aos direitos sociais de que são titulares os imigrantes no Brasil.

Acesso à saúde: desafios e iniciativas recentes

O acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) por imigrantes e refugiados(as) é marcado por ambiguidades: embora o sistema seja aberto a todos, barreiras documentais, culturais, linguísticas e institucionais seguem

dificultando o acesso pleno, especialmente para mulheres, gestantes, crianças e idosos(as) em situação de refúgio. O temor da deportação, a desinformação acerca de direitos, as dificuldades em comprovar residência e a ausência de mediação cultural contribuem para o subaproveitamento dos serviços, agravando quadros de doenças crônicas e infecciosas, além de sofrimento psíquico (Jezus *et al.*, 2023). Há evidências de que a morbidade observada na população de imigrantes pode variar de acordo com diferentes fatores, como condições de saúde, socioeconômicas, epidemiológicas e ambientais, exposição a situações de risco, inclusive comportamentais, aspectos culturais, religiosos e o acesso ao cuidado em saúde ao longo do processo migratório (Abubakar *et al.*, 2018). As restrições no acesso à saúde e o receio da irregularidade podem fazer com que os imigrantes evitem buscar atendimento nos serviços de saúde (Martinez *et al.*, 2012).

Alguns avanços recentes são reconhecidos: novas diretrizes ministeriais recomendam o não requerimento de documentação no SUS para atendimentos de saúde, disponibilização de intérpretes, campanhas específicas de imunização e saúde mental, além do debate sobre a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde de Migrantes, Refugiados e Apátridas, ainda sem previsão de lançamento. Tais ações, entretanto, carecem de capilaridade e de integração efetiva nos diferentes níveis do sistema de saúde.

As estatísticas evidenciam que mulheres imigrantes e refugiadas são afetadas desproporcionalmente por barreiras ao acesso à saúde, em especial no atendimento materno-infantil, na saúde sexual e no apoio psicossocial. A pesquisa de Fernandes e Onuma (2024) destaca que mulheres em situação de refúgio experimentam maior solidão materna, riscos de violência sexual e institucional e dificuldades de inserção sociolaboral, frequentemente agravadas por racismo e discriminação de gênero.

Interseccionalidade nas migrações: uma análise contextual

A literatura contemporânea enfatiza que o conceito de interseccionalidade é fundamental para entender que as dinâmicas de poder construídas em torno de raça, classe e gênero, entre outras dimensões, não funcionam como categorias separadas ou excludentes, mas sim de maneira imbricada e simultânea, produzindo efeitos combinados sobre a vida social (Collins; Bilge, 2021). A utilização da interseccionalidade como ferramenta teórica é fundamental para estudar mulheres imigrantes, pois permite analisar de forma integrada como diferentes marcadores, como gênero, raça, classe social, nacionalidade, idade e maternidade, operam simultaneamente, agravando ou transformando vulnerabilidades ao longo do processo migratório.

Ao aplicar esse conceito, é possível ir além de enxergar obstáculos isolados e compreender que as experiências dessas mulheres são moldadas por múltiplas formas de discriminação e opressão que se entrelaçam, influenciando o acesso à saúde, ao trabalho, à proteção social e à participação cidadã. Isso revela, por exemplo, que o desafio da inserção laboral, o risco de violência de gênero, as barreiras linguísticas e o racismo não podem ser tratados de forma dissociada, pois compõem um conjunto de fatores interdependentes que gera impactos acumulativos profundos.

Apesar dos avanços normativos, faltam políticas integradas entre União, estados e municípios e programas voltados à integração e ao acompanhamento das especificidades das mulheres imigrantes e refugiadas (Fernandes; Onuma, 2024). A ausência de políticas públicas transversais, integradas e baseadas em diagnósticos sólidos e sensíveis à realidade interseccional dessas mulheres, resulta na manutenção de barreiras de acesso e na insuficiência das respostas institucionais brasileiras, como demonstra a literatura produzida nos últimos cinco anos.

Mulheres imigrantes privadas de liberdade: intersecções entre gênero, migração e punição

As experiências de mulheres imigrantes em situação de privação de liberdade evidenciam um ponto extremo das desigualdades interseccionais. A sobreposição entre controle migratório e punição penal intensifica vulnerabilidades estruturais, expondo essas mulheres a condições de precariedade e à negação sistemática de direitos fundamentais, especialmente no que diz respeito à saúde, à dignidade e à cidadania. A articulação entre migração e criminalização produz processos intensificados de estigmatização e desumanização, direcionados a corpos racializados e femininos, historicamente posicionados nas margens do Estado.

Como destaca De Proença (2020), mulheres estrangeiras encarceradas enfrentam uma "dupla penalização": por serem mulheres e por sua condição migratória, o que produz obstáculos específicos, tais como dificuldades linguísticas, desconhecimento jurídico, fragilidade documental, isolamento social e risco permanente de expulsão. O distanciamento das redes familiares e comunitárias, somado à ruptura com seus contextos de origem, agrava ainda mais o isolamento e reduz o acesso a apoio afetivo, jurídico e social.

O encarceramento de mulheres imigrantes no Brasil é ainda pouco visível nas estatísticas oficiais. Dados mais recentes do Painel de Levantamento de Informações Penitenciárias da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) registraram, no primeiro semestre de 2025, 2.890 pessoas estrangeiras privadas de liberdade, das quais 339 são do sexo feminino[13], representando 11,73% do total (SENAPPEN, 2025). Embora numericamente minoritárias, relatórios oficiais apontam graves violações de direitos, sobretudo

13 Embora o painel da SENAPPEN utilize a categoria "sexo feminino", trata-se de uma classificação biomédica e administrativa que não corresponde plenamente às discussões contemporâneas sobre gênero. A distinção entre sexo e gênero é fundamental para compreender que experiências de violência, discriminação e acesso à saúde são mediadas por construções sociais de gênero, e não apenas por características biológicas registradas em sistemas institucionais. Assim, a leitura crítica desses dados exige considerar tanto as limitações da categoria oficial quanto seus efeitos na formulação de políticas públicas sensíveis às diversidades de gênero.

no campo da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e do cuidado materno-infantil (Brasil, 2020; Brasil, 2025). Barreiras linguísticas, ausência de intérpretes e de mediação cultural, além do desconhecimento de direitos dificultam o acesso dessas mulheres ao SUS, especialmente em situações que exigem sigilo, consentimento informado e acolhimento adequado.

Sob uma perspectiva interseccional e decolonial, o cárcere emerge não apenas como *locus* de punição penal, mas como fronteira interna do Estado-nação brasileiro, onde se articulam mecanismos de seletividade e exclusão baseados em raça, gênero e nacionalidade. Como observa Moraes (2020), as "fronteiras internas" (mecanismos de controle, vigilância e segregação que o Estado exerce sobre populações racializadas e imigrantes dentro de seus territórios) operam de maneira análoga às fronteiras geopolíticas. Nesse cenário, o encarceramento de mulheres imigrantes constitui uma modalidade particular dessas fronteiras, nas quais gênero, nacionalidade, raça e criminalização se entrelaçam produzindo necropolíticas silenciosas.

Além da punição formal pelo delito, essas mulheres enfrentam sanções simbólicas associadas a expectativas normativas de feminilidade e maternidade (Davis, 2016). Essa posição ampliada de subordinação as torna especialmente vulneráveis à violência institucional, à negligência médica e à separação de seus filhos, o que aprofunda a ruptura de vínculos sociais e familiares (De Proença, 2020).

Uma leitura interseccional das desigualdades em saúde exige reconhecer que racismo e xenofobia são estruturas centrais na produção do adoecimento entre mulheres imigrantes privadas de liberdade. A categoria raça/cor, entendida como construção histórica e não biológica, organiza hierarquias sociais que naturalizam violências e exclusões (Munanga, 2014). A colonialidade do poder, conforme Quijano (2005), evidencia a persistência de um padrão global que estrutura a distribuição desigual de recursos, saberes e vidas, enquanto a colonialidade do gênero (Lugones, 2020) demonstra como patriarcado e racialização operam conjuntamente

na desumanização dessas mulheres. Nesse marco, um feminismo decolonial, como propõe Curiel (2020), desestabiliza epistemologias eurocentradas e reconhece a experiência corporificada como território de produção de conhecimento. Em diálogo com a necropolítica de Mbembe (2012), torna-se possível compreender como o racismo institucional e a xenofobia configuram políticas de morte nas prisões e nas fronteiras migratórias. A racialização da suspeição e a seletividade penal tornam mulheres imigrantes racializadas alvos preferenciais de vigilância e criminalização, ampliando sua exposição à violência estatal e à violação de direitos.

Do ponto de vista das políticas públicas, a invisibilidade das mulheres imigrantes privadas de liberdade denuncia uma lacuna estrutural. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, de 2014, e a Lei de Migração de 2017 não dialogam entre si, deixando esse grupo em uma zona de indeterminação normativa (Brasil, 2014; Brasil, 2017). Essa ausência de integração demonstra a persistência de um modelo fragmentado de gestão, que dissocia os direitos humanos do controle penal e migratório, contrariando o princípio de universalidade do SUS e os compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro.

A análise das mulheres imigrantes privadas de liberdade evidencia os limites concretos da implementação dos direitos humanos e da garantia do direito à saúde: quanto mais marcadores de desigualdade atravessam um corpo, menor a efetividade dos direitos. Reconhecer essas múltiplas camadas de exclusão é essencial para orientar políticas públicas intersetoriais e interseccionais que enfrentem as desigualdades produzidas no cárcere e suas reverberações fora dele.

Ao tornar visíveis essas fronteiras internas da cidadania, esta discussão ressalta que não basta assegurar direitos no plano formal: é imprescindível compreender como eles são tensionados, negados ou inviabilizados nas práticas institucionais. É precisamente nas margens do sistema, entre fronteiras e grades, que se encontram as mulheres mais vulnerabilizadas pelo entrelaçamento

das violências de gênero, migração, racismo e encarceramento. A partir dessas margens, torna-se possível repensar criticamente a universalidade, a integralidade e a equidade no SUS.

Considerações finais

A análise da relação entre direitos humanos e saúde de mulheres imigrantes no Brasil, sob o olhar interseccional, revela a complexidade das experiências migratórias, evidenciando tanto avanços institucionais quanto lacunas persistentes na efetivação dos direitos previstos. O crescimento e a diversificação dos fluxos migratórios, acompanhados do fenômeno da feminização das migrações e da emergência de novas formas de exclusão, como o encarceramento, desafiam a capacidade de resposta das políticas públicas brasileiras.

A interseccionalidade emergiu como uma ferramenta valiosa para compreender como as interações entre raça, gênero, classe social e outros fatores moldam a experiência das mulheres imigrantes no Brasil. No entanto, a despeito dos marcos legislativos e das iniciativas recentes para inclusão, as mulheres imigrantes e outros grupos subalternizados permanecem sob risco acentuado de violação de direitos, exclusão e adoecimento, carecendo de acolhimento efetivo em todas as esferas de políticas sociais. Ao incluir as mulheres imigrantes privadas de liberdade na reflexão, o capítulo revela o limite concreto da universalidade dos direitos humanos e da integralidade em saúde: quanto mais numerosos os marcadores de desigualdade, menor a efetividade do cuidado e da proteção social.

Superar essas barreiras exige políticas intersetoriais, culturalmente competentes e fundamentadas em justiça social. Implica também descolonizar o olhar sobre a migração e o encarceramento, reconhecendo o protagonismo das mulheres imigrantes na construção de estratégias de enfrentamento e

reivindicação de direitos. Em última instância, pensar a saúde e os direitos humanos a partir das margens (das fronteiras e das grades) é reconhecer que é justamente nesses lugares de exclusão que se produzem novas possibilidades de transformação democrática e cuidado emancipatório.

Em conclusão, a relação entre direitos humanos e saúde de mulheres imigrantes é um tema de grande relevância, que merece debate contínuo e compromisso ético-político com a equidade. A abordagem interseccional, ao considerar as complexas interações entre gênero, raça, classe, nacionalidade e condição prisional, oferece uma lente valiosa de análise e compreensão não apenas das desigualdades acumuladas, mas também das resistências dessas mulheres diante da exclusão e da violência institucional. Compreender criticamente o fenômeno migratório e suas fronteiras internas, incluindo as grades do encarceramento, é fundamental para orientar práticas e políticas mais sensíveis, integradas e efetivas na promoção dos direitos humanos e da saúde. Somente o reconhecimento dessas interdependências pode sustentar um projeto democrático de cuidado e cidadania que alcance, de fato, todas as mulheres.

Referências

ABUBAKAR, I. *et al.* The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. **The Lancet**, London, v. 392, n. 10164, p. 2606-2654, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7. Acesso em: 11 set. 2026.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Coleção Feminismos Plurais. Coordenação de Djamila Ribeiro. São Paulo: Pólen Livros, 2019. 152 p.

ANDRADE, C. B. Trabalhadoras migrantes latino-americanas e violências: rumo a uma visão interseccional? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 3281-3287, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.16622022. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **[Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Art. 196. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_

ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Nota Técnica n. 18/2020/DIAMGE/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ**: mulheres presas no enfrentamento à covid-19. Brasília, DF: DEPEN/MJ, 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **FAQ – Perguntas Frequentes: refúgio**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/perguntas-frequentes/faq-perguntas-frequentes. Acesso em: 17/09/2026.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Relatório Estatístico Nacional do Sistema Prisional: 1º semestre de 2025**. Brasília, DF: SENAPPEN, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_pessoas_privadas_liberdade_sistema_prisional.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

CARBALLO, M.; NERURKAR, A. Migration, refugees, and health risks. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, p. 556-560, 2001. Disponíevel em: 10.3201/eid0707.017733. Acesso em: 28 set. 2026.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório anual OBMigra 2022**. Série Migrações. Brasília, DF: Observatório das Migrações Internacionais, 2022. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/observatorio/relatorios-obmigra. Acesso em: 11 set. 2026.

CERNADAS, P. C. El lenguaje como herramienta de la política migratoria. **Sur: Revista Internacional de Derechos Humanos**, São Paulo, v. 13, n. 23, p. 97-112, 2016. Disponível em: https://sur.conectas.org/es/el-lenguaje-como-herramienta-de-la-politica-migratoria/. Acesso em: 11 set. 2026.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXnJwJYgV8m7nW3b/. Acesso em: 11 set. 2026.

CURIEL, O. **Un feminismo descolonial**. Bogotá: Ediciones Desde Abajo, 2020.

DAVIS, A. Y. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DE PROENÇA, A. G. Mulheres estrangeiras e cárcere no Brasil: a dupla invisibilidade. **Delictae: Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Delito**, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p. 423-521, 2020. Disponível em: https://delictae.com.br/index.php/revista/article/view/124. Acesso em: 11 set. 2026.

DIAS, S.; GAMA, A.; ROCHA, C. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: insights from a focus group study. **Journal of Public Health**, Oxford, v. 32, n. 4,

p. 489-496, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq032. Acesso em: 11 set. 2026.

DIAS, S.; RODRIGUES, R.; SILVA, A.; HORTA, R.; CARGALEIRO, H.. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. **Arquivos de Medicina**, v. 24, n. 6, p. 253-259, 2010.

ESHIETT, M.; PARRY, H. Migrants and health: a cultural dilemma. **Clinical Medicine**, London, v. 3, n. 3, p. 229-231, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.7861/clinmedicine.3-3-229. Acesso em: 11 set. 2026.

FERNANDES, J. M.; ONUMA, F. M. S. Female refugees: the most vulnerable of the vulnerable, according to the theory of social reproduction. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e2023-0124, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1679-395120230124. Acesso em: 11 set. 2026.

FIGUEROA-MUNOZ, J. I.; RAMON-PARDO, P. Tuberculosis control in vulnerable groups. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 86, n. 9, p. 733-735, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.2471/BLT.06.038737. Acesso em: 11 set. 2026.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 43, supl. 1, p. 82-90, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066. Acesso em: 11 set. 2026.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626. Acesso em: 11 set. 2026.

GUSHULAK, B. D.; MACPHERSON, D. W. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. **Emerging Themes in Epidemiology**, London, v. 3, p. 1-11, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1186/1742-7622-3-3. Acesso em: 11 set. 2026.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Glossary on migration**. Geneva: IOM, 2019. Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World migration report 2022**. Geneva: IOM, 2022. Disponível em: https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/. Acesso em: 11 set. 2026.

JEZUS, S. V. *et al.* Prevalence of tuberculosis, covid-19, chronic conditions and vulnerabilities among migrants and refugees: an electronic survey. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 31, e3690, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5928.3690. Acesso em: 11 set. 2026.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LEVY, M. S. F. O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872-1972). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, supl., p. 54-55, 1974. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89101974000700007. Acesso em: 11 set. 2026.

LUGONES, M. **Colonialidad y género**. Buenos Aires: En la Frontera, 2020.

MARTINEZ, V. N. *et al.* Equity in health: tuberculosis in the Bolivian immigrant community of São Paulo, Brazil. **Tropical Medicine & International Health**, Oxford, v. 17, n. 11, p. 1417-1424, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.03062.x. Acesso em: 11 set. 2026.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2012.

MORAES, P. R. B. de. Fronteiras internas: migração, controle e punição no Brasil. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 87-110, 2020. Disponível em: https://revistareed.emnuvens.com.br/reed/article/view/492. Acesso em: 11 set. 2026.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. Petrópolis: Vozes, 2014.

QUIJANO, A.. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E.(org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

SENAPPEN. **Painel de monitoramento do Sistema Prisional**: levantamento de informações penitenciárias. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODVhODQ0ZTctYzkyZS00YmRmLWFiNjItYzVmNWRkMThjMTg yIiwid CI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9. Acesso em: 10 nov. 2025.

SCHEPPERS, E. *et al.* Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. **Family Practice**, v. 23, n. 3, p. 325-348, 2006. Disponível em: 10.1093/fampra/cmi113. Acesso em: 20 set. 2026.

VASCONCELOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Direito e saúde: aproximações para a demarcação de um novo campo de conhecimento. In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELOS, L. C. F. **Direito e saúde: um campo em construção**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009. p. 12-36.

VENTURA, D. Mobilidade humana e saúde global. **Revista USP**, São Paulo, n. 107, p. 55-64, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64. Acesso em: 11 set. 2026.

Capítulo 8

INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS DE ACOLHIMENTO A FAMÍLIAS DE REFUGIADAS(OS) VENEZUELANAS(OS): DESAFIOS NO TRABALHO COM AS CRIANÇAS

Maria Isabel Ramos da Silva Abelson
Liane Maria Silveira
Simone Gonçalves de Assis

"A esperança nos dá respaldo quando precisamos trabalhar para que algo seja possível."
(Sara Ahmed)

Introdução

Em 2025, o Estatuto dos Refugiados, criado pela Organização das Nações Unidas, completa 74 anos. Desde sua adoção, o tema do refúgio deixou de ser apenas uma resposta às circunstâncias da Europa no pós-guerra (ACNUR, 2023; Thomé, 2019; Cidade, 2018; Silva, 2017), tornando-se uma questão de alcance global, por meio do Pacto Global sobre Refugiados, criado em 2018 pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ACNUR, 2018).

Ao longo dessas décadas, o mundo seguiu sendo marcado por migrações forçadas, motivadas por guerras, perseguições, crises econômicas

e desastres humanitários. Na América Latina, a Venezuela se destaca como um dos países mais impactados, em razão da fuga massiva de sua população para diversas nações da região, com destaque para o Brasil. Entre os principais fatores que impulsionam esse deslocamento estão a fome, a violência e a precariedade ou ausência de serviços essenciais (UNICEF, 2024; ACNUR, 2023; UNODC, 2023; Barbosa *et al.*, 2020).

Para responder ao contexto migratório, o Governo Federal, em parceria com a ONU e com a sociedade civil organizada, estruturou uma rede de acolhimento formada por diversas instituições atuantes tanto na fronteira quanto no interior do país. Esse trabalho é desenvolvido de forma articulada, tendo como referência o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, de 2014, prevê no âmbito da proteção social especial de alta complexidade o atendimento provisório a famílias migrantes e refugiadas. Esse atendimento se realiza em unidades de acolhimento institucional ou casas de passagem[14], com o objetivo de fortalecer vínculos familiares, promover relações comunitárias e preservar as especificidades socioculturais (Matos, 2022; ACNUR, 2021; Santos, 2018; MDS, 2014).

A prática do acolhimento de famílias com crianças refugiadas acontece em outros países. Em Portugal, foi criado um sistema europeu comum de asilo, com centros de distribuição de pessoas refugiadas em vários países parceiros. Diversas foram as instituições públicas e privadas envolvidas no acolhimento, incluindo um número significativo de instituições religiosas (Costa, 2019; Santinho, 2011). Na Colômbia, as políticas públicas vão se ajustando à realidade de cada cidade fronteiriça que recebe a entrada de refugiadas(os), favorecendo a resolução dos problemas emergentes, além de possuir normas e decretos em nível nacional (Carvalho, 2019).

14 O acolhimento institucional é uma medida de proteção para crianças, adolescentes, adultos e famílias em situação de vulnerabilidade, e as casas de passagem são um tipo específico desse serviço para acolhimento imediato e emergencial.

No Brasil, a estratégia adotada para apoiar imigrantes e refugiados tem incluído a produção de materiais educativos em diferentes níveis de governo, federal, estadual e municipal (São Paulo, 2025; MDS, 2023; MDH, 2023; Niterói-RJ, 2022; Governo do Estado do Paraná, 2021; Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2019). Em 2023, foi disponibilizado pelo Governo Federal e parceiros um guia de acesso a serviços para famílias venezuelanas refugiadas e migrantes com crianças na primeira infância, com versão em português e espanhol (Gadêlha, 2023). Esses materiais buscam orientar sobre os serviços disponíveis e esclarecer os fluxos de atendimento. No entanto, observa-se que o tema das violências contra mulheres e crianças recebe pouca atenção nesse processo.

Embora a priorização das crianças desde a primeira infância seja um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 (art. 227), pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (arts. 4º e 100) e pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, essa prioridade não se reflete de forma clara quando se trata da infância migrante. O foco das políticas públicas tende a recair sobre adultos e famílias em situação de vulnerabilidade, especialmente no âmbito da proteção social, deixando lacunas específicas no atendimento à população infantil.

No caso das(os) migrantes venezuelanas(os) no Brasil, essa fragilidade normativa torna-se ainda mais evidente. As dificuldades em estabelecer diretrizes específicas para o acolhimento de crianças venezuelanas refugiadas constituem a principal motivação desta análise.

Neste capítulo, buscamos compreender o processo de acolhida de crianças e suas famílias em instituições localizadas nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Boa Vista, a partir de alguns achados de uma pesquisa de doutorado da primeira autora[15].

15 Estudo etnográfico de doutorado para compreender as percepções, expressões e sentimentos sobre a experiência de refúgio a partir da escuta da criança venezuelana refugiada.

Narrativas de acolhimento

No Brasil, existem leis que garantem a entrada e permanência dos imigrantes e refugiadas(os). A Lei nº 13.445/2017 começa com uma mudança relevante, pois não é mais o Estatuto do Estrangeiro e sim a Lei de Migração. À luz dos direitos humanos, muda-se o termo estrangeiro, utilizado na Lei nº 6.815/1980, para migrante na nova lei (Mendes *et al.*, 2020). Embora se utilize a nomenclatura migrantes para generalizar todas(os) as(os) que aqui chegam, a condição econômica e social das(os) refugiadas(os) determina um não lugar de pertencimento e de exclusão. Em 2025, o Governo Federal reconheceu que a população migrante, refugiada e apátrida contribui para o desenvolvimento econômico e social do país, estabelecendo uma Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia (Decreto 12.657/2025).

Os impactos psicológicos, físicos e educacionais nas crianças em deslocamento marcam profundas desigualdades no seu desenvolvimento socioemocional. É preciso entender que as crianças vivenciam um processo de desenvolvimento físico, psíquico e social que demanda intenso trabalho para compreender o mundo ao seu redor, aquilo a que têm direito, o que pode ou não pode fazer. Uma criança é sempre marcada pelo que acontece no seu entorno. Suas respostas estão intimamente conectadas com suas (seus) cuidadoras(es), com suas vivências e com sua comunidade, sem excluir sua capacidade de construir o seu próprio e singular repertório de vivências de deslocamentos migratórios.

A infância é um período decisivo para o desenvolvimento humano e é considerada uma janela de oportunidades para o desenvolvimento de habilidades, vínculos (UNICEF, 2025; Said, 2021; Venâncio, 2020; Richter *et al.,* 2016; ONU News, 2019; OPAS/OMS, 2014) e é reconhecida como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 (ONU Brasil, 2022). O Objetivo 10, cuja meta é reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles, dispõe, no item 10.7: "[…] *facilitar a migração e a mobilidade ordenada,*

segura, regular e responsável de pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas" (ONU, 2022).

Existem leis nacionais, como o Marco Legal da Primeira Infância (Lei 13.257/2016), que justifica, por meio de estudos da neurociência, o quanto é relevante investir nas crianças de zero a seis anos. As vivências nesta fase têm um impacto direto no desenvolvimento cerebral, contribuindo para a construção e elaboração das emoções, da aprendizagem e do comportamento (Said, 2021). Até os 10 anos, as crianças estão construindo habilidades cognitivas e emocionais para lidar com o mundo adulto de forma autônoma. Para Vigotski (2018), "[...] quanto mais a criança viu, ouviu e vivenciou, mais ela sabe e assimilou" (p. 25), combinando e reelaborando de forma criadora novas situações. Compreender a perspectiva da criança em deslocamento nas diferentes fases do seu desenvolvimento é algo que tem sido pouco explorado na literatura. A maioria dos estudos atuais está mais voltada para as questões educacionais das crianças migrantes (Ghiggi, 2024; Aguiar, 2023; Elhajji *et al.,* 2021; Nascimento, 2020; Neves, 2018; Conde *et al.,* 2018; Alves, 2015; Magalhães, 2010). Outros autores destacam ainda a relevância dos abrigos temporários em Pacaraima e Boa Vista (Barbosa *et al.*, 2020; Paraguassu, 2020).

A maioria das(os) profissionais responsáveis pelas instituições e pelos cuidados com as crianças e suas famílias não tem experiência anterior com a temática das migrações e não domina o espanhol, dificultando o diálogo e a compreensão entre as instituições e as famílias. Discursos de raiva, xenofobia e racismo, bem como práticas de interação que desconsideram as perspectivas das crianças, aparecem diversas vezes mascarados e são justificados pela ideia de que se trata de um povo diferente dos brasileiros, encobrindo o pouco trabalho realizado nas instituições para o entendimento das diferenças culturais entre os dois países.

Em primeiro plano, nas instituições de acolhimento, está a busca pelo trabalho dos pais. Em todas as instituições pesquisadas, o acesso ao trabalho é ofertado em igualdade de gênero, pois é preciso assegurar que a passagem

pela instituição de acolhimento proporcione condições de empregabilidade. Ter uma fonte de renda e acesso às políticas sociais do governo, mesmo que precariamente, são as condições necessárias para o voo solo das famílias refugiadas, ainda que se circunscreva ao Bolsa Família. O acesso aos direitos esbarra na estrutura econômica e social do país anfitrião. Nestes espaços, o que se ouviu e pouco se viu foram ações e intervenções na busca da proteção integral das crianças. Estas, por sua vez, passam despercebidas em suas indagações, medos, receios e conquistas.

O lugar invisível da infância e das famílias refugiadas nas instituições

Durante o estudo etnográfico realizado no âmbito da pesquisa de doutorado, o campo foi ganhando contornos ora previsíveis, ora surpreendentes. Entre os aspectos esperados, destacou-se a pouca intimidade das equipes institucionais com o cuidado direcionado às crianças, partindo muitas vezes da compreensão de que garantir empregabilidade aos cuidadores equivaleria a assegurar o bem-estar de toda a família. Por outro lado, surgiram aspectos inesperados, como o limitado conhecimento das equipes sobre o país e o povo venezuelano, bem como sobre a legislação nacional relacionada à temática.

Há nas instituições[16] o desejo verbalizado pelas equipes de melhorar o atendimento voltado para as crianças, como espaços de brinquedoteca e atividades lúdicas. De forma geral, no processo de acolhimento e atendimento, as crianças fazem parte de um todo. A integração do grupo familiar é mantida. Todavia, não há uma separação das especificidades das infâncias no cuidado oferecido pelas instituições. A atenção diária das equipes às famílias e às crianças está voltada para as questões práticas de sobrevivência, como a busca ou a permanência no emprego, os cuidados físicos com os filhos, a frequência

16 Instituições pesquisadas nas três cidades, Rio de Janeiro, São Paulo e Boa Vista, que participaram do estudo "Na voz das crianças venezuelanas refugiadas, a construção de infâncias em deslocamento", de 2023.

escolar (Abelson, 2023). O que acontece nestes espaços e como os sujeitos lidam com tantas mudanças, incluindo as questões de saúde mental, não entram nos protocolos.

Prioriza-se, portanto, a garantia das necessidades básicas de alimentação, abrigamento e cuidados médicos e não se percebem as necessidades lúdicas e emocionais das crianças. Os conflitos, as discussões e as violências familiares que surgem com frequência durante a estadia institucional são, por vezes, enfrentados por meio do convite a parceiros locais, como o Conselho Tutelar, para palestras em português, com várias citações de leis e órgãos de proteção que não fazem nenhum sentido para o público, ou pela solicitação de que o agressor, quase sempre do sexo masculino, saia da instituição em que a família se encontra, sem que haja outras referências de proteção para as mulheres e crianças. Não há escuta do que as crianças têm a dizer sobre o processo de partida de suas casas, chegada aos abrigos ou casas de acolhimento e muito menos das vivências no novo mundo bilíngue, escolar, institucional, que não possibilita a expressão dos desbravamentos e estranhamentos relativos ao cotidiano, como as novas ofertas de alimentos, relações e paisagens (Abelson, 2023).

O contato e as orientações dadas pelas instituições são quase exclusivamente em português, diminuindo a compreensão das(os) venezuelanas(os), expondo a posição de fragilidade e desamparo das famílias que optam por fazer poucas perguntas e silenciam suas dúvidas. Quanto mais longe da fronteira, mais distantes as equipes estavam das histórias de vida das(os) refugiadas(os). O que sabem é o que ouvem falar por terceiros. Não há nos atendimentos momentos de escuta qualificada sobre os sujeitos adultos ou crianças, apenas informações e normativas a serem repassadas (Abelson, 2023).

O atendimento voltado para as crianças é visto, de forma geral, como uma dificuldade institucional. No discurso das(os) profissionais, faltam espaços físicos adaptados ou adequados nas instituições, pessoas formadas para atender crianças e brinquedotecas. As equipes não se sentem preparadas para atender. Consequentemente, os serviços também

não dispõem de espaços e atividades permanentes para o público infantil. A maioria das equipes não tem experiência prévia com o tema do refúgio nem com o tema da infância.

A concepção do atendimento às crianças passa por equipamentos e pelo monitoramento de comportamentos, aspectos constantes nos discursos. Por vezes as crianças são vistas pelas (os) profissionais como pequenos selvagens que precisam ser domados. Embora as (os) profissionais se incomodem com a forma violenta com que os pais tratam corriqueiramente seus filhos, acabam justificando tal comportamento como parte da cultura das(os) venezuelanas(os).

Mas também se observam profissionais que se mostraram sensibilizados com as histórias de vida das famílias e das crianças refugiadas, usando termos como violência, sofrimento, abandono, insegurança, separações, rejeição, perseverança, entre outros termos. Para estas (es), muitas mães e pais compartilham com as(os) filhas(os) o processo de saída do seu país, contudo não fica claro para as (os) profissionais se as crianças sabem o que está acontecendo e os motivos reais da partida.

A resiliência infantil é o tom dado por profissionais para justificar que, apesar do sofrimento, tudo ficará bem depois. Acreditam que frequentar a escola é um motivo de grande alegria para as crianças, quase o único, apesar das dificuldades com o idioma e adaptação. Casos de xenofobia e racismo são relatados como passíveis de contorno, bastando uma conversa com a escola sobre o que é ser refugiada(o). Apesar de terem uma visão distanciada das questões de saúde mental das crianças, algumas(uns) profissionais reportaram algumas considerações apreendidas do convívio com as crianças, tais como: a saudade de casa, da alimentação do país de origem, de gostos e sabores brasileiros não tão saborosos para os seus paladares, bem como a falta de frequentar a escola em sua língua e a ausência de atividades nas instituições.

Discussão

As instituições de acolhimento para famílias refugiadas no âmbito da pesquisa do doutorado (Abelson, 2023) diferem do modelo tradicional de acolhimento de crianças e famílias que conhecemos no Brasil (Rizzini, 2008; Figueiredo, 2013). Embora sigam os tipos ou modalidades de acolhimento já existentes, como Casa de Passagem ou Casa-Lar em aldeia (Assis *et al.*, 2013), diferem quanto ao tempo de permanência, que, em geral, não passa de três meses, e quanto ao acolhimento de toda a família e não somente das crianças e adolescentes. As instituições buscam caminhos para o controle social da pobreza com apoio financeiro pontual, para que as famílias consigam entrar no mundo do trabalho e da cultura local de forma menos traumática.

Embora se utilize a nomenclatura migrantes para generalizar todos os que aqui chegam, a condição econômica e social dos refugiados determina um não lugar de pertencimento e de exclusão, apesar de normativas mais atuais tentarem se adequar às necessidades deste grupo (Brasil, 2017; Mendes *et al.*, 2020).

Quanto ao acolhimento inicial, as instituições seguem o fluxo da Operação Acolhida[17], em consonância com as diretrizes do Comitê Federal de Assistência Emergencial, órgão deliberativo e de governança superior, coordenado pela Casa Civil, responsável por estabelecer diretrizes e articular as ações governamentais (Decreto nº 9.970/2019) (Brasil, 2019). O atendimento voltado às famílias fica circunscrito aos fluxos já existentes, adaptados ao novo cenário das migrações. Em geral, seguem-se fluxos internos de atendimentos anteriores, sem que haja troca com outras instituições de acolhimento quanto às suas práticas e incertezas. Há boas intenções, desejos e planos, todos para um futuro próximo que não inclui as crianças presentes. As equipes não são formadas ou atualizadas sobre os temas da primeira infância e crianças maiores. Não há conhecimento sobre a legislação atual, como o Marco Legal

17 Criada em 2018, a Operação Acolhida é uma resposta humanitária do Governo Federal para o fluxo migratório intenso de venezuelanas(os) na fronteira entre os dois países.

da Primeira Infância (2016), nem busca de atualizações profissionais. Quando se deparam com a violência doméstica explícita, convocam o Conselho Tutelar ou a delegacia do bairro, que comumente trazem poucas respostas e mais ameaças e punições.

As instituições pouco se propõem a investir nas questões familiares e emocionais das famílias. Uma pesquisa realizada em 2023 pela Fiocruz e pela UFMA, coordenada pela Universidade de Southampton, na Inglaterra, com mulheres venezuelanas na fronteira com o Brasil, revelou que a separação de mães e filhos é um dos aspectos ligados à saúde das migrantes que mais preocupa. O estudo mostra que cerca de 25% das mães venezuelanas deixaram pelo menos um filho no país de origem. Em uma autoavaliação durante esta pesquisa, foram justamente elas que relataram pior estado de saúde, assim como as que sofreram algum tipo de violência no percurso até a chegada ao Brasil (Lamy *et al., 2023*).

Observamos o despreparo (Abelson, 2023) das instituições que atendem refugiadas(os) para o acolhimento de crianças, algo que já está bem normatizado no país (Brasil, 1996; Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990; Brasil, 2026; Brasil, 2006; Brasil, 2009a; Brasil, 2009b), visto que a prática do acolhimento infantil no Brasil vem desde os tempos da colônia. Institucionalizar crianças e adolescentes pobres, desqualificando as famílias no cuidado e na proteção, foi visto por muito tempo como uma resposta de governos e sociedade diante das vulnerabilidades sociais em que estavam imersos esses sujeitos em desenvolvimento (Rizzini, 2004; 2008; Nascimento, 2020).

Percebe-se em algumas falas institucionais que a questão da pobreza, aliada a visões culturais preconceituosas, ainda é uma questão que atravessa o imaginário das (os) profissionais, que consideram que as famílias não sabem, não querem ou não conseguem cuidar de suas(seus) filhas(os). Os que chegam sofrem das dinâmicas próprias do racismo estrutural de nossa sociedade, expondo a segregação das cidades e das culturas (Joia, 2021).

Os impactos psicológicos, físicos e educacionais nas crianças em deslocamento marcam profundas desigualdades no seu desenvolvimento socioemocional. Os processos de deslocamento migratório de crianças e adolescentes pelo mundo compreendem formas e vivências peculiares, que só podem ser decifradas com a escuta dos sujeitos envolvidos (Barley, 2019; Jabbar *et al.*, 2019; Angelidou *et al.*, 2019). Tal como Motta e Paula (2019) afirmam: "*É trabalhar com a palavra alheia, com as visões de mundo que revelam em seus discursos e ajudam a ampliar a visão de mundo que compartilhamos*" (p. 5).

Conforme sinalizado, o acolhimento privilegia o cuidado físico e não a saúde mental, desde a entrada na fronteira. Nos painéis *Monitora SUAS* do Governo Federal, com dados atualizados até agosto de 2025 (MDS, 2025), crianças até 9 anos correspondem a 6% da população que entra no país. No painel, os registros e dados referem-se a informações detalhadas de programas sociais disponíveis, dados de atendimento e interiorização, sem registros voltados especificamente para as infâncias.

Esta invisibilidade está também presente na literatura nacional sobre o tema. A revisão bibliográfica (Abelson; Silveira; Assis, 2023) indica que não foram encontrados registros ou acompanhamentos permanentes dos resultados desta intervenção de abrigamento temporário junto às famílias refugiadas venezuelanas. Os profissionais não sabem como colocar em prática a garantia da prioridade absoluta, verbalizada, quando evocam o artigo 227 da Constituição Federal ou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Imputam às famílias a ênfase de todo o cuidado e proteção das crianças, sem discutir a parcela de responsabilidade que cabe às instituições de proteger todo o grupo familiar. Não há uma reflexão ou preocupação coletiva ou individual sobre o que o país anfitrião pode oferecer para os meninos e meninas, tão pequenos e tão marcados pela dor da partida, do acolhimento, dos atendimentos e relacionamentos institucionais estabelecidos.

Algumas(uns) profissionais manifestam uma disputa velada com as famílias, já que muitos têm dificuldades financeiras e moram em bairros

periféricos, deixando transparecer que não são somente as(os) refugiadas(os) que precisam de apoio e doações, lembrando reflexão feita por Bauman (2016) de que para aquelas(es) que suspeitam ter chegado ao fundo do poço, há outro fundo abaixo. Este autor também pondera que esta descoberta pode redimir a dignidade humana e recuperar o que tenha sobrado de autoestima.

O compromisso de preservar as especificidades socioculturais do país de origem não acontece na maioria das instituições de acolhimento. O que há, por vezes, de forma explícita, é uma tentativa de exaltar a cultura e os costumes do país anfitrião em detrimento das memórias e lembranças do que cada família traz de costumes (Dalgaard *et al.*, 2019; Loffler *et al.,* 2020; Elhajji *et al.*, 2021).

Considerações finais

O processo de abrigamento na fronteira transcorre sem tempo determinado de acabar e não podemos acreditar que a caridade é a solução para as crianças. Para Collins (2024), a presença das crianças, e aqui incluo a das mães e mulheres, não pode ser encarada como um problema social. É muito mais complexo! O que as migrantes buscam são melhores oportunidades em outros países. Mas não é sem conflito! Buscam oportunidades melhores, coadunadas às memórias, construídas a partir de aspectos positivos e negativos que forjam a vida dessas pessoas.

Podemos afirmar que escutar, dar visibilidade e compreender como as equipes funcionam e pensam sobre as crianças abrigadas, junto com suas famílias, em todas as suas ambiguidades, é um passo importante, no contexto brasileiro, para a compreensão, a continuidade e as mudanças no atendimento e no acompanhamento das infâncias em deslocamento. Qualificar e atualizar os conhecimentos das equipes sobre os conceitos das infâncias refugiadas, assim como construir processos específicos de acolhimento e atendimento

às famílias nos serviços da proteção social especializada, são caminhos humanizados, seguros e eficazes.

É preciso ainda construir fluxos de acolhimento, desde a fronteira, com foco nas crianças. É preciso brincar com as crianças. Brincar é o idioma universal das crianças que atravessa fronteiras culturais e por meio do qual nos possibilita praticar uma escuta qualificada das suas percepções, expressões e sentimentos sobre a experiência de vida refugiada. É preciso entender que os processos precisam partir destes sujeitos, afinal é por elas que os pais migram. É para garantir não somente a sobrevivência das crianças, mas também seu desenvolvimento integral, que os pais abandonam suas casas, laços familiares e rede de amigos em busca de melhores oportunidades. Todas as vezes em que se perguntou aos pais e às(aos) cuidadoras(es), na pesquisa (Abelson, 2023), como imaginavam a vida deles e das crianças daqui para frente, a maioria falou do desejo de que as coisas melhorem, que as crianças possam estudar e comemorar os aniversários com um bolo, com uma festa. Afinal, é preciso brincar, celebrar a vida, a vida das crianças!

Referências

ABELSON, M. I. R. S. **Na voz das crianças refugiadas**: a construção de infâncias em deslocamento. 2023. Tese (Doutorado) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

ABELSON, M.; SILVEIRA, L.; ASSIS, S. Nas margens da insegurança: investigações sobre crianças em situação de migração e refúgio. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 33, e33072, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/pVxJbNFGzGNfzPqd58tJg8J/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

ACNUR. **Venezuela**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/venezuela/. Acesso em: 11 set. 2026.

ACNUR. **Autonomia e integração local de refugiados e imigrantes venezuelanos acolhidos nos abrigos em Boa Vista (RR)**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/07/relatorio-operacao_acolhida-Final.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

ACNUR. **Pacto Global sobre Refugiados**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.

acnur.org/br/o-que-fazemos/pacto-global-sobre-refugiados. Acesso em: 11 set. 2026.

ACNUR. **Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/convencao-de-1951/. Acesso em: 11 set. 2026.

AGUIAR, G. A. **Meu Portuñol fala**: sentidos produzidos por crianças e adolescentes migrantes latino-americanos nas escolas brasileiras. 2023. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

ALVES, M. A. **A voz de estudantes bolivianos em uma escola pública da cidade de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação, Arte e História da Cultura) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2015. Disponível em: https://dspace.mackenzie.br/. Acesso em: 11 set. 2026.

ANGELIDOU, G.; RAMIREZ, E. A. Attitudes' analysis of fifth grade Spanish and Greek pupils towards refugee children: the cases of Granada and Alexandroupolis. **International Journal of Humanities Education**, v. 17, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331082196_Attitudes'_Analysis_of_Fifth_Grade_Spanish_and_Greek_Pupils_towards_Refugee_Children_The_Cases_of_Granada_and_Alexandroupolis. Acesso em: 20 fev. 2022.

ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. (org.). **Levantamento nacional das crianças e adolescentes em serviço de acolhimento**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BARBOSA, L. A. *et al.* Aspectos gerais da vida de imigrantes em abrigos para refugiados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 33, p. 1-11, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10734. Acesso em: 11 set. 2026.

BARLEY, R.; RUSSELL, L. Participatory visual methods: exploring young people's identities, hopes and feelings. **Ethnography and Education**, v. 14, n. 2, p. 223-241, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1080/17457823.2018.1441041. Acesso em: 11 set. 2026.

BAUMAN, Zygmunt. **Estranhos à nossa porta**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária**. Brasília: Conanda/CNAS/SEDH/MDS, 2006. Disponível em: https://www.gov.br/participamaisbrasil/pncfc. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). **inserida**. Brasília: CONANDA/CNAS,

2009b. Disponível em: https://cmdca.jundiai.sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Orientac%C3%B5es-t%C3%A9cnicas-Criancas-e-Adolescentes-2009.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Lei n. 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Decreto n. 9.970, de 14 de agosto de 2019**, Brasília. Disponível: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9970-14-agosto-2019-788961-publicacaooriginal-158901-pe.html. Acesso em: 11 set. 2026.

BRASIL. **Decreto n. 12.657, de 7 de outubro de 2025**. Institui a Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-12.657-de-7-de-outubro-de-2025-661037913. Acesso em: 11 set. 2026.

CARVALHO, G. M. **Análise comparativa das políticas públicas de acolhimento desenvolvidas pelo Brasil e Colômbia no caso dos refugiados venezuelanos**. 2019. Monografia – Universidade do Sul de Santa Catarina, 2019. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/5922. Acesso em: 11 set. 2026.

CIDADE, N. C. **Refugiados urbanos**: estudo sobre a distribuição territorial de refugiados no Rio de Janeiro e seu impacto no processo de integração local. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

COLLINS, P. H. **Intersecções letais**: raça, gênero e violência. São Paulo: Boitempo, 2024.

CONDE, S. F.; ALCUBIERRE, K. S. L. Sentidos e percepções de crianças migrantes em Florianópolis. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 358-368, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p358. Acesso em: 11 set. 2026.

COSTA, P.; SOUZA, L. *et al.* O acolhimento de refugiados recolocados em Portugal: a intervenção das instituições locais. In: **II Congresso Internacional de Mediação Social**: a Europa como espaço de diálogo intercultural e de mediação. Braga: CECS, 2019. p. 113-133. Disponível em: http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cecs_ebooks/article/view/3021. Acesso em: 11 set. 2026.

DALGAARD, N. T. *et al.* Family violence in traumatized refugee families: a mixed methods study of mother/child dyadic functioning, parental symptom levels and children's psychosocial adjustment. **Nordic Psychology**, v. 72, n. 2, p. 83-104, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1653221. Acesso em: 11 set. 2026.

ELHAJJI, M.; PARAGUASSU, F. Infância e estrangeiridade: duas alteridades, a mesma minoridade. **Zero-a-Seis**, Florianópolis, v. 23, n. 43, p. 399-419, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5007/1980-4512.2021.e72762. Acesso em: 11 set. 2026.

ELHAJJI, M.; AGUIAR, G. A.; ASSUMPÇÃO, A. M. Crianças migrantes no Rio de Janeiro: questões para sua integração nas escolas públicas. **Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 44-68, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.65625/z742s851. Acesso em: 11 set. 2026.

FIGUEIREDO, J. G.; ARAGÃO, E. M. A. Crianças e adolescentes acolhidos: histórias tão verdadeiras que às vezes parece que são inventadas. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

GADÊLHA, F.; RIBEIRO, M. **Guia de acesso a serviços para famílias venezuelanas refugiadas e migrantes com crianças na primeira infância**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: http://www.primeirainfanciarefugiada.com.br/arquivos/230428_AVSI_GuiadeAcesso_web.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

GHIGGI, G. **O lugar das crianças migrantes e refugiadas nas políticas públicas em educação infantil no Brasil**. 2024. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2024. Disponível em: https://hdl.handle.net/1884/93744. Acesso em: 11 set. 2026.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Secretaria da Justiça, Família e Trabalho. **Acolhimento institucional para adultos e famílias na modalidade casa de passagem regionalizada**: com foco em migrantes e refugiados. Curitiba, 2021. Disponível em: https://www.ceas.pr.gov.br/sites/ceas/arquivos_restritos/files/documento/2021-06/guia_fluxo_casa_de_passagem_regionalizada_-07.06.2021_word.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. **Cartilha de orientações sobre o SUS para a população imigrante e refugiada**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/participacao-social-e-equidade/saude-da-populacao-imigrante-e-refugiada/2019/04/cartilha-de-orientacoes-sobre-o-sus-para-a-populacao-imigrante-e-refugiada-folders. Acesso em: 11 set. 2026.

JABBAR, S.; BETAWI, A. Children express: war and peace themes in the drawings of Iraqi refugee children in Jordan. **International Journal of Adolescence and Youth**, v. 24, n. 1, p. 1-18, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1455058. Acesso em: 20 fev. 2022.

JOIA, J. H. Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infantojuvenil. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 145-159, 2021. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/174748. Acesso em: 11 set. 2026.

LAMY, Z. C. *et al.* **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes migrantes venezuelanas no Brasil**: sumário executivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/03/REGHID_sumario_executivo_9mar23.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

LOFFLER, D.; COLL DELGADO, A. C. O direito das crianças à participação: entre conquistas e desafios. **EDUCA: Revista Multidisciplinar em Educação**, Porto Velho, v. 7, n. 17, p. 82-101, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.26568/2359-2087.2020.4508. Acesso em: 11 set. 2026.

MAGALHÃES, G. M. **Fronteiras do direito humano à educação**: um estudo sobre os imigrantes bolivianos nas escolas públicas de São Paulo. 2010. Tese (Doutorado) –

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MENDES, A. A.; BRASIL, D. R. A nova Lei de Migração brasileira e sua regulamentação da concessão de vistos aos migrantes. **Sequência**, Florianópolis, n. 84, p. 64-88, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/seq/a/m857phqNWZFzQDZ8vqhLDLM/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. **Manual de boas práticas do gestor municipal e equipes técnicas**: políticas públicas para famílias venezuelanas refugiadas e migrantes com crianças na primeira infância. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/migrantes-refugiados-e-apatridas/publicacoes/manual-de-boas-praticas-do-gestor-municipal-e-equipes-tecnicas-politicas-publicas-para-familias-venezuelanas-refugiadas-e-migrantes-com-criancas-na-primeira-infancia. Acesso em: 11 set. 2026.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Painel de informações sociais para refugiados e migrantes venezuelanos**. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://app.powerbi.com/ view?r=eyJrIjoiZTk5NmE1YTItNDA1Zi00YTRlLTk0ZWMtYzIwMTA5MjdhOTk0IiwidCI6IjE1ODgyNjJkLTIzZmItNDNiNC1iZDZlLWJjZTQ5YzhlNjE4NiIsImMiOjh9. Acesso em: 11 set. 2026.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Estratégia de interiorização**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/. Acesso em: 11 set. 2026.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

MATOS, C. C. R. **Trabalho humanitário, saúde mental e atenção psicossocial**: um relato de experiência nos abrigos para migrantes e refugiados venezuelanos em Boa Vista/RR. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direitos Humanos na América Latina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022. Disponível em: https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/6964/Trabalho%20Humanit%C3%A1rio%2C%20Sa%C3%BAde%20Mental%20e%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%3A%20um%20Relato%20de%20Experi%C3%AAncia%20nos%20Abrigos%20para%20Migrantes%20e%20Refugiados%20Venezuelanos%20em%20Boa%20Vista%20-%20RR?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 11 set. 2026.

MOTTA, F.; PAULA, C. Questões raciais para crianças: resistência e denúncia do não dito. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/edreal/a/CPjw4JYGJ8MrwwkKQfsw5LB/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

NASCIMENTO, M. L.; MORAIS, C. P. de. (In)visibilidade das crianças imigrantes na cidade de São Paulo: questões para pensar a cidadania da pequena infância. **Revista Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 27, n. 2, p. 437-458, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5335/rep.v27i2.11435. Acesso em: 11 set. 2026.

NEVES, A. O. **Política linguística de acolhimento a crianças imigrantes no ensino fundamental brasileiro**: um estudo de caso. 2018. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

NITERÓI. **Cartilha para servidores públicos de Niterói**: direitos humanos. Niterói, 2022. Disponível em: https://niteroi.rj.gov.br/wp-content/uploads/arquivos/Cartilha%20para%20Servidores%20P%C3%BAblicos%20-%20Migrantes%20Niter%C3%B3i.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

ONU NEWS. OMS: para crescerem saudáveis, crianças devem sentar menos e brincar mais. **ONU News**, 25 abr. 2019. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2019/04/1669601. Acesso em: 11 set. 2026.

ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil 2022**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Desenvolvimento sustentável e saúde**: tendência dos indicadores e desigualdades no Brasil. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sustentavel_desigualdade_brasil.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

PARAGUASSU, F. **Narrativas de infâncias refugiadas: a criança como protagonista da própria história**. 2020. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

RICHTER, L. M.; DARMSTADT, G. L. *et al.* **Apoiando o desenvolvimento na primeira infância: da ciência à difusão em grande escala**: resumo executivo da série do The Lancet. [S. l.]: Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, 2016. Disponível em: https://biblioteca.fmcsv.org.br/biblioteca/apoiando-desenvolvimento-primeira-infancia-ciencia-difusao-grande-escala/. Acesso em: 11 set. 2026.

RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

SAID, T. Investir na primeira infância é como uma vacina para o desenvolvimento humano. **Jornal da USP**, São Paulo, 26 abr. 2021. Disponível em: https://jornal.usp.br/universidade/investir-na-primeira-infancia-e-como-uma-vacina-para-o-desenvolvimento-humano-diz-pesquisadora-da-usp/. Acesso em: 11 set. 2026.

SANCHEZ-MOJICA, J. F. Migración infantil e inclusión educativa: un tópico en deuda para el desarrollo de enfoques y políticas integrales de atención en Latinoamérica. **EDUCARE**, Heredia, v. 25, n. 2, p. 262-284, 2021. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582021000200262&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2022.

SANTINHO, M. C. **Refugiados e requerentes de asilo em Portugal**: contornos políticos no campo da saúde. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2011.

SANTOS, I. D. C. **A proteção das crianças e adolescentes refugiados no Brasil**: a necessidade de políticas públicas de integração. 2018. Tese (Doutorado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2018.

SÃO PAULO (Município). **Material didático**: coleção Portas Abertas: Português para

Imigrantes. São Paulo: Coordenação de Políticas para Imigrantes e Promoção do Trabalho Decente, 2025. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/imigrantes_e_trabalho_decente/w/programas_e_projetos/portas_abertas/259310. Acesso em: 11 set. 2026.

SILVA, D. F. O fenômeno dos refugiados no mundo e o atual cenário complexo das migrações forçadas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 163-170, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepop/a/Xf7yQhXqhY3YyRp9fZZgzwm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

THOMÉ, R. G. **Crianças e adolescentes refugiadas e solicitantes de refúgio no município do Rio de Janeiro**: desafios e perspectivas para a proteção social. 2019. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/46348/46348.PDF. Acesso em: 11 set. 2026.

UNICEF. **Guia metodológico UAPI**. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/34936/file/Guia%20Metodol%C3%B3gico_UAPI_FINAL.pdf.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

UNICEF. **Crise migratória venezuelana no Brasil**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil. Acesso em: 11 set. 2026.

UNICEF. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Brasília, DF, [s. d.]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca. Acesso em: 11 set. 2026.

UNODC. **Fluxo de migrantes venezuelanos no Brasil cresceu mais de 900% em dois anos**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/07/fluxo-de-migrantes-venezuelanos-no-brasil-cresceu-mais-de-900-em-dois-anos.html. Acesso em: 11 set. 2026.

VENÂNCIO, S. I. Por que investir na primeira infância? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 28, e3253, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/3BGTd7GqV6tZ9T4B8bP4YjF/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

VIGOTSKI, L. S. **Imaginação e criação na infância**: ensaio psicológico, livro para professores. Tradução de Zoia Prestes e Elizabeth Tunes. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

Capítulo 9

PROTAGONISMO DO MOVIMENTO SOCIAL DE MIGRANTES PELA JUSTIÇA REPRODUTIVA: LINHA UNIFICADA DE CUIDADO INFORMAÇÃO E APOIO – LUCIA

Andrea Catalina León Amaya
Manuela Arruda Galindo
Laura Queslloya
Catalina Revollo Pardo

Introdução

A Coletiva Mulheres em Migração pela Paz (MEMIPAZ), em 2024, começa a desenhar a proposta do projeto Nossos Corpos Nossas Fronteiras em parceria com o Instituto Justiça Delas, com a intenção de marcar, na agenda dos movimentos sociais e das instituições que reivindicam o direito ao aborto, bem como na agenda do movimento social de migrantes, a necessidade de uma abordagem diferenciada para os direitos reprodutivos e o aborto legal no contexto das pessoas migrantes com capacidade de gestar. O projeto ganha financiamento internacional da organização *Ríos Strategic Lawyering for Social Justice*[18] e, com esses recursos, iniciamos, em 2025, seu desenvolvimento.

18 Organização internacional que trabalha pela justiça social por meio do uso estratégico do Direito, com abordagem interdisciplinar e interseccional.

A concepção do projeto Nossos Corpos Nossas Fronteiras decorre da identificação de três objetivos principais de ação e intervenção: (a) o cenário da injustiça de dados e de acesso à informação que interage, no caso das pessoas migrantes com capacidade de gestar, com o campo da injustiça reprodutiva, se traduzindo em situações de vulneração de direitos ou de ameaça de violações de direitos que podem e devem ser documentadas, embasando ações legais coletivas locais e nacionais; (b) a necessidade de criar condições favoráveis para a constituição de redes de apoio de profissionais do direito, de profissionais do Sistema de Justiça e de lideranças migrantes defensoras de direitos humanos que possam participar da quebra e do enfrentamento à "legalidade oculta" do aborto legal e da implementação de boas práticas de atendimento e acompanhamento a pessoas migrantes, ampliando, assim, o acesso das mulheres migrantes a agentes institucionais e sociais dispostos a apoiá-las e acolhê-las na efetivação dos seus direitos reprodutivos; (c) a possibilidade de criação de um canal direto de orientação, acolhida e acompanhamento sociojurídico para mulheres, homens trans e pessoas não binárias com capacidade de gestar em situação de migração internacional no Brasil, com o intuito de viabilizar seu acesso ao aborto legal e o enfrentamento às violências institucionais e sociais associadas ao abortamento quando pessoas migrantes estão envolvidas.

O presente capítulo tem a intenção de apresentar o processo de desenho metodológico de atendimento qualificado para mulheres e pessoas trans e não binárias migrantes em situação de gravidez indesejada e que necessitam de informações e orientações para decidir e acessar o aborto legal no Brasil por meio da Linha Unificada de Cuidado, Informação e Apoio (LUCIA), bem como sua implementação, derivada do terceiro objetivo do projeto Nossos Corpos Nossas Fronteiras.

Nossa trajetória de conformação, sentido e ação da Coletiva Mulheres em Migração pela Paz (Memipaz)

A Coletiva deriva da confluência, em 2016, das trajetórias de migração no Brasil e do encontro motivado pelo apoio à construção dos diálogos de paz entre o governo da Colômbia e as FARC-EP[19], a partir do Coletivo Colombianxs pela Paz RJ, no período entre 2016 e 2018 (Revollo Pardo; León González; León Amaya, 2017). Desde então, o afeto entre as mulheres do Coletivo Colombianxs pela Paz levou-as a tecer e fortalecer ações de apoio mútuo nos processos individuais e coletivos como mulheres em migração, em meio à pandemia de covid-19. A partir de diversas geografias e nesse contexto, adota-se o nome de Coletiva Mulheres em Migração pela Paz (MEMIPAZ) e, inicialmente, foram investidas energias em ações de comunicação e de encontro facilitado pelas redes virtuais, somando-se a iniciativas de mobilização social locais, translocais e transfronteiriças por justiça social, como a mobilização do "SOS Colômbia", em respaldo ao protesto social intensificado nesse país em face da continuidade das violências do Estado no cenário do pós-acordo de paz (Coletiva MEMIPAZ, 2021).

A reconfiguração da Coletiva assim ensejada teve como base o convencimento recíproco de que suas integrantes, juntas e independentemente da distância geográfica, podem sustentar e potencializar as ideias e apostas que cada uma desenvolve em seus próprios âmbitos sociais, profissionais e comunitários.

É, portanto, uma coletiva feminista multilocalizada, reunindo mulheres migrantes e refugiadas com residência atual na Colômbia, em Bogotá; no Brasil, em Tabatinga (AM), Brasília (DF), Belo Horizonte (MG), Foz do Iguaçu (PR), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP); na Dinamarca, em Copenhague; e na Austrália, em Adelaide. A Coletiva é multidisciplinar e rica

19 Os diálogos foram mantidos entre 2012 e 2016 para o encerramento do conflito armado interno, tendo como partes na negociação o governo colombiano e as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia – Exército do Povo (FARC-EP). Esse processo de negociação levou à assinatura de um primeiro acordo em agosto de 2016, que, após a reprovação no plebiscito de 2 de outubro de 2016, foi submetido a ajustes e desembocou na versão final aprovada conhecida como "Acordo Final de Paz", em novembro de 2016. Ver Biblioteca Abierta del Proceso de Paz Colombiano (BAPP), em: https://bapp.com.co/el-acuerdo-de-paz/

em saberes, trajetórias, experiências, talentos, origens, trânsitos e destinos. Com esse repertório e a partir de diferentes lugares, a Coletiva MEMIPAZ está sempre atenta a construir pontes e a mobilizar apoios, vinculando-se a diversos processos de luta por justiça social, direitos, construção de culturas de paz e enfrentamento às violências de gênero, racistas e xenófobas, como parte de um exercício de cidadania transnacional.

Em suma, como coletiva que nasce da potência da amizade e dos trânsitos de suas integrantes, constitui-se em um espaço de encontro, cuidado, acolhimento, troca de ideias, fofocas e urgências, ao mesmo tempo em que permite pensar, articular, levantar ideias e fazer acontecer projetos. A Coletiva frequentemente é acionada por outras pessoas migrantes em busca de informação e acesso a serviços e está sempre disposta e aberta a fornecer e divulgar informações e a construir pontes com redes de apoio institucionais e sociais[20].

Projeto Nosso Corpo Nossas Fronteiras: contexto de migração e barreiras no acesso à justiça reprodutiva

De acordo com o Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), em 2023, havia aproximadamente 1,5 milhão de imigrantes no Brasil, com tendência crescente de presença de mulheres e crianças entre esse público. O país se consolidou como um dos principais destinos da população solicitante de refúgio ou de proteção humanitária na América Latina. Apesar do avanço de políticas e iniciativas voltadas às populações migrantes, a pauta dos direitos reprodutivos permanece pouco contemplada, ficando em segundo plano diante de ações de regularização migratória, assistência humanitária e acesso a serviços básicos.

Essa lacuna se traduz em barreiras concretas: falta de informação sobre direitos reprodutivos em diferentes línguas, estigma em torno do aborto,

20 E-mail da Coletiva MEMIPAZ: contato@mujeresenmipaz.org. Instagram da Coletiva MEMIPAZ: @coletiva_memipaz

burocracia, discriminação e forte presença de redes assistenciais de caráter religioso, que frequentemente omitem informações sobre o aborto legal. O fenômeno da chamada "legalidade oculta", analisado por Szulik e Zamberlin (2020) no contexto argentino e identificado no Brasil (Gênero e Número, 2023), reforça esse quadro: muitas mulheres migrantes partem do pressuposto de que o aborto é sempre ilegal, percorrendo trajetórias marcadas por silêncio, estigma e desinformação.

Além disso, a ausência do marcador social da migração em pesquisas nacionais de referência sobre saúde reprodutiva, como a Pesquisa Nacional do Aborto (2016, 2021) e o estudo Nascer no Brasil (2011-2012; 2021-2023), invisibiliza a realidade de mulheres e pessoas com capacidade de gestar em mobilidade. A superposição de interseccionalidades de gênero, raça/etnia, classe social, sexualidade e território agrava ainda mais as vulnerabilidades. Em regiões de fronteira, no acolhimento de deslocamentos forçados e na interiorização de fluxos como o venezuelano, prevalece a lógica de segurança pública, que pode acentuar práticas de racismo e xenofobia, restringindo o acesso à informação e ao cuidado em saúde sexual e reprodutiva (Leal *et al.*, 2024).

Embora o aborto seja permitido no Brasil em casos de estupro, risco à vida da gestante e anencefalia fetal, na prática o acesso é extremamente restrito. Para pessoas migrantes, refugiadas, apátridas e retornadas, as dificuldades se tornam ainda mais complexas: (a) invisibilidade: ausência de dados oficiais sobre a experiência migrante, o que apaga suas necessidades específicas; (b) xenofobia, racismo e sexismo: múltiplas camadas de discriminação somadas às barreiras já enfrentadas por brasileiras; (c) choque cultural e linguístico: falta de adaptação dos serviços de saúde às diversidades culturais e de idioma; (d) burocracia: exigência de documentos para acessar o SUS e o SUAS, excluindo quem está em situação migratória irregular; (e) despreparo institucional: equipes de saúde e assistência social sem capacitação para lidar com casos de aborto legal, resultando em constrangimento, negação ou omissão de

informações; (f) isolamento social: ruptura de redes familiares e comunitárias, dificultando o acesso a apoio prático e emocional.

Como explicado em uma matéria publicada no Portal Catarinas (Lima, 2025):

> Existe uma "legalidade oculta". O aborto é legal em algumas situações no Brasil, mas em razão da diferença linguística e cultural, e devido às camadas de intermediação burocráticas e assistenciais, essa é uma informação que não atinge as pessoas migrantes, refugiadas, apátridas. Campanhas de informação sobre saúde reprodutiva muitas vezes omitem o aborto legal, e os serviços públicos não oferecem adaptações culturais ou linguísticas" (Depoimento de Catalina León Amaya para o Portal Catarinas, 2025).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 45% dos abortos realizados no mundo são inseguros, sendo a insegurança maior entre populações vulnerabilizadas, como migrantes e refugiadas. No Brasil, estima-se que cerca de 500 mil mulheres recorrem ao aborto a cada ano, a maioria fora do sistema de saúde, segundo o Instituto Guttmacher.

O objetivo específico 3 do Projeto Nossos Corpos Nossas Fronteiras

O objetivo específico 3 do projeto "Nossos Corpos Nossas Fronteiras" é criar e implementar uma metodologia de atendimento virtual multíngue (português, espanhol, inglês, francês e crioulo haitiano) de abrangência nacional para a orientação jurídica de mulheres, homens trans e pessoas não binárias migrantes, bem como para a assistência sociolegal direta, o acompanhamento e/ou o encaminhamento à Defensoria Pública em casos de barreiras de acesso ao aborto legal.

O desenho metodológico e o protocolo de atendimento qualificado voltados para pessoas migrantes internacionais no Brasil (mulheres, homens trans e pessoas trans masculinas e não binárias) em situação de gravidez indesejada e que precisam de informações e orientações para decidir e acessar o aborto legal e seguro incluíram a elaboração de um protocolo passo a passo para realizar o atendimento nas diferentes fases ou situações (primeiro contato, questionários bilíngues iniciais, intermediários e de acompanhamento e seguimento, tarefas de seguimento e acompanhamento, orientações padrão bilíngues pertinentes a cada etapa, encaminhamentos possíveis, entre outras).

O trabalho incluiu também a organização de um banco de conhecimento, com um documento-base bilíngue de perguntas e respostas frequentes, assim como a criação de um glossário bilíngue de palavras e expressões frequentes usadas no campo do aborto legal, com as definições em linguagem acessível e facilmente traduzíveis para outras línguas além das inicialmente previstas.

LUCIA amplia acesso de pessoas migrantes ao aborto legal no Brasil

Fruto da trajetória da Coletiva Mulheres em Migração pela Paz (MEMIPAZ), em parceria com o Instituto Justiça Delas[21] e com apoio da organização internacional Ríos, a LUCIA surge como uma iniciativa inédita no país. Já em funcionamento, a linha reafirma que o cuidado, a dignidade e a sensibilidade às necessidades de adaptação cultural e linguística são fundamentais para garantir o acesso a direitos. Nesse sentido, a LUCIA decorre do desejo de criação de redes de apoio voltadas para o cuidado entre mulheres, pessoas trans e não binárias, no entrecruzamento de nossas jornadas migratórias e reprodutivas.

21 O Instituto Justiça Delas é uma organização dedicada a transformar realidades e proporcionar um futuro mais seguro para mulheres em situação de violência. Para tanto, desenvolve um projeto de acolhimento, concebido como espaço seguro onde mulheres em situação de violência encontram orientação e apoio especializado. Mais informações no site do IJD: https://institutojusticadelas.com.br/.

Migrar é levar nosso corpo-território, desafiando fronteiras físicas e simbólicas. Por isso, precisamos de apoio mútuo para sustentar a vida.

A LUCIA é uma linha de atendimento multilíngue via WhatsApp[22] que está em funcionamento desde maio de 2025 e oferece acolhimento a pessoas migrantes, refugiadas, apátridas e retornadas, fornecendo informações seguras, gratuitas e sigilosas, no idioma da pessoa atendida, sobre os casos em que o aborto é legal no Brasil. A LUCIA funciona como um espaço de acolhimento e orientação, ajudando a superar barreiras linguísticas, culturais e institucionais que dificultam o acesso a direitos reprodutivos.

Ao centralizar informações e oferecer acolhimento direto via WhatsApp, a LUCIA busca ser um canal de confiança. A primeira grande barreira é o acesso à informação. A LUCIA acolhe diferenças culturais e linguísticas, cria pontes e faz encaminhamentos responsáveis para que as escolhas e o acesso ocorram de forma mais segura e humanizada.

Na primeira etapa de divulgação, em 2025, a LUCIA foi apresentada a 17 coletivos e organizações voltados à população migrante. As interlocutoras receberam a iniciativa com entusiasmo e apoio, destacando sua importância como espaço seguro e acessível. Os relatos trouxeram experiências de gravidez indesejada sem orientação, dificuldades de acesso ao aborto legal e à saúde reprodutiva, além da necessidade de aliados no sistema de saúde. Também foram ressaltadas a inclusão de pessoas trans e não binárias e a relevância de uma escuta culturalmente sensível. O retorno reforçou que a LUCIA é percebida como urgente e necessária, tanto pelo amparo direto quanto pela articulação de redes e pela visibilização de direitos silenciados.

Considerações finais

Os diferenciais da LUCIA são diversos. Primeiramente, trata-se de um processo de acolhimento construído por pessoas em migração que, partindo

22 Pode ser acessada por: https://bit.ly/LUCIA_responde

de suas experiências, tomaram a iniciativa de criar um espaço de cuidado com atendimento gratuito, sigiloso e multilíngue. Também destacamos que a linha não é um bot. Há pessoas reais, com formação profissional em direito e psicologia, por trás, construindo um movimento de apoio. Por fim, destaca-se o acolhimento cultural e linguístico, acessível em todo o Brasil e em regiões de fronteira.

A experiência de construção e implementação da Linha Unificada de Cuidado, Informação e Apoio (LUCIA) evidencia o protagonismo do movimento social de migrantes na promoção da justiça reprodutiva no Brasil. Ao partir das vivências concretas de mulheres, homens trans e pessoas não binárias em mobilidade, a iniciativa rompe com abordagens assistencialistas e afirma a centralidade do cuidado comunitário, da escuta qualificada e da produção de respostas situadas às desigualdades de acesso ao aborto legal. A LUCIA se consolida, assim, como uma estratégia política e metodológica que enfrenta a "legalidade oculta" do aborto no país, ao articular informação confiável, acolhimento cultural e linguístico e orientação sociojurídica construída por e para pessoas migrantes.

Além de ampliar o acesso a direitos reprodutivos, a LUCIA contribui para a visibilização das barreiras institucionais, simbólicas e estruturais enfrentadas por populações migrantes, apontando para a urgência de políticas públicas sensíveis às interseccionalidades de gênero, raça, classe, sexualidade e status migratório. A experiência demonstra o potencial das articulações entre coletivas de migrantes, profissionais do direito e da psicologia e movimentos sociais na construção de práticas inovadoras de cuidado e defesa de direitos. Nesse sentido, a LUCIA não apenas responde a demandas imediatas de orientação e acolhimento, mas também se projeta como uma ferramenta de incidência política e produção de conhecimento, reafirmando a migração como um lugar legítimo de enunciação, ação coletiva e transformação social.

Referências

COLETIVA MEMIPAZ. “SOS Colômbia”: a voz dos coletivos de migrantes no Brasil. **O Estrangeiro**, 14 maio 2021. Disponível em: https://oestrangeiro.org/2021/05/14/sos-colombia-a-voz-dos-coletivos-de-migrantes-no-brasil/. Acesso em: 11 set. 2026.

GÊNERO E NÚMERO. Aborto inseguro afasta Brasil de meta da redução da mortalidade materna. **Gênero e Número**, 31 mar. 2023. Disponível em: https://www.generonumero.media/reportagens/aborto-mortalidade-materna/. Acesso em: 11 set. 2026.

JUNGER DA SILVA, G. *et al.* **Refúgio em números: relatório anual 2023**. 8. ed. Série Migrações. Brasília, DF: OBMigra; Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros-e-publicacoes. Acesso em: 11 set. 2026.

LEAL, M. C. *et al.* Protocolo do Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [*S. l.*], vol. 40, p. e00036223, 2024. Disponible en: https://www.scielo.br/j/csp/a/cPg3d9dRfqS3RHhqZrjmRVg/?lang=pt. Consultado en: 23 sep. 2026.

LIMA, A. Lúcia: linha pioneira garante informação sobre aborto legal a mulheres migrantes no Brasil. **Catarinas**, 2025. Disponível em: https://catarinas.info/lucia-linha-pioneira-garante-informacao-sobre-aborto-legal-a-mulheres-migrantes-no-brasil/. Acesso em: 11 set. 2026.

LUCIA. [**Perfil no Instagram: @lucia_responde_**]. Instagram, [s. d.]. Disponível em: https://www.instagram.com/lucia_responde_/. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS: proibição não reduz número de abortos e aumenta procedimentos inseguros. **Nações Unidas Brasil**, 28 set. 2017. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/77739-oms-proibição-não-reduz-número-de-abortos-e-aumenta-procedimentos-inseguros. Acesso em: 11 set. 2026.

REVOLLO PARDO, C.; LEÓN GONZÁLEZ, A.; LEÓN AMAYA, A. C. Colombianxs por la Paz – Rio de Janeiro: entre a mobilização pela paz e a aposta por uma cidadania transnacional. In: **A presença do migrante no Rio de Janeiro: o olhar do imigrante e do refugiado**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://migramundo.com/wp-content/uploads/2018/05/3%C2%AA-ED.-REVISTA-A-presen%C3%A7a-do-migrante-no-Rio-de-Janeiro.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

SZULIK, D.; ZAMBERLIN, N. La legalidad oculta: percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 46-67, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a. Acesso em: 11 set. 2026.

Capítulo 10

MULHERES MIGRANTES E AS ARTESANIAS DO CUIDADO E DAS MATERNIDADES: RELATOS SOBRE A ELABORAÇÃO DE UM DOCUMENTÁRIO FEMINISTA

Cristiane Batista Andrade
Corina Helena Figueira Mendes
Yelitza Josefina Lafont Paredes
Margarita Campo Cuero
Ingrid Maryelin Rangel Daza
Camila Athayde de Oliveira Dias
Thuane Rosa do Carmo
Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Iniciando os caminhos

deixar seu país
não foi fácil para a minha mãe
ainda a vejo procurando a sua terra
nos filmes estrangeiros
e na prateleira dos importados
(Rupi Kaur)

Cruzar fronteiras não é um caminho fácil, como expressa a poesia de Rupi Kaur. São decisões difíceis e, por vezes, inevitáveis, como é o caso das migrações forçadas. Nesse sentido, como mulheres migrantes lidam com os

processos migratórios e o trabalho de cuidado? Como cuidam de si, de suas filhas(os), familiares e de outras(os) migrantes? Entendendo o cuidado e a sua complexidade sob a perspectiva feminista, este artigo tem por finalidade relatar as experiências de elaboração de um documentário sobre as histórias de mulheres migrantes no Brasil, seus deslocamentos, o cuidado de si, o cuidado familiar e a maternidade.

Cortés Maisonave (2022), ao dialogar sobre as relações de gênero e migração, ressalta que esses processos envolvem não apenas os deslocamentos geográficos, mas também os sociais, políticos e identitários e que são as mulheres, muitas vezes, que buscam outros países para escapar das violências e obter melhores condições de vida e de emprego: "Enquanto a migração masculina é socialmente recompensada e legitimada, a migração feminina sofre sanções sociais por não cumprir os mandatos de gênero, sexuais, emocionais e de cuidado" (Cortés Maisonave, 2022, p. 5).

Nesse sentido, são elas que se deslocam, muitas vezes, sozinhas, enfrentando as fronteiras de gênero e as violências ao longo de seus percursos e, no entanto, encontram formas e atitudes para se protegerem e resistirem às opressões (Cortés Maisonave, 2022). Nesta seara, os obstáculos diante das opressões também são vivenciados no mundo do trabalho, pois também percebemos as desigualdades de gênero nas atividades laborais das migrantes, em que enfrentam o machismo e as relações patriarcais expressas em empregos precarizados e informais na área do trabalho de cuidado, quando não estão à mercê do aliciamento do tráfico de pessoas, do trabalho escravo e de outras violências, além de serem as principais responsáveis pelo cuidado familiar e social (Andrade *et al.*, 2024).

Que o cuidado é essencial à vida não há dúvida. No entanto, o que as feministas têm mostrado é que ele é um trabalho desempenhado por mulheres de camadas populares, pobres, migrantes, negras ou indígenas, e é mal ou nada remunerado. É por meio dele que as mulheres utilizam seus saberes, suas emoções e seus corpos para cuidar de outras pessoas e, até mesmo, para formar

pessoas para a força de trabalho na sociedade capitalista. São as trabalhadoras domésticas, cuidadoras de idosos, enfermeiras, babás, professoras, dentre outras, que desempenham o cuidado humano e fazem dele uma forma de ter um trabalho remunerado. Para além da exploração das mulheres nessas atividades essenciais à sociedade capitalista, por meio delas, pode haver relações de interdependência entre as pessoas, mostrando o quanto todas(os) necessitam de algum cuidado para a sobrevivência (Farris, 2024).

É na iminência do desenvolvimento da Política Nacional de Cuidados no Brasil (Brasil, 2024), na qual não há menção às migrantes, que se vislumbra uma brecha para promover a visibilidade dos cuidados realizados por elas e, ao mesmo tempo, a necessidade de propor ações de cuidado voltadas às mulheres migrantes, garantindo melhores condições de vida e de trabalho para que tenham seus direitos garantidos. É nesse contexto, visando construir conjuntamente a pauta, que a ideia e a produção do documentário em tela se dão.

A construção coletiva do documentário como registro das histórias de mulheres migrantes

A ideia do documentário, intitulado *Fronteiras do cuidado*, surgiu por meio do desenvolvimento de uma pesquisa intitulada "Mulheres Migrantes nas Fronteiras Brasileiras: interfaces entre trabalho, cuidado e violências", que está sendo desenvolvida em oito cidades brasileiras (cinco capitais e três cidades de fronteira), a partir de entrevistas realizadas durante os anos de 2024 e 2025 com mulheres migrantes, profissionais de saúde e da assistência social e integrantes de organizações da sociedade civil (OSC).

Sendo assim, um dos produtos da pesquisa em desenvolvimento é a elaboração de um documentário com vistas à divulgação científica, com o objetivo de disseminar o conhecimento para a população, em linguagem simples e acessível, na forma de material audiovisual (Fórum em Pauta,

2022). Além disso, concordamos com bell hooks (2021), que salienta: "Muitas ideias feministas maravilhosas nunca alcançam o público fora da academia justamente porque o trabalho não é acessível" (p. 24). Portanto, a elaboração deste documentário é uma estratégia para divulgar à sociedade os desafios e as potencialidades dos saberes e fazeres das migrantes em relação ao trabalho de cuidado e às estratégias de resistência e produção de vida.

Assim, por meio da perspectiva feminista, construímos o roteiro do documentário após extensos estudos teóricos e empíricos realizados pelas pesquisadoras sobre os temas da migração, do trabalho de cuidado e da interseccionalidade, em articulação coletiva entre a equipe da pesquisa e duas migrantes (uma colombiana e uma venezuelana). A participação dessas migrantes, que, além de elaborarem o roteiro, também ajudaram a escolher as mulheres participantes e as perguntas a serem realizadas para cada uma delas. Esta etapa do documentário foi essencial para construirmos uma obra em que as complexidades dos processos migratórios e do cuidado na vida dessas mulheres aparecessem, de modo a apresentar igualmente os seus protagonismos, agenciamentos e potencialidades para além das opressões vividas por elas.

Todas as entrevistas foram realizadas durante o Seminário Nacional "Interculturalidade, migrações, gênero e saúde", realizado entre 23 e 24 de junho de 2025, na cidade do Rio de Janeiro. Em espaços reservados para as entrevistas, as mulheres cederam seus depoimentos a duas entrevistadoras que são autoras deste manuscrito. A equipe de execução das gravações contou com três homens profissionais do audiovisual, que foram sensíveis aos depoimentos e histórias narradas por elas, interrompendo as filmagens quando elas se mostraram mais emotivas nesse processo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. CAAE 78845224.6.0000.5240, sob o Parecer nº 6.891.551, de 17/06/2024, tendo sido necessária a elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para as

pessoas participantes do documentário, além do consentimento para a cessão dos direitos autorais para a produção de obra audiovisual da instituição onde a pesquisa está sendo desenvolvida. O documentário foi registrado na Câmara Brasileira do Livro para garantia dos direitos autorais em 25/06/2025.

O desenvolvimento do documentário: as migrantes e os temas abordados

Convidamos as participantes para o documentário e, por meio das entrevistas, o roteiro foi sendo conduzido. Participaram: a) sete migrantes: duas colombianas, uma cozinheira e uma psicóloga; quatro venezuelanas, uma mediadora intercultural no SUS, uma assistente comunitária, uma jornalista e uma cozinheira; e uma angolana, assistente social; b) duas gestoras em saúde; e c) três pesquisadoras. A escuta das narrativas pelas entrevistadoras apontou as contradições do trabalho de cuidado, como as emoções, os afetos, as dificuldades no cuidado e as estratégias que adotam para a garantia de direitos e bem-estar das pessoas em deslocamento.

A seguir, estão os principais temas emergentes nas entrevistas que guiaram a construção do documentário (Quadro 1).

Quadro 1. Temas emergentes nas entrevistas que guiaram a construção do documentário

Contexto histórico dos processos migratórios
• As motivações da migração para o Brasil • Os principais desafios como migrantes na chegada ao país
Os desafios do cuidado e a migração
• O cuidado à distância prestado às famílias que ficaram no país de origem • O trabalho de cuidado realizado pelas migrantes • A necessidade de ter o cuidado em saúde (uso do Sistema Único de Saúde) como motivo de vir ao Brasil • O cuidado familiar, o cuidado com filhas(os), a maternidade e a maternidade solo. • O cuidado e a saúde mental das migrantes

As potencialidades das mulheres migrantes e seus protagonismos no cuidado e na migração
• Mediação intercultural e cuidado: pauta do movimento de migrantes • Políticas públicas de cuidado às mulheres migrantes e as fronteiras brasileiras • Cuidado no SUS e os enfrentamentos às violências contra mulheres migrantes • Movimentos sociais de mulheres migrantes • Justiça reprodutiva e saúde de mulheres migrantes • Projetos sociais de mulheres migrantes e saúde mental das ativistas migrantes

Fonte: Elaboração própria das autoras, 2025.

As migrantes como protagonistas do trabalho de cuidado: gravando!

Poder recebê-las nos espaços onde o documentário foi gravado gerou certa expectativa e "ansiedade" nelas e nas coordenadoras da pesquisa. Ao visualizarmos os profissionais responsáveis pelas filmagens, assim como os seus equipamentos: câmeras, luzes, gravadores, microfones e cadeiras, os corações batiam fortes! O local escolhido por esses profissionais priorizou a presença de luz natural com plantas ao redor e ar puro para melhor *performance* das gravações, embora o local disponível sofresse com o barulho do trânsito de uma cidade grande, como o Rio de Janeiro. Entretanto, as histórias de dores, lutas, tensões e deslocamentos foram sendo amenizadas pelo conforto proporcionado por esse espaço e pelas entrevistadoras que pararam as gravações quando sentiram que as migrantes estavam mais emotivas.

A expectativa do encontro entre a equipe e as entrevistadas gerou a preocupação de escutar e registrar suas histórias de vida, considerando a complexidade dessas histórias, bem como acolher suas emoções em um cenário de filmagem, com uma equipe de audiovisual e limite de tempo. E ficou a pergunta: como vamos nos conectar com tamanha profundidade das histórias em um *setting* de filmagem?

Para uma das migrantes autoras deste manuscrito, a ideia do documentário é divulgar suas histórias, projetos de vida, lutas e conquistas,

e considera o documentário: "Perfeito como pesquisa, mostra como nos posicionamos, contando as nossas experiências aqui e que a vida continua. A gente segue crescendo […] A gente vai na frente. A mulher migrante é muito corajosa, posicionada, sabe o que quer".

Com isso, entendemos que esse documentário pode ser uma estratégia para escutar essas migrantes e com elas pensar e elaborar políticas públicas de cuidado e de saúde de acordo com as suas necessidades para enfrentar as suas diversas formas de opressões sociais, de gênero, raciais e referentes aos deslocamentos humanos.

Nesse sentido, a perspectiva da interseccionalidade é fundamental para que os saberes dessas mulheres possam ecoar nos espaços acadêmicos: "A interseccionalidade aprofunda a compreensão da resistência às injustiças sociais existentes por meio da forma como funcionam os sistemas de poder. Capitalismo, racismo, colonialismo, heteropatriarcado, nacionalismo e sistemas semelhantes de poder podem ser vistos como sistemas de relações de poder injustas" (Collins; Guimarães, 2021, p. 309).

Considerações finais

Esperamos que, com a execução deste documentário, os dados sobre a feminização da migração e os relatos sobre os desafios e as potencialidades do cuidado de mulheres migrantes no Brasil possam subsidiar políticas públicas para elas, além de publicizar pautas feministas para a sociedade, como afirma bell hooks (2021).

Sendo elas as responsáveis pelo cuidado, encontram desafios para manter o contato físico e emocional com a família e/ou filhas(os) ou para cuidar de familiares e filhas(os). Fazem do trabalho de cuidado e da maternidade caminhos para manter as relações afetivas, a língua, os saberes e os costumes da terra natal. É por meio das potências do cuidado que enfrentam as opressões de

raça, classe social, gênero, território e nacionalidade, assim como as violências de gênero, raciais e xenofóbicas.

Entendendo o cuidado como essencial à vida, as migrantes criam estratégias individuais e coletivas para cuidar de suas famílias e filhas(os), estejam ou não na terra natal, assim como de pessoas da comunidade, de amigas(os) ou de suas(seus) conterrâneas(os). É por meio das estratégias de cuidado que também percebemos a manutenção da cultura da terra natal, em que as conterrâneas preservam a memória de suas próprias tradições pelo contato umas com as outras. Seja por meio do idioma, das músicas, da comida, das danças ou dos ditados populares, criam-se espaços de "retorno" pelos afetos.

Referências

ANDRADE, C. B. *et al.* Migração, saúde e violências: pessoas trabalhadoras migrantes e refugiadas. In: JOSEPH, H. (org.). **Migraciones, movilidades, fronteras y salud en la (pos) pandemia de covid-19**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2024. p. 42-50.

BRASIL. Poder Executivo. **Projeto de Lei nº 2.762, de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2447010. Acesso em: 6 jan. 2025.

CORTÉS MAISONAVE, A. Cruzando fronteras políticas de género: un análisis feminista de la migración. **Frontera Norte**, [S. l.], v. 34, p. 1-11, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2318. Acesso em: 6 jul. 2025.

FARRIS, S. R. La política del cuidado y la teoría de la reproducción social. In: ALEGRÍA FUENTES, D.; VIVALDI MACHO, L. (eds.). **Reflexiones feministas sobre los cuidados**. Santiago de Chile: LOM Ediciones, 2024. p. 61-74.

FÓRUM EM PAUTA. **Divulgação científica**: o que é e qual a sua importância. Rio de Janeiro: UFRJ, 2022. Disponível em: https://forum.ufrj.br/divulgacao-cientifica-o-que-e/. Acesso em: 5 jul. 2025.

GUIMARÃES, N. A. Entrevista com Patricia Hill Collins. **Tempo Social**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 287-322, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2021.174340. Acesso em: 11 set. 2026.

HOOKS, B. **Ensinando comunidade**: uma pedagogia da esperança. Tradução de Kenia Cardoso. São Paulo: Elefante, 2021.

Capítulo 11

MEDIADORAS E MEDIADORES INTERCULTURAIS PARA O CUIDADO A MIGRANTES: DA CRIAÇÃO DO PROJETO À CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)[23]

Rita Buttes
Jean Junior Thevenin
Youdeline Obas
Absa Wade
Gabriel Gerardo Lizarraga Pazos
Jessica Morales
Jenny Ilerat

Introdução

A oportunidade de compartilhar as experiências de criação do Projeto de Mediadoras(es) Interculturais para a Saúde dos Imigrantes na cidade de Porto Alegre (RS) surge em consonância com uma demanda que há algum tempo vem se manifestando: a de registrar e elaborar a história dessa iniciativa. Essa busca parte tanto de pessoas que conhecem e acompanham o projeto quanto daquelas que desejam se aproximar do tema, seja como campo de

23 Classificação Brasileira de Ocupações CBO. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/cbo/informacoes-gerais

pesquisa, seja como referência para a construção de experiências semelhantes, bem como de nós, autoras(es) deste relato.

O desafio está em construir uma análise histórica e crítica de um acontecimento atual, com a sensibilidade e a responsabilidade necessárias para compreender seus impactos e implicações futuras. Propõe-se a explicitar dúvidas, impasses, decisões, articulações, barreiras e opiniões. É uma escrita sobre episódios vivenciados por uma profissional de saúde brasileira e imigrantes que atuam como mediadoras(es) interculturais no SUS.

É uma prática multifacetada que nos coloca em contato com pessoas migrantes usuárias dos serviços de saúde, outras(os) profissionais e a rede de migração da sociedade civil, a partir da posição e do papel que cada um(a) desempenha, frente à provocação proposta pela interculturalidade. Adotamos o conceito de interculturalidade, já que define "[…] culturas em conflito e em diálogo, ao mesmo tempo, não tentando obstruir as diferenças e sim fazer com que elas conversem e se entrelacem" (Weissmann, 2018, p. 27).

O projeto Mediação Intercultural em Porto Alegre (RS)

O projeto de Mediadoras(es) Interculturais surgiu no contexto da criação da Área Técnica (AT) da Saúde dos Imigrantes, Refugiados e Apátridas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA). Essa área foi instituída em novembro de 2018, vinculada à Coordenação Geral das Políticas Públicas de Saúde (CGPPS), no núcleo de Ações Específicas da Atenção Primária em Saúde (APS), visando desenvolver políticas, estratégias e ações voltadas à promoção do acesso e da qualidade da atenção à saúde para populações migrantes e refugiadas. A partir de um diagnóstico empírico, foi possível, a título de planejamento, traçar objetivos que visavam combater a falta de informação, promover o acesso e a adesão dos imigrantes aos serviços de saúde, divulgar seus direitos, prestar informações e incentivar a utilização do SUS.

Naquele período, havia um questionamento sobre qual modalidade de serviço poderia ser oferecida de forma efetiva à população imigrante. Surgia, então, uma primeira proposta, ainda incipiente e pouco estruturada, de criar uma equipe de saúde do imigrante e/ou uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para imigrantes. Tratava-se de uma concepção inicial, sem definição nítida sobre a composição da equipe e a forma de implementação.

A preocupação com essas propostas residia no risco de que um equipamento de saúde exclusivo, em vez de promover a inclusão, acabasse estigmatizando as(os) imigrantes. Isso poderia dificultar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo por estar concentrado em uma única região da cidade, contrariando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade. Serviços que se destinam a grupos específicos podem, sem intenção, criar um sentimento de exclusão e segregação para quem não tem acesso a eles ou para quem os utiliza por não ter outras opções. No âmbito da APS, um serviço exclusivo deve ser pensado em complementaridade, e não em substituição aos demais, considerando a organização territorial para garantir uma atenção integrada e acessível à população.

Fatores como o reduzido envolvimento das(os) profissionais, decorrente tanto da frágil formação na temática da migração quanto da limitação do exercício profissional diante de populações culturalmente distintas, intensificam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Somam-se a isso a ausência de um olhar voltado à dimensão intercultural, a escassa capacitação para o atendimento, o acolhimento e a orientação sob a perspectiva das equidades, bem como a limitada compreensão do território como espaço em movimento e de produção de vida. Compreender o deslocamento das pessoas e a dinâmica dos territórios onde vivem os migrantes constitui passo fundamental para a efetivação das políticas de saúde voltadas a essas(es) usuárias(os).

A opção por agregar a competência cultural[24] na formação das equipes de saúde pareceu ser um método mais inclusivo para promover a qualidade do cuidado, pois capacita as(os) profissionais a atender às diversas necessidades de usuárias(os) de forma sensível, valorizando a pluralidade e evitando a marginalização de grupos. Essa estratégia, que se contrapõe à criação de serviços direcionados, melhora o atendimento e fomenta um ambiente de respeito e equidade no sistema de saúde.

Com o fortalecimento da AT na estrutura da SMS/POA, surgiram demandas da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para apoiar o processo de comunicação com as(os) usuárias(os). Essas demandas envolviam casos complexos, que exigiam assegurar condições dignas de cuidado em saúde para os imigrantes e, consequentemente, para as(os) trabalhadoras(es), mesmo diante da falta de estrutura adequada.

A estratégia de aproximação com organizações da sociedade civil e instituições religiosas que atuam com a pauta migratória teve como objetivo conhecer as práticas já existentes na cidade. Essa iniciativa configurou-se como uma ação de dupla via: ao mesmo tempo em que a AT se qualificava em relação às questões migratórias, também contribuía para inserir a saúde da população imigrante na pauta dessas organizações, já que, em sua maioria, têm suas ações direcionadas ao acolhimento, à assistência, à educação, ao trabalho e à garantia de direitos.

A formalização da SMS como parceira institucional ativa foi bem acolhida pelas organizações, por representar um ponto de referência municipal para atender às necessidades e demandas em saúde. Dentre essas organizações, destaca-se o Centro Ítalo-Brasileiro de Assistência e Instrução às Migrações (CIBAI Migrações), vinculado à Igreja Católica e voltado exclusivamente ao atendimento de migrantes e refugiados. Nesse contexto, a presença de párocos de diferentes nacionalidades foi essencial, sobretudo a

24 Competência cultural pode ser definida como a "[…] capacidade de realizar um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, de maneira compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário, e no idioma de sua preferência" (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019, p. 85).

atuação de dois padres haitianos, cujo apoio se mostrou decisivo para que a mediação linguística começasse a ser reconhecida, no âmbito da SMS/POA, como uma necessidade concreta.

Em momentos distintos, esses religiosos, em missão na cidade, colocaram-se à disposição para acompanhar voluntariamente a AT em serviços de saúde onde havia demanda por mediação intercultural. As situações envolveram casos de alta complexidade, incluindo internações hospitalares nas áreas clínica e psiquiátrica.

O primeiro caso foi demandado por um hospital geral que atendia um usuário haitiano e que, segundo relato da equipe, insistia em deixar a unidade de emergência. Ele apresentava agitação, tentava sair da maca e se expressava em voz alta no seu idioma, o crioulo haitiano. Com a intervenção do pároco do CIBAI, que se deslocou até o hospital para dialogar com esse usuário, identificou-se que a angústia e a apreensão que apresentava estavam ligadas ao desconhecimento do funcionamento do SUS: ele temia precisar pagar pela internação. Após receber a explicação em sua língua materna, transmitida por um conterrâneo, o usuário se acalmou e consentiu com o tratamento. Durante toda a internação, contou com o acompanhamento desse "mediador voluntário", o que facilitou a comunicação, aproximou-o da equipe de saúde e fortaleceu o vínculo estabelecido.

No segundo caso, tratava-se de um homem haitiano em situação de rua que apresentava intenso sofrimento psíquico. A equipe de assistência social responsável pela abordagem de rua foi acionada por uma moradora de um prédio em frente a uma parada de ônibus, local onde o usuário permanecia "morando" há algumas semanas. Durante esse período, ele vinha sendo alimentado por ela e por outras vizinhas. Após a intervenção, o usuário foi internado. Sua situação no país se agravava devido à barreira linguística e a entraves legais, uma vez que havia contra ele uma acusação de roubo.

O hospital solicitou o apoio da AT, uma vez que a principal dificuldade enfrentada pela equipe médica era a comunicação: o usuário não falava nem

compreendia o português, o que impossibilitava um diagnóstico preciso e o início adequado do tratamento. Por meio do CIBAI Migrações, contou-se com a colaboração de outro padre haitiano, que já conhecia o usuário por ter sido acionado anteriormente para intervir em um episódio de surto no saguão do aeroporto, quando o migrante tentava retornar à Ilha de Guadalupe, departamento ultramarino francês onde residira antes de vir para o Brasil.

Após a hospitalização, o caso teve diversos desdobramentos. O usuário foi acolhido em um abrigo municipal, recebendo acompanhamento da equipe local, da área técnica e de voluntárias(os) haitianas(os), até a criação do Projeto de Mediadoras(es) Interculturais, que assumiu seu acompanhamento. Nesse processo, a mediação intercultural continuada, pautada em um vínculo fortalecido pela presença e pela empatia, foi fundamental para reconstruir fragmentos da difícil trajetória do indivíduo, tanto antes quanto após sua chegada ao Brasil. O caso teve um desfecho positivo: após sucessivos contatos com familiares no exterior, foi possível localizar uma prima em São Paulo, que o acolheu, oferecendo moradia e oportunidade de trabalho.

Na AT, consolidou-se a percepção de que era imprescindível contar com uma pessoa de nacionalidade haitiana para dar suporte aos casos de usuárias(os) dessa comunidade, que à época era majoritária na cidade e apresentava uma demanda crescente por atendimentos. Diversas alternativas foram cogitadas como forma de possibilitar a inserção de imigrantes na AT. Entre as propostas discutidas estava a criação de funções como "agente comunitário imigrante", "agente de endemias imigrante" ou um "oficineiro imigrante". Contudo, nenhuma delas se viabilizou, uma vez que, no serviço público brasileiro, em regra, não é permitida a contratação de estrangeiros para cargos efetivos. As poucas exceções previstas em lei restringem-se às áreas de educação e pesquisa, a situações temporárias ou a pessoas já naturalizadas.

Apesar da frustração diante da impossibilidade de contar com um(a) imigrante na AT, tais iniciativas tiveram o mérito de difundir a proposta, trazendo-a para o debate e evidenciando sua relevância, sobretudo a partir das

experiências de mediação voluntária já em curso. Ao mesmo tempo em que o voluntariado demonstrava, na prática, a importância dessa função no campo da saúde, também reforçava o argumento de que a Secretaria de Saúde precisava construir uma alternativa viável, uma vez que não seria possível depender apenas de voluntárias(os) para atender às demandas dessa população.

O ano de 2020, marcado pela pandemia de covid-19, trouxe retrocessos expressivos em relação à busca ativa de usuários nos territórios e no acesso às UBSs. Esses impactos foram sentidos por toda a população, mas recaíram de forma ainda mais intensa sobre as(os) imigrantes, cuja presença já era bastante restrita[25] antes mesmo do contexto pandêmico. As medidas de isolamento social, a sobrecarga dos serviços de saúde e o temor da contaminação agravaram as dificuldades de continuidade do cuidado e de aproximação entre equipes e comunidades.

Como consequência, houve redução das ações de prevenção, promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas, ampliando desigualdades no acesso aos serviços essenciais. Esse cenário, ao mesmo tempo em que evidenciou fragilidades históricas do sistema, também estimulou a adoção de novas estratégias de acompanhamento remoto e de reorganização do processo de trabalho em saúde.

Apesar dos limites impostos pela pandemia, foi possível desenvolver ações de orientação e prevenção relacionadas à covid-19 junto às entidades que atendem migrantes na cidade, por meio do planejamento e da elaboração coletiva de conteúdos e materiais de apoio voltados tanto a profissionais de saúde quanto às(aos) próprias(os) imigrantes. Ainda em 2020, a área técnica firmou parceria com o Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão sobre Migrações (NEPEMIGRA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para a elaboração de materiais informativos bilíngues direcionados à população imigrante haitiana residente no município de Porto Alegre.

25 A obtenção de dados (anteriormente indisponíveis), via Prontuário Eletrônico da Atenção Básica (e-SUS AB/SMS/PMPA), em parceria com a Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (PROCEMPA), apontou que, no ano de 2020, existiam apenas cerca de 3.313 imigrantes com cadastro ativo no Cartão Nacional de Saúde em Porto Alegre.

O Projeto recebeu o nome de Anfòm, que, em crioulo haitiano, significa "estado de equilíbrio entre corpo, alma e mente", e agregou, entre outros atores, uma equipe de quatro tradutoras interculturais haitianas vinculadas à UFRGS. Com essa configuração, foram criados, traduzidos, impressos e divulgados materiais informativos com temáticas de saúde em português e em crioulo haitiano. O direcionamento do projeto para a população haitiana deveu-se à sua expressiva presença na cidade de Porto Alegre e à vulnerabilidade em que se encontra, tendo em vista o modo como, nesse caso, o racismo torna ainda mais complexo o acesso a direitos. O Projeto foi composto por três eixos temáticos, Acesso à Saúde, Violência contra a Mulher Imigrante e Alimentação e Bem-Viver, cada um deles sob a coordenação de uma tradutora intercultural.

Ao longo do processo, constatou-se que a participação das mulheres haitianas extrapolou o papel de tradutoras, configurando-se como agentes de reflexão crítica sobre os referenciais adotados pelas(os) profissionais da universidade e da secretaria de saúde. Por meio de sua intervenção ativa, assegurou-se que os materiais informativos elaborados incorporassem perspectivas culturalmente sensíveis e respondessem a desafios concretos vivenciados por elas. Esse protagonismo também impulsionou a transformação do entendimento sobre sua função: passaram de tradutoras interculturais a mediadoras interculturais, denominação que orientou todo o percurso até a consolidação do Projeto dos Mediadores Interculturais para a Saúde dos Imigrantes.

Apesar da curta trajetória da AT e do impacto da pandemia de covid-19, o Projeto Mediadoras(es) Interculturais firmou-se como a iniciativa central da área, com sua criação e implementação em 27 de outubro de 2021, marcando um avanço significativo em sua atuação. A proposta da AT para o projeto previa a contratação de imigrantes fluentes em português para atuarem como mediadoras(es), com o objetivo de reduzir barreiras linguísticas e culturais no acesso aos serviços de saúde. Essas(es) profissionais poderiam atuar presencialmente ou de forma remota, oferecendo suporte em diferentes etapas do atendimento. Para a implementação do projeto e o desempenho adequado das

funções, eram necessários aparelhos celulares, acesso à internet, linha telefônica, suporte para deslocamentos, uma estrutura de apoio destinada à equipe e capacitação para a atuação junto à rede de atenção à saúde do município.

Entre suas principais atribuições, destaca-se a articulação de ações voltadas à população imigrante, visando qualificar os atendimentos e assegurar a continuidade do cuidado em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde a assistência nos territórios até os diferentes pontos de atenção em saúde. Naquele período, o monitoramento e o acompanhamento dos casos de covid-19 eram especialmente importantes, ressaltando a necessidade de implementar iniciativas de prevenção e vacinação, desenvolver abordagens territoriais específicas e promover a mediação linguística e cultural entre as(os) usuárias(os) imigrantes e as equipes de saúde.

A possibilidade de contratação surgiu como uma breve janela de oportunidade, aberta por uma das instituições "parceirizadas"[26]. Entretanto, o tempo limitado para a realização das contratações restringiu tanto a divulgação quanto a mobilização junto às(aos) imigrantes interessadas(os) em concorrer às vagas, uma vez que não foi possível promover uma ampla divulgação do processo seletivo em razão do exíguo prazo disponível. É importante destacar que se tratava de um projeto-piloto, concebido justamente para demonstrar sua relevância e testar sua viabilidade, constituindo-se em um importante impulsionador para sua futura materialização e reconhecimento institucional.

Além disso, a pandemia impôs novas exigências quanto ao perfil de mediadoras(es): era necessário que as(os) imigrantes contratadas(os) já estivessem vacinadas(os) ou demonstrassem disponibilidade para se vacinar contra a covid-19. Essa questão tornava-se ainda mais sensível diante da resistência vacinal observada em parte da população nacional, fenômeno que também se manifestava entre migrantes internacionais.

A partir do contato com algumas(uns) migrantes haitianas(os) que já haviam realizado ações de voluntariado junto à SMS ou em outras

26 A "parceirização" na APS de Porto Alegre refere-se à terceirização da gestão e operacionalização de unidades e equipes de saúde para organizações civis.

organizações da sociedade civil, foi divulgada a seleção conduzida por meio da análise de currículos. Nesse processo, foram contratadas duas pessoas da comunidade haitiana: Jean Júnior Thevenin, que atuava como voluntário na atual Associação Família Imigrante, e Youdeline Obas, enfermeira formada na República Dominicana, cujo diploma ainda não foi validado no Brasil. Youdeline colaborou com a SMS como facilitadora nas campanhas de vacinação contra a covid-19 na região norte da cidade, área com maior concentração de imigrantes haitianas(os).

Igualmente necessária era a contratação de um(a) mediador(a) de origem senegalesa, diante da vulnerabilidade vivenciada por essa população. Embora a população senegalesa ocupasse a 15ª posição entre as nacionalidades registradas no e-SUS do município, a comunidade enfrentava dificuldades significativas para acessar os serviços de saúde. Barreiras linguísticas, diferenças culturais, situações de racismo e o desconhecimento sobre o funcionamento do SUS compunham um cenário de exclusão e invisibilidade para essa e outras nacionalidades.

Neste contexto, por meio do NEPEMIGRA/UFRGS, foi indicada uma candidata senegalesa para a vaga. Cerca de 30 dias após o início do Projeto, em novembro de 2021, foi contratada Absa Wade, que se dedicava à culinária senegalesa, vendendo suas quentinhas (marmitas) para a comunidade que trabalhava na região central da cidade. Destaca-se aqui que o afeto presente na alimentação reside em sua profunda conexão com emoções, cultura e memória, tornando a comida um gesto de carinho, celebração e pertencimento. Assim, unindo suas duas ocupações, a culinária e a mediação, Absa conseguiu, já no primeiro mês de atuação, confeccionar 53 unidades do Cartão Nacional de Saúde para cidadã(os) senegalesas(es), representando a porta de entrada dessa comunidade na APS.

Esse resultado só foi possível devido à relação de confiança e à identificação cultural entre Absa e suas(seus) concidadãs(os). Os "cartões SUS" confeccionados por ela se tornaram uma marca entre a equipe. Essa ação teve grande repercussão nos primeiros meses do projeto e, até hoje, cada

novo cartão que Absa imprime para um(a) usuário(a) é celebrado com risos e demonstrações de afeto.

Inicialmente concebido para garantir o acesso de imigrantes e refugiadas(os) à APS, o projeto revelou-se, já nos primeiros meses de execução, mais complexo do que o previsto. As demandas observadas evidenciaram a necessidade de ampliar o escopo da intervenção para outros níveis de atenção, exigindo respostas mais abrangentes, diversificadas e integradas. Afinal, as barreiras linguísticas e culturais enfrentadas pelas(os) usuárias(os) não se restringiam aos serviços de atenção básica, mas se estendiam por toda a rede de atenção à saúde, incluindo hospitais, unidades de pronto atendimento, serviços especializados e ações intersetoriais. Assim, a atuação de mediadoras(es) interculturais passou a ser concebida como uma estratégia transversal, articulando-se com diferentes pontos da rede e acompanhando o percurso de cuidado de usuárias(os) desde o primeiro acolhimento até o desfecho de cada caso.

Essa dimensão da atuação de mediadoras(es) implicou novas formas de organização do trabalho e de comunicação entre as equipes, favorecendo a construção de fluxos mais resolutivos e o fortalecimento da integralidade do cuidado. As(os) mediadoras(es), ao transitarem entre distintos serviços e territórios, contribuíram não apenas para a superação das barreiras de comunicação, mas também para a sensibilização de profissionais de saúde quanto às especificidades socioculturais das populações migrantes e refugiadas. Dessa forma, a intervenção passou a representar um eixo estratégico de inclusão, humanização e equidade no acesso aos serviços públicos de saúde em toda a cidade.

O formato que foi sendo estruturado para o projeto coloca as pessoas envolvidas (usuárias(os) migrantes e profissionais de saúde) e sua(seu) mediador(a) no centro do processo, tendo como foco a autonomia das partes, que são as(os) protagonistas na construção de soluções para as barreiras de acesso e cuidado, com a(o) mediador(a) atuando como um(a) 'facilitador(a)

imparcial'. E aqui reside uma questão de grande relevância ética e prática: é possível exigir imparcialidade de um(a) mediador(a) intercultural que, em grande parte das situações, se identifica com a(o) usuária(o) migrante que está acompanhando? A função da(o) mediador(a), por natureza, implica uma posição de escuta, compreensão e tradução cultural, o que o aproxima inevitavelmente da realidade, das dores e das experiências daquele grupo.

Essa identificação pode ser uma poderosa ferramenta de empatia, pois permite à(ao) mediador(a) compreender nuances linguísticas, culturais e emocionais que escapariam a profissionais sem esse repertório. No entanto, essa mesma proximidade pode gerar dilemas éticos e tensões em sua atuação. A(o) mediador(a) se vê, muitas vezes, dividida(o) entre o dever de "neutralidade institucional" e o impulso de solidariedade com a(o) migrante, especialmente em contextos em que há desigualdade de poder ou situações de vulnerabilidade. A imparcialidade, nesse caso, não deve ser entendida como distanciamento emocional, mas como compromisso com a equidade, ou seja, com a garantia de que todas as partes sejam ouvidas e compreendidas em condições justas. Assim, o que se espera da(o) mediador(a) intercultural é uma postura ética consciente, sustentada pela reflexão crítica sobre seu papel, seus afetos e seus limites. A formação continuada e o suporte institucional são fundamentais para que essa(e) profissional possa reconhecer suas identificações, transformando-as em pontes de compreensão e não em barreiras à mediação.

O grau de atravessamento intercultural a que a(o) mediador(a) está exposta(o) em sua prática constitui uma dimensão complexa e inevitável do trabalho. Trata-se de uma questão fundamental que perpassa o cotidiano da mediação e requer análise ética e minuciosa, a ser aprofundada. A(o) mediador(a) intercultural não se restringe a ser um(a) interlocutor(a) da mesma nacionalidade da(o) usuária(o), mas atua como um(a) facilitador(a) do diálogo entre diferentes culturas. Seu papel não é impor soluções, e sim conduzir a comunicação para que trabalhadoras(es) de saúde e usuárias(os) possam construir, juntas(os), um consenso que atenda às suas necessidades

e interesses. Com isso, fortalece-se a relação entre as partes, promovendo um vínculo mais sólido e significativo. A mediação intercultural vai muito além de uma simples tradução. A(o) mediador(a) atua decodificando o cuidado e as práticas de saúde entre diferentes contextos culturais, aproximando perspectivas e favorecendo resultados mais satisfatórios no cuidado em saúde entre diferentes culturas.

Os dados referentes aos primeiros 95 dias do Projeto Mediadores Interculturais (de 27/10/2021 a 31/12/2021) foram os responsáveis pelo reconhecimento nacional do Projeto por meio do Prêmio "APS Forte no SUS - 2021"[27], promovido pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O Projeto dos Mediadores Interculturais foi uma das 12 experiências selecionadas como finalistas entre 1.151 práticas inscritas com a experiência "Mediadores Interculturais na APS: Acesso e Acolhimento no SUS".

A cerimônia de reconhecimento ocorreu em março de 2022 e a premiação foi entregue ao mediador Jean Junior Thevenin na sede da OPAS, em Brasília (DF). A equipe celebrou a conquista virtualmente e se orgulhou ao acompanhar, em tempo real, o resultado da premiação. Ainda mais significativo foi o fato de um imigrante ter sido o responsável por apresentar o Projeto dos Mediadores Interculturais no evento e por erguer o troféu do Eixo 2 – Integralidade e Equidade no SUS.

A partir daí, outros reconhecimentos vieram, evidenciando a consolidação da proposta e o impacto positivo das ações implementadas. Fomos convidadas(os) a compartilhar a experiência em diversos eventos, junto a equipes do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a representantes de outros municípios e estados da federação, bem como no Programa de Estágio em Sistemas de Saúde Baseados em Cuidados Primários, promovido pela Escuela Andaluza de Salud Pública, nas cidades de Granada e Málaga. A viagem de estudo internacional foi resultado da conquista do Prêmio "APS Forte no SUS: Integralidade no Cuidado".

27 Disponível em: https://apsredes.org/opas-oms-e-ministerio-da-saude-premiam-quatros-experiencias-no-dia-mundial-da-saude/

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foi citada no "I Relatório Cidades Solidárias Brasil – Proteção e Integração de Pessoas Refugiadas no Plano Local", publicado pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR/UNHCR)[28]. O relatório, disponível em formato online e impresso, destaca as ações em saúde voltadas às especificidades da população refugiada e migrante, com ênfase no Projeto dos Mediadores Interculturais e nos materiais bilíngues do Projeto Anfòm, já apresentado acima. A publicação reconhece Porto Alegre como uma das Cidades Solidárias, inserindo-a no eixo das experiências municipais que promovem políticas públicas voltadas à proteção e à inclusão das populações migrantes.

O Projeto recebeu também a visita dos jornalistas do *Vatican News* e do *Global Solidarity Fund* a convite do CIBAI Migrações, para uma ação que elencou experiências de atenção a imigrantes e refugiadas(os) pelo mundo. As(os) mediadoras(es) interculturais foram entrevistadas(os) e compartilharam a experiência pioneira no país mais uma vez, no âmbito internacional[29].

O Projeto dos Mediadores Interculturais inspirou avanços no campo das políticas públicas como a Lei Municipal nº 13.527, de 4 de julho de 2023[30], que institui a Política Municipal voltada ao imigrante, apátrida, asilado político, solicitante de asilo político, refugiado, solicitante de refúgio e ao migrante, interno ou externo, que se encontre em situação de vulnerabilidade, incluindo vítimas de tráfico de pessoas ou de condições análogas à escravidão. Entre as garantias previstas, destaca-se a determinação de que o município conte com mediadoras(es) interculturais para apoiar o atendimento a migrantes e refugiadas(os) em diferentes setores dos serviços públicos, especialmente nas áreas de saúde, assistência social e educação.

A inclusão dessa função na legislação municipal não apenas simboliza o reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido pelas(os)

28 Disponível em: https://www.acnur.org/br/media/relatorio-cidades-solidarias-brasil-pdf

29 Disponível em: https://www.vaticannews.va/pt/igreja/news/2024-03/brasil-experiencia-igreja-fortalece-politicas-migracao.html

30 Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/Lei%20-%20n13.527%20-%204%20de%20Julho%20-%202023.pdf

mediadoras(es) interculturais, mas também consolida a experiência acumulada pelo Projeto de Mediação Intercultural como referência inovadora e bem-sucedida, transformando uma experiência piloto em política pública permanente.

O projeto foi se reformulando a partir do novo cenário observado na cidade. No ano de 2022, foi possível identificar a crescente demanda da população venezuelana por acompanhamento nos serviços de saúde, manifestada de forma espontânea ou encaminhada por equipes de saúde e pela rede de migração, composta por instituições religiosas, organizações da sociedade civil e organismos internacionais, como o ACNUR e a OIM, entre outros.

Diante desse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde, a partir da solicitação feita pela AT para a contratação de um(a) migrante de nacionalidade venezuelana, incorporou o tema em seus processos de avaliação e planejamento, buscando identificar alternativas administrativas e jurídicas que possibilitassem a efetivação da proposta.

Essa iniciativa resultou, em março de 2023, na contratação do mediador intercultural venezuelano Gabriel Gerardo Lizárraga Pazos, tornando possível ampliar significativamente o atendimento às comunidades hispanofalantes da cidade (anteriormente atendidas pelas(os) mediadoras(es) haitianas(os) que falavam espanhol), bem como aos indígenas venezuelanos da etnia Warao, cujo núcleo familiar estava situado no bairro Camaquã e recebia acompanhamento da UBS homônima. Até então, as(os) usuárias(os) com a condição interseccional de serem simultaneamente indígenas e migrantes eram acompanhadas(os) pela Área Técnica de Saúde Indígena do Núcleo de Equidades (NEQ). Com a presença do mediador venezuelano, a parceria entre as duas áreas foi fortalecida, com vistas ao acompanhamento conjunto da comunidade.

Com a mudança do governo federal em 2023, abriram-se novas possibilidades de diálogo e cooperação com o Ministério da Saúde[31], o que permitiu retomar uma pauta estratégica e há muito reivindicada pela AT: a

31 Por meio da articulação com a Coordenação do Acesso e Equidade; Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade; Departamento de Estratégias e Políticas em Saúde Comunitária; Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS).

inclusão da ocupação de Mediador(a) Intercultural na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Foram realizadas reuniões de trabalho e elaborados materiais com exposição de motivos, relatórios e outros documentos que subsidiaram o Ministério da Saúde no encaminhamento da proposta ao Ministério do Trabalho e Emprego para análise.

Em maio de 2024, em meio a demandas completamente distintas daquelas às quais as(os) trabalhadoras(es) estavam acostumadas(os) e a um ritmo totalmente alterado na cidade e nos serviços de saúde em função da enchente que atingiu o estado do Rio Grande do Sul, ocorreu a substituição do mediador venezuelano, que deixou a equipe em busca de novas oportunidades profissionais. Foi então contratada a mediadora Jessica Morales em agosto.

Iniciou-se um novo processo de formação em serviço, incluindo a discussão e a passagem de casos, bem como a necessidade de estabelecer novos vínculos com as(os) usuárias(os), além de promover nova sensibilização e aproximação junto à comunidade Warao e às UBS responsáveis pelo atendimento dos grupos. Atualmente, a comunidade indígena Warao é composta por aproximadamente 98 pessoas, distribuídas em três regiões da cidade, cada uma atendida por uma UBS distinta. São elas: UBS 1º de Maio, no bairro Cascata; UBS Moab Caldas, no bairro Santa Tereza; e UBS Tristeza, no bairro Tristeza.

O contato com os Warao exige compreensão, sensibilidade intercultural e dedicação na implementação de ações realizadas diretamente em seus espaços de moradia coletiva. Essa população enfrenta importantes agravos de saúde e requer acompanhamento contínuo para garantir a imunização, a atenção odontológica e o cuidado integral. Trata-se de um contexto marcado pela presença de agravos transmissíveis, o que demanda o envolvimento e a compreensão efetiva tanto da equipe de saúde quanto da própria comunidade.

A complexidade da mediação intercultural se intensifica nessa comunidade, uma vez que a maioria das(os) integrantes não fala espanhol, mas sua língua nativa, o Warao. Torna-se, portanto, essencial a presença frequente

de um(a) mediador(a) nos três núcleos, garantindo que as informações e orientações do plano de saúde sejam transmitidas inicialmente às pessoas que falam espanhol, geralmente lideranças comunitárias, e, posteriormente, traduzidas para o Warao, alcançando assim as(os) usuárias(os) que se comunicam apenas em seu idioma originário. O nível de complexidade desse tipo de mediação é tão elevado que, muitas vezes, a(o) própria(o) mediador(a) necessita ser mediada(o), o que torna o processo comunicativo ainda mais singular. Essa dinâmica demanda um vínculo estreito e sintônico, dentro do possível, e aponta para a importância de contar com um(a) mediador(a) fixa(o), ainda que não exclusiva(o), para o acompanhamento dessa comunidade, com prioridade e aprofundamento teórico e vivencial sobre sua cultura.

Outro avanço do Projeto de Mediadoras(es) Interculturais em direção à institucionalização nas políticas públicas, desta vez no âmbito estadual, foi a publicação da Portaria SES nº 188/2024[32]. Por meio do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), a portaria estabelece, na Seção IV do Capítulo III, o componente de incentivo à promoção da equidade em saúde, especificamente no eixo voltado à qualificação da atenção à saúde da população migrante internacional. Esse dispositivo prevê a possibilidade de contratação de mediadoras(es) interculturais voltadas(os) ao atendimento de migrantes, refugiadas(os), apátridas e vítimas do tráfico de pessoas. O roteiro do Plano de Ação a ser seguido incorpora elementos de monitoramento do Projeto de Mediadoras(es) Interculturais, consolidados na Tabela de Monitoramento das Ações. A adoção dessa metodologia pela Secretaria representa um importante reconhecimento para nossa equipe.

Em setembro de 2024, a equipe foi contatada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE)[33] com o objetivo de agendar um encontro para a avaliação da proposta de inclusão das(os) Mediadoras(es) Interculturais na

32 Atualmente substituída pela Portaria SES Nº 213/2025 que "Altera a Portaria SES/RS nº 188, de 12 de março de 2024, para atualizar as normativas do Programa Estadual de Incentivos à Atenção Primária à Saúde dentro dos componentes instituídos pelo Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. PROA 23/2000-0019300-1. Disponível em: https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202503/28101942-prt-213-25.pdf

33 Disponível em: https://www.fipe.org.br/

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). As entrevistas foram realizadas em dezembro do mesmo ano, contando com a representação da equipe pelas mediadoras Absa Wade, do Senegal, e Youdeline Obas, da República do Haiti. Dispensa-se descrever a empolgação e a alegria de todos diante desse momento: a ideia do CBO, que por tanto tempo foi sonhada por nós e, por vezes, recebida com descrédito, finalmente tornava-se uma realidade palpável.

Desde os primeiros meses do projeto, percebendo seu potencial, trabalhamos para formalizar a(o) Mediador(a) Intercultural como uma função oficial nas políticas públicas brasileiras, com sua inclusão na CBO como peça-chave nesse processo[34]. O tema foi amplamente discutido em diversos fóruns, destacando-se a 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração em Tempos de covid-19 (2021), promovida pela Frente Nacional pela Saúde de Migrantes[35] (FENAMI), que incluiu, em seu documento final, a proposta de atuação de Mediadoras(es) Interculturais. Em 2023, a FENAMI promoveu também uma Conferência Livre preparatória para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, reforçando a relevância dessa pauta.

Na 2ª Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apatridia (COMIGRAR), realizada em novembro de 2024, as discussões foram precedidas por etapas preparatórias que, no nosso estado, ocorreram por meio da Conferência Livre Local de Porto Alegre e da Conferência Estadual de Migração, Refúgio e Apatridia do Rio Grande do Sul. Esses espaços tiveram papel fundamental na identificação das necessidades específicas das comunidades migrantes e refugiadas da região, bem como na articulação de propostas concretas passíveis de incorporação às políticas públicas por meio da COMIGRAR.

Em âmbito nacional, a Conferência Livre Nacional de Saúde também se constituiu como um importante fórum de discussão, destacando a relevância do acesso à saúde para migrantes e refugiadas(os) e reforçando a necessidade de medidas estruturais para reduzir barreiras linguísticas, culturais e

34 Disponível em: https://www.acnur.org/br/noticias/historias/mediadores-interculturais-apoiam-inclusao-e-autossuficiencia-de-pessoas

35 Ver relatório final: https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fef99226ca2f481eb00cc8268da941ee.pdf

administrativas. Entre as propostas apresentadas, destacou-se a inserção formal de Mediadoras(es) Interculturais nas políticas públicas nacionais, reconhecendo sua atuação como estratégica para o acolhimento efetivo e para a garantia de direitos das populações migrantes.

Além disso, foi defendida a inclusão das(os) Mediadoras(es) Interculturais na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), passo decisivo para a valorização profissional e a oficialização da função. Nos fóruns estadual e nacional mencionados, foram eleitos como delegados os mediadores Gabriel Lizarraga Pazos e Jean Junior Thevenin, respectivamente, assegurando que a voz e a experiência prática desses profissionais estivessem representadas nas discussões e deliberações sobre políticas públicas. Essa representação reforçou a legitimidade e a força das propostas apresentadas.

O conjunto dessas iniciativas demonstra o esforço contínuo para que as(os) mediadoras(es) interculturais deixem de atuar apenas de forma pontual ou experimental, consolidando suas funções como elemento essencial na promoção do acesso equitativo aos direitos e serviços, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e cultural.

O Projeto de Mediadoras(es) Interculturais para a Saúde dos Imigrantes completa, em 27 de outubro de 2025, quatro anos de atuação com reconhecimento nacional e uma série de avanços. Em março de 2025, conquistou o mais significativo de todos até então: a inclusão da(o) Mediador(a) Intercultural na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Essa conquista representa não apenas o reconhecimento formal de uma função essencial para garantir equidade no acesso à saúde, mas também um avanço institucional que legitima práticas já consolidadas em diversos territórios. A formalização na CBO confere visibilidade e respaldo à atuação de mediadoras(es), fortalece a política de saúde voltada a populações migrantes, refugiadas e apátridas e abre caminho para a construção de processos formativos, normativos e de gestão mais estruturados e sustentáveis.

Sob o código 5153-35, com a descrição "Mediador Intercultural, Agente Intercultural, Intermediador Cultural, Mediador Intercultural em

Saúde" e inserida na Família 5153, definida como "Trabalhadores de atenção, defesa e proteção a pessoas em situação de risco e adolescentes em conflito com a lei", a ocupação passa a ter reconhecimento formal em âmbito amplo.

Essa inclusão transcende a área da saúde, em que a função originalmente se consolidou, permitindo que a atuação de mediadoras(es) interculturais se estabeleça em diversas políticas públicas. Confirma, assim, o que sempre defendemos: a atuação das(os) mediadoras(es) interculturais precisa ultrapassar o campo da saúde e os limites de Porto Alegre, consolidando-se como uma política pública nacional voltada à garantia de direitos e ao atendimento integral de migrantes, refugiados e apátridas.

Que venha o próximo sonho: um curso de formação para Mediadoras(es) Interculturais!

Referências

APSREDES. **OPAS/OMS e Ministério da Saúde premiam quatro experiências no Dia Mundial da Saúde**. 7 abr. 2022. Disponível em: https://apsredes.org/opas-oms-e-ministerio-da-saude-premiam-quatros-experiencias-no-dia-mundial-da-saude/. Acesso em: 13 out. 2025.

BREITENVIESER, C. B. **I Relatório Cidades Solidárias Brasil**: proteção e integração de pessoas refugiadas no plano local. Brasília, DF: ACNUR, 2022. Disponível em: https://www.acnur.org/br/media/relatorio-cidades-solidarias-brasil-pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. D. O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 43, n. 1, supl. 1, p. 82-90, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500082&tlng=pt. Acesso em: 13 out. 2025.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Informações gerais**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/cbo/informacoes-gerais. Acesso em: 13 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Estratégias para atenção integral à saúde de migrantes internacionais no Brasil**. Organização de Rarianne Peruhype, Isadora Steffens e Veronica Yujra. 1. ed. Brasília, DF: OIM, 2022. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1496/files/documents/Estrategias-para-atencao-integral-a-saude-de-migrantes-internacionais-no-brasil_0.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria SES nº 188, de 12 de março de 2024**.

Define os critérios de habilitação do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS). Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2024. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202403/14112049-portaria-188-2024-dapps-piaps.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

WEISSMANN, L. Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Revista Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v. 26, n. 27, p. 21-36, 2018. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542018000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2025.

PARTE 2

VIOLÊNCIAS CONTRA MULHERES MIGRANTES

QUANDO A VIDA NÃO CABE

Cristiane Batista Andrade

Ela não cabe num espaço

Tempo

Ela não cabe numa linha

Tênue

Ela não cabe numa língua

Materna

Ela não cabe numa chuva

Ácida

Ela não cabe num aqui

Sul e Norte

Ela não cabe numa travessia

Tortuosa

Ela não cabe numa mala

À deriva

Ela não cabe numa terra

Fraturada

Capítulo 12

MULHERES LATINO-AMERICANAS EM DESLOCAMENTO, MERCADO DE DROGAS E SAÚDE: INVISIBILIDADE E VULNERABILIZAÇÃO

Fernanda Mendes Lages Ribeiro
Mayalu Matos Silva
Liriel de Azevedo Dias Daniel

O presente capítulo propõe-se a discutir o fenômeno das mulheres em deslocamento pela América Latina (AL) ligado ao mercado internacional de drogas e alguns de seus impactos na saúde. Para tanto, tece um diálogo com a literatura latino-americana, a partir da perspectiva interseccional (Collins; Bilge, 2021), buscando compreender de que forma este mercado impacta material e subjetivamente os deslocamentos das mulheres pelas fronteiras nacionais e internacionais.

A fim de conhecer o que os estudos vêm produzindo em termos de pesquisas empíricas e reflexões teóricas, foi realizada em novembro de 2024 uma busca livre nas bases *SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico e Scilit,* utilizando conjuntos de descritores que abarcaram categorias relacionadas a gênero, migração, drogas e violência. Do levantamento e da busca ativa por outros documentos, a partir da experiência das autoras com temas transversais ao problema central, destacamos como um resultado a escassez da produção

científica dedicada a compreender a relação entre mulheres, deslocamentos pela AL e mercado de drogas.

Dada a pouca presença do debate no campo da Saúde Coletiva, campo ao qual se filiam as autoras, apontamos para o ineditismo do tema e a relevância da produção de conhecimento que possa aportar contribuições, subsídios e reflexões que visibilizem um grave problema social, político, econômico e de segurança, qual seja, os trânsitos de mulheres pela região em função de um mercado internacional tão lucrativo quanto violento, que ocupa territórios, expropria a natureza, expulsa comunidades, alicia pessoas, trafica substâncias e corpos (Fraga, 2007; Silva; Ribeiro, 2025; Silva, 2023).

A partir da leitura do material e da invisibilidade explicitada, identificamos na literatura dois caminhos que emergem como temas principais. O primeiro diz respeito ao deslocamento forçado dos territórios e comunidades de origem em função de disputas pelo domínio desses espaços por grupos armados comumente envolvidos na produção e venda de drogas. O segundo diz respeito à presença de mulheres atuando como *mulas,* ou seja, atravessando fronteiras para comercializar drogas ilícitas.

Como a condição de gênero, associada à pobreza, à questão racial e ao território de pertencimento deixa essas mulheres mais expostas às violências em seus deslocamentos, seja porque foram expulsas ou se engajaram no mercado ilegal? Essa é a pergunta-guia de nossa reflexão.

O contexto da AL em relação à problemática das drogas é marcado pela colonialidade e pela violência (Silva; Ribeiro, 2025; Silva, 2023) que caracterizam seu lugar como produtora e exportadora de drogas ilícitas para o Norte global, constituindo um cenário geopolítico de exploração e expropriação de recursos humanos e naturais. Sua existência alimenta uma necropolítica (Mbembe, 2018), operada por meio da Guerra às Drogas (Gomes-Medeiros, 2019). Subalternização, marginalização, pobreza e racismo estrutural são características fortemente presentes e seus efeitos atingem, sobremaneira, populações já vulnerabilizadas, ao mesmo tempo em que incrementam sua

vulneração, aumentando as desigualdades sociais, as iniquidades em saúde e as violências (Silva, 2022; Silva, 2023).

A violência inerente ao mercado de drogas, dada a ilicitude das atividades a ele associadas e ao consequente envolvimento com grupos criminosos, recai especialmente sobre pobres, moradoras(es) de periferias e zonas rurais e negras(os) (Silva; Constantino, 2025). Moura (2010) aponta como característica frequente de territórios latino-americanos a presença de um tipo de violência armada (VA) que ocorre em uma escala micro e que se manifesta de forma global em "zonas de indefinição, onde a guerra se confunde com a paz" (p. 13), fenômeno denominado pela autora como *novíssimas guerras*. Em tais contextos, destaca-se o exercício da VA em âmbito doméstico, cotidiano, em que se intensificam formas tradicionais de violência urbana com uso de armas de fogo, em territórios circunscritos, em contextos de paz institucionalizada.

A AL é um cenário expressivo dessas formas de violência, em que se reúnem desigualdades sociais, baixo crescimento econômico, desemprego, crescimento urbano desordenado, ineficiência de serviços públicos, crescente disponibilidade de armas leves, comércio ilícito de drogas, presença de grupos armados com domínio de território, cultura da violência e presença de forças estatais de segurança corruptas ou ineficazes. Sendo assim, em determinados espaços da cidade, para determinado perfil da população, os índices de violência podem se aproximar ou mesmo superar os de países em guerra declarada.

No Brasil, a violência relacionada ao mercado de drogas é operacionalizada por grupos armados que o dominam e agem de forma a manter seu poderio, engajando-se constantemente em confrontos armados com outros grupos rivais e com forças públicas de segurança, o que produz mortes e adoecimentos (Silva; Constantino, 2025). Em nome da Guerra às Drogas, banalizam-se a violência e as altíssimas taxas de mortalidade. Em 2023, essas taxas, para mortes violentas intencionais[36], ficaram em 22,8 por

36 O índice de mortes violentas intencionais, criado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), agrega vítimas de homicídio doloso (incluindo feminicídios), de roubos seguidos de morte (latrocínios), de lesões corporais seguidas de morte e mortes decorrentes de intervenções policiais (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025).

100 mil habitantes, sendo os maiores números registrados em estados das regiões Norte (Amapá = 69,9) e Nordeste (Bahia = 46,5 e Pernambuco = 40,2) (FBSP, 2024). Cerqueira *et al*. (2024) sublinham o peso da atuação das facções criminosas que comercializam drogas na manutenção dos altos índices de violência letal no Brasil. Na região Norte, destaca-se, nas áreas de fronteira, a atuação de organizações criminosas internacionais que agem em conjunto e/ou disputam mercados com grupos nacionais; no Nordeste, sublinham-se a fragmentação e os conflitos entre facções criminosas locais.

América Latina e guerra às drogas

A perspectiva proibicionista baseada na Guerra às Drogas, influenciada pelo imperialismo estadunidense, tem sido ao longo de mais de meio século a forma dominante de enfrentamento da problemática das drogas ilícitas, sobretudo na AL (Silva, 2023). Esta perspectiva surge na década de 1970, nos EUA, e se caracteriza como uma estratégia militarizada de enfrentamento às drogas que tem como foco os países produtores (Rodrigues, 2012), concentrando esforços na coibição da produção e comercialização de cocaína (Del Olmo, 1997).

Nesse cenário, a região se destaca por acumular graves consequências econômicas e sociais (Fraga, 2007; Silva, 2023), sobretudo por ser a principal produtora de cocaína no mundo. A folha de coca tem sua produção originária concentrada em três países andinos: Peru, Colômbia e Bolívia, a partir dos quais a substância é escoada. Brasil, México, Venezuela e os países da América Central são locais de trânsito privilegiado para seu comércio em mercados lucrativos como os dos EUA e da Europa (Polet, 2013). O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024 (FBSP, 2024) destaca que o Brasil, nesta rota, recebe insumos da Colômbia, do Peru e da Bolívia.

Polet (2013) critica a forma tendenciosa como as políticas de drogas são aplicadas, essencialmente no sentido Norte-Sul, com foco em ações repressivas

que têm características assimétricas e contraditórias, refletindo desigualdades políticas históricas com efeitos perversos. Assim, embora a estratégia de Guerra às Drogas tenha sido aplicada na região nas últimas décadas, não surtiu os efeitos esperados. O cultivo da folha de coca e a manufatura da cocaína continuam fortes (United Nations, 2021) e, sobretudo, a região continua assolada pelo crime organizado e pela violência associados ao comércio dessas substâncias, com altos custos humanos e sociais.

Como apontam Armenta, Metaal e Jelsma (2012), esse custo é desproporcional: homicídios, superencarceramento e deslocamento forçado de populações camponesas são pontos críticos que incidem sobre grupos vulneráveis, consumidores e pequenos vendedores. O crime organizado e a violência, sobretudo com armas de fogo ilícitas (United Nations, s/d), colocam-se como ameaças ao Estado de Direito. O montante de recursos movimentado de forma ilegal é combustível para a corrupção que ameaça os sistemas de repressão organizados da Justiça e da polícia, dificultando a coibição não apenas do comércio de drogas, mas também de crimes correlatos como tráfico de armas e domínio armado de territórios e populações (Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia, 2009).

O impacto do mercado criminal de drogas é um ponto crítico, em uma equação que alimenta violência, instabilidade e terrorismo, sobretudo para a juventude, cujas consequências perniciosas recaem de maneiras distintas sobre homens e mulheres, brancos e negros. Pobreza e marginalização econômica acabam por ser fatores de risco para a atuação no comércio ilícito, assim como a opressão por "poderes paralelos" representados pelo crime (United Nations, 2009). Em países em desenvolvimento, a limitação das instituições e a insegurança social fortalecem o poder econômico e político dos narcotraficantes, fazendo com que o binômio narcotráfico e Guerra às Drogas seja um obstáculo à construção de relações mais igualitárias e democráticas (Polet, 2013).

A repressão militarizada às drogas na AL criou um circuito de violência armada que se retroalimenta, com consequentes mortes e adoecimentos que

atingem tanto os efetivamente envolvidos quanto as populações civis, ainda que de forma particular nos diferentes países (Ribeiro *et al*., 2023). Outro aspecto desse processo é o aumento do encarceramento por delitos relacionados ao comércio de drogas, uma vez que as legislações nacionais ampliaram a criminalização e a severidade das penas a eles aplicadas. Somado a isso, o fator de seletividade dos sistemas judicial e penal faz com que a punição recaia sobre as populações de forma desigual, atingindo eminentemente aquelas em vulnerabilidade (Metaal; Youngers, 2010).

Os deslocamentos humanos no interior dos países ou através de fronteiras em decorrência da VA, a expulsão de territórios pelo avanço de grupos armados, as ameaças, o impedimento de acesso a direitos e as violências no território de pertencimento foram identificados por Ribeiro *et al*. (2023) em estudo na região latino-americana. Segundo o World Migration Report 2024 (IOM, 2024), na Colômbia, deslocamentos internos por conflitos e violência, em particular em regiões de disputa ou domínio de grupos armados, somavam 339 mil pessoas em 2022. Ao longo dos anos, seriam mais de cinco milhões de deslocados internos. O relatório destaca um grande aumento da violência no Equador, em boa parte impulsionado por redes e grupos criminosos internacionais que disputam controle territorial sobre rotas do tráfico de drogas. Esse cenário, combinado à situação econômica de pobreza, tem gerado aumento significativo no número de pessoas deixando o país. Em outras partes da América Central, como Nicarágua e Honduras, a piora da situação de segurança, a ocorrência de crimes e de violência perpetrados por gangues e cartéis de drogas, além de enormes desigualdades sociais, também leva muitas pessoas a abandonarem seus territórios. Guatemala, El Salvador e Honduras reuniam 665.000 refugiados e requerentes de asilo ao final de 2022.

A violência de gênero tem sido apontada como um importante fator que contribui para a emigração em Honduras, Guatemala, El Salvador e México, forçando adolescentes a se envolverem em jornadas perigosas em busca de mais segurança, ficando à mercê de organizações criminosas que operam

dentro e fora da região e que se aproveitam do desespero e da vulnerabilidade para traficar pessoas. No final de 2022, Guatemala e Honduras tinham, cada uma, mais de 240 mil pessoas vivendo em deslocamento interno devido a conflitos e violência, enquanto El Salvador tinha 52 mil (IOM, 2024).

Mulheres, deslocamentos, drogas e saúde

No campo da migração, mulheres e crianças em deslocamento, seja ele voluntário ou forçado, são as mais vulnerabilizadas e estão sob risco de sofrer violências em seu local de origem, nas trajetórias e no local de destino. Como destacam Chavez-Ayala *et al.* (2017), as altas taxas de migração de jovens e crianças são uma das consequências da violência na AL, o que as torna expostas a diversas formas de vitimização, sobretudo em rotas de imigração irregular dominadas por grupos armados envolvidos com o tráfico de drogas, armas e pessoas. Essa situação é ainda agravada pela pobreza e pelo mercado de trabalho precário e desigual.

No que tange à relação entre deslocamento e crime organizado, as questões de gênero atinentes à construção de modelos de masculinidade se expressam em subjetividades violentas (Fálcon, 2017) que se materializam, por sua vez, na violência de gênero por meio do exercício de uma sexualidade agressiva que opera como um signo credenciador a determinado padrão socialmente esperado (Ruvalcaba, 2015). Nesse contexto, as assimetrias de gênero são atualizadas pela colonialidade e atravessadas por relações econômicas e patriarcais intrinsecamente forjadas e que se fortalecem mutuamente em uma espiral que vulnerabiliza especialmente mulheres e meninas, sobretudo as mais submetidas ao sistema de opressão que hierarquiza existências racializadas e terceiro-mundistas (Anzáldua, 2021).

No contexto de exposição a conflitos armados internacionais e nacionais, destacam-se os processos de adoecimento de mulheres e meninas

em função de violências. Bendavid *et al*. (2021), por exemplo, encontraram a cifra de quase 36 milhões de crianças e 16 milhões de mulheres deslocadas em 2017 por conflitos armados, no mundo. Em 2019, foram 45,7 milhões de pessoas deslocadas internamente, das quais 46% eram mulheres e meninas, sendo que dois terços estavam em seis países, entre eles, a Colômbia.

As mulheres e meninas, tanto permanecendo no território quanto sendo obrigadas a se deslocar, têm elevado risco de morbimortalidade, sendo submetidas a experiências traumáticas, violências, perda de estrutura familiar e desintegração social. A mudança de território de vida implica, por vezes, a convivência em espaços aglomerados e com pessoas estranhas que as deixam sob maior risco à vida e à saúde, inclusive de propagação de doenças e de vivência de violências como a sexual e o assédio, o casamento precoce, o isolamento e a exploração (Posada Zapata *et al*., 2019; Ribeiro; Andrade, 2026). Em relação à saúde, Chavez-Ayala *et al*. (2017) destacam riscos de prostituição, uso abusivo de substâncias, infecção por HIV e desenvolvimento de transtornos emocionais. Já Hewitt-Ramiréz *et al*. (2014) apontam a insegurança alimentar, desnutrição e violência sexual como riscos de saúde relacionados à imigração de crianças e adolescentes.

Santos (2025), estudando a atuação de mulheres no mercado ilegal de drogas no Brasil e na Colômbia, aponta como a ilegalidade as deixa mais expostas aos deslocamentos forçados, o que atinge sobretudo as negras e em condições de maior vulnerabilidade social, submetidas a formas agravadas de violência e exclusão, como a violência armada, e como esta pode intensificar a violência física e sexual, as ameaças e intimidações, as restrições à circulação, as dificuldades de acesso a serviços e à rede de proteção. A autora destaca as consequências da violência para a saúde física e psicológica e para as relações sociais, o que deve ser entendido e enfrentado como um problema de saúde pública.

Na busca por literatura empreendida para este texto têm destaque as produções sobre a Colômbia, país que vive há décadas um contexto especialmente dramático no que tange à violência armada e aos deslocamentos

internos a ela relacionados (Franco *et al.*, 2006; Oviedo, 2020; Villegas Cardona, 2023). Em contexto bastante conturbado de luta política marcada pela VA, registra-se, a partir da década de 1960, o início da atuação de guerrilhas que passam a disputar de forma violenta o cenário político, o que foi complexificado com o surgimento e a expansão do tráfico de drogas no início da década de 1970 e pelas organizações paramilitares da década de 1980 (Franco *et al.*, 2006). Desde 2017, o país vem empreendendo uma tentativa de instituir um processo de paz; não obstante, o país continua a se destacar pelo número de deslocados internos, como já referido.

Os deslocamentos forçados em função da exposição a conflitos armados na Colômbia e a presença de sintomas em saúde e de adoecimentos entre mulheres são sinalizados por autores como Martinez-Merlo, Guerra-Ramirez e Suárez-Villa (2020) e Prado (2017). Posada Zapata *et al.* (2019) refletem como este deslocamento é a consequência mais visível do conflito armado e um dos problemas sociais mais graves do país. Nesse cenário, mulheres estão sujeitas a violências, ao adoecimento físico e mental e à necessidade de assumir outros papéis no ambiente familiar e comunitário, ao desemprego, ao *stress* e ao uso problemático de drogas. Tal cenário, aliado à pobreza e ao pertencimento étnico, sobretudo entre afro-colombianas, incrementa o risco de sofrer novas violências nos locais onde aportam.

Ainda no que tange a este país, têm destaque os impactos da VA em populações indígenas decorrentes tanto dos conflitos armados internos quanto dos deslocamentos (Arias e Cuesta, 2004; Franco *et al.*, 2006). Franco *et al.* (2006) ressaltam consequências especialmente graves para a relação com a terra de seus ancestrais e para a saúde mental, uma vez que essa relação diz respeito ao sentido de vida. A própria construção do significado da relação entre saúde e doença, assim como a percepção sobre as condições de saúde, são afetadas pelos deslocamentos, uma vez que o contexto de pertencimento é um fator intrínseco a essa experiência (Posada Zapata *et al.*, 2019). Prado (2017) aponta a perda de lugar no mundo e a busca por reconstruir territórios

simbólicos mediante grande precariedade que alimenta "uma espiral de pobreza e de dependência que os sujeita à assistência social e econômica do Estado" (p. 177). Além da perspectiva dos significados e da relação com os lugares de origem e de destino, há uma dimensão material que envolve moradia, trabalho e relações sociais.

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, a recorrente falta de documentação da população em deslocamento e a dificuldade de reconhecimento dessa condição são também limitações (Franco *et al*., 2006), gerando, por exemplo, dificuldades de manutenção do esquema vacinal de crianças pequenas (Escobar-Díaz *et al*., 2017). Destaca-se também que a violência armada impacta o próprio funcionamento das unidades de saúde e os processos e condições de trabalho (Escobar-Díaz *et al.*, 2017; Franco *et al*., 2006; Ribeiro *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2021).

Uma problemática de destaque nos deslocamentos de mulheres pelas fronteiras da região, relacionados às drogas, é a atuação dessas mulheres como transportadoras para fins de comércio. Silva (2018) chama atenção para a instrumentalização de seus corpos, o encarceramento de latinas não brancas e as punições a elas destinadas. Lima e Miranda (2019) destacam que a maioria dessas mulheres desempenha atividades de menor relevância na cadeia do tráfico, transportando pequenas quantidades de drogas e não representando, portanto, uma ameaça violenta para a sociedade. O envolvimento nesse tipo de atividade está comumente associado à precariedade socioeconômica, à ausência de oportunidades formais de emprego, à responsabilidade exclusiva pelo sustento familiar e à vivência de múltiplas formas de violência, como a doméstica ou sexual, conjunto de fatores que leva muitas delas a enxergar no transporte de drogas uma saída imediata para necessidades urgentes (Proença, 2020).

A busca por melhores condições de trabalho e de vida, das próprias mulheres e de suas famílias, é um grande fator motivador para os processos migratórios. Se mulheres migrantes na AL já ocupam postos de trabalho

informais, desvalorizados, insalubres, mal pagos e que as deixam à mercê de violências como xenofobia, exploração sexual, tráfico de pessoas e trabalho escravo, como no campo do cuidado (Andrade, 2023; Andrade; Ribeiro, 2023), na ocupação como transportadoras de drogas há um incremento exponencial de violência e vulnerabilidade. Muitas acabam por se envolver em tais atividades por coerção, para acompanhar familiares ou pares, ou mesmo por serem enganadas (Organização dos Estados Americanos, 2014). O próprio termo usado para designar a atividade das *mulheres mula* demonstra a objetificação e desumanização desses corpos, aproximando-as de animais de carga.

Destaca-se o crescimento vertiginoso do encarceramento feminino desde a ampliação do rigor das leis relacionadas ao comércio de drogas, pois a maioria das detenções de mulheres nos países latino-americanos está vinculada ao tráfico, sendo a maior parte delas jovem, solteira, não branca, de baixa escolaridade e em vulnerabilidade (Lima; Miranda, 2019; Pontieri, 2022). Se o número absoluto de homens privados de liberdade é significativamente maior, as taxas de encarceramento feminino crescem de forma mais veloz. Metaal e Youngers (2010) chamam atenção para a desproporcionalidade da punição relacionada à questão das drogas na AL, em que as legislações, em geral, tratam da mesma forma grandes e pequenos traficantes, não fazendo distinção entre níveis de envolvimento nesse comércio nem entre delitos violentos e não violentos.

Esse fenômeno revela um padrão sistemático de punição de mulheres em situações de vulnerabilidade, que ocupam posições periféricas nas redes do tráfico e, ainda assim, são penalizadas com o mesmo rigor destinado aos agentes que representariam maior periculosidade (Proença, 2020).

No primeiro semestre de 2018, a Polícia Federal registrou aumento de 45,6% de mulheres detidas por tráfico de drogas no Aeroporto Internacional de Guarulhos/São Paulo, em relação ao mesmo período de 2017 (FENAPEF, 2018). Em 2024, estas prisões aumentaram quase cinco vezes, em comparação

com 2014, quando a Polícia Federal começou a realizar o registro por sexo (Pereira, 2025). Tomazoni (2017), a este respeito, acrescenta ainda que, muitas vezes, elas nem têm conhecimento de que estão carregando drogas ou são usadas como "iscas", carregando pequenas quantidades para despistar grandes carregamentos de drogas, sendo, por vezes, denunciadas pelos próprios aliciadores. Embora muitas vezes essas mulheres sejam vítimas de uma criminalidade forçada ou involuntária, são punidas de forma rigorosa pela lei (Silva, 2018).

Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), no Brasil, em 2022, 54% das mulheres estavam encarceradas por crimes de drogas, contra 27,65% dos homens; 60,9% eram negras, 42,3% tinham filhos até 12 anos e 41,6% tinham renda proveniente de atividade informal (SENAD, 2023). Segundo o ITTC (2020), em levantamento com mulheres migrantes encarceradas, 29% eram pretas, 27% pardas, 3% amarelas e 2% indígenas. A maior parte das mulheres pretas era proveniente da África do Sul e a maior parte das pardas, da Bolívia. Presas por tráfico de drogas representavam 87% e, entre as pardas, 73%.

O sistema prisional brasileiro impõe desafios adicionais a mulheres estrangeiras, tais como barreiras linguísticas, afastamento familiar, dificuldades na regularização migratória, questões relacionadas à maternidade, obstáculos processuais e procedimentos de expulsão. Esses fatores agravam a invisibilização e estigmatização dessas mulheres no sistema carcerário. O afastamento da família e o isolamento cultural e social podem gerar ou agravar sofrimento psíquico, sendo comum que elas passem a maior parte do cumprimento de suas penas, quando não em sua totalidade, sem receber qualquer tipo de visita ou mesmo sem o conhecimento de suas famílias sobre sua prisão. Uma situação especialmente dramática é relativa às gestantes, cujos filhos precisam ser repatriados. Em muitos casos, são as redes formadas por outras mulheres que as apoiam (Proença, 2020; Tomazoni, 2017).

Costurando avenidas interseccionais: mulheres latino-americanas, deslocamentos, mercados de drogas e saúde

O primeiro ponto a se destacar em um movimento de síntese sobre como os deslocamentos pela AL relacionados ao mercado de drogas afetam a vida e a saúde de mulheres diz respeito ao lugar da mulher latina no contexto da colonização, o uso histórico de seu corpo para exploração e subjugação como mão de obra barata e descartável, que remonta ao escravismo, à perpetuação da misoginia[37] e do racismo e à produção ativa de vulnerabilidades (Silva, 2018). Nesse contexto, destacamos a pouca visibilidade da situação dos deslocamentos de mulheres pela AL na interseção com o mercado ilícito de drogas. A condição de gênero e a região de moradia, em um contexto no qual essas mulheres são material e subjetivamente subjugadas no jogo de forças global, deixam-nas ainda mais expostas às violências já inerentes à condição de migração (Andrade, 2023; Andrade; Ribeiro, 2023).

A invisibilidade de suas trajetórias também se desdobra na invisibilidade de suas identidades e hierarquizações no sistema de opressão norte/sul, branco/preto, masculino/feminino, centro/periferia, tomando tais "nós histórico-culturais" (Mignolo, 2017) como efeitos da colonialidade do poder, do ser e de gênero (Mignolo, 2017; Quijano, 2005; Lugones, 2020), componentes de uma estrutura duradoura de administração e controle cujos fundamentos estão na racialização de (alguns) povos, no patriarcado e no capitalismo. Chama atenção, nesse processo, que são as mulheres latinas racializadas as mais submetidas à expulsão de seus territórios de pertencimento, ao aliciamento do mercado ilícito e ao encarceramento por crimes de drogas e ao adoecimento.

Na Matriz Colonial de Poder (Mignolo, 2017), o construto de raça, utilizado para nomear o não branco europeu, foi fundamental para garantir a expropriação de recursos e pessoas e a ocupação "legítima" de territórios

37 Entendemos como misoginia atitudes, práticas e estruturas sociais baseadas na desvalorização das mulheres, que se expressa tanto por meio de discriminação e violência quanto de exclusão de processos sociais.

até então "abandonados" de civilização, os mesmos que hoje são produtores e exportadores de drogas que alimentam os mercados europeus e estadunidenses, alvos de políticas proibicionistas e de guerra. Se são os homens jovens negros e pobres os responsáveis por compor os altíssimos índices de homicídios, são as mulheres de cor, nas palavras de Gloria Anzáldua (2021), que amargam violências no cotidiano, expressas na precariedade econômica, no apagamento político, no adoecer e morrer dos filhos, no trabalho precário e, no contexto de muitos países latino-americanos, no domínio e na violência em seus territórios de vida que as obrigam, no limite, a se deslocarem para protegerem suas vidas.

Alguns estudos empíricos mostram como as condições de saúde dessas mulheres são agravadas pelos deslocamentos, inclusive a vivência de violências nos locais de origem e de destino, o que pode envolver, ainda, seus filhos e outras pessoas da família. No que tange às mulheres mulas, tais condições são ainda mais agravadas pelo risco da atividade ilícita, duramente punida, e pela perspectiva de encarceramento em sistemas superlotados, insalubres, precários e que não garantem estratégias de acesso a direitos para pessoas sem documentos e não falantes da língua nativa. Dar visibilidade às interseções entre gênero, classe social, raça e nacionalidade no que tange aos deslocamentos pela AL em função dos mercados de drogas e seus impactos na vida e saúde de mulheres torna-se imprescindível para que se possam formular estratégias de proteção e enfrentamento às desigualdades sociais complexas que moldam suas experiências de vida e as obrigam, muitas vezes, a migrar.

Referências

ACNUR. **Agência da ONU para Refugiados**. 2022. Disponível em: https://www.acnur.org/media/65879. Acesso em: 22 maio 2025.

ANDRADE, C. B.; RIBEIRO, F. M. L. (org.). **Migração, trabalho e violência: interfaces com a saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves, 2023. Disponível em: https://arca.fiocruz.br/items/e73f7682-0d01-4b85-8b66-0f45df1d7102. Acesso em: 22 maio 2025.

ANZALDÚA, G. **A vulva é uma ferida aberta e outros ensaios**. Rio de Janeiro: A Bolha, 2021.

ARIAS, M. M.; CUESTA, C. de la. El equilibrio inestable: el caso de los Chamibida de Cristianía en Antioquia, Colombia. **Index de Enfermería**, v. 13, n. 46, p. 23-28, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.4321/S1132-12962004000200005. Acesso em: 22 maio 2025.

ARMENTA, A.; METAAL, P.; JELSMA, M. **A breakthrough in the making? Shifts in the Latin American drug policy debate**. Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies, n. 21, p. 1-16, jun. 2012. Disponível em: https://idpc.net/publications/2012/06/a-breakthrough-in-the-making-shifts-in-the-latin-american-drug-policy-debate. Acesso em: 10 maio 2025.

BENDAVID, E. *et al.* The effects of armed conflict on the health of women and children. **The Lancet**, v. 397, n. 10273, p. 522-532, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8. Acesso em: 22 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Senad discute situação de mulheres encarceradas no contexto de drogas no Brasil**. Brasília, DF, 12 maio 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/senad-discute-situacao-de-mulheres-encarceradas-no-contexto-de-drogas-no-brasil. Acesso em: 22 maio 2025.

CERQUEIRA, D. R. C. *et al.* **Atlas da violência 2024**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031. Acesso em: 22 maio 2025.

CHAVEZ-AYALA, R. *et al.* Violencia y salud mental asociados a pensar o haber intentado emigrar internacionalmente por adolescentes mexicanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00119516, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00119516. Acesso em: 22 maio 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2021.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. **Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma**. 2009. Disponível em: https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2014/02/NE-14-O-despertar-da-Am%C3%A9rica-Latina-uma-revis%C3%A3o-do-novo-debate-sobre-pol%C3%ADtica-de-drogas-final.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

DEL OLMO, R. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

ESCOBAR-DÍAZ, F.; OSORIO-MERCHÁN, M. B.; DE LA HOZ-RESTREPO, F. Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, e123, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.123. Acesso em: 12 maio 2025.

FALCON, M. T. Nación criminal: narrativas del crimen organizado en México. **Polis**, México, v. 13, n. 2, p. 167-174, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332017000200167. Acesso em: 14 maio 2025.

FENAPEF. **As mulheres já são quase 50% dos presos por tráfico de drogas no aeroporto de Guarulhos**. 2018. Disponível em: https://fenapef.org.br/as-mulheres-ja-sao-quase-50-dos-presos-por-trafico-de-drogas-no-aeroporto-de-guarulhos. Acesso em: 25 out. 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. 434 p. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/279. Acesso em: 17 out. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

FRAGA, P. P. A geopolítica das drogas na América Latina. **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, v. 19, p. 67-88, 2007. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/187. Acesso em: 11 set. 2026.

FRANCO, S. *et al.* Os efeitos do conflito armado sobre a vida e a saúde na Colômbia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 365-373, jun. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Hqcm7wXDMjwPjV8WhbJw3nt/. Acesso em: 22 maio 2025.

GOMES-MEDEIROS, D.; FARIA, P. H.; CAMPOS, G. W. S.; TÓFOLI, L. F. Política de drogas e saúde coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00191218, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00191218. Acesso em: 22 maio 2025.

HEWITT-RAMÍREZ, N. *et al.* Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colombia. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 17, n. 1, p. 79-89, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.9. Acesso em: 22 maio 2025.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World Migration Report 2024**. Geneva: IOM, 2024. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1496/files/documents/2024-05/world-migration-report-2024.pdf. Acesso em: 22 maio 2025.

ITTC. **Identidade racial: boletim Banco**. 2020. Disponível em: https://ittc.org.br/identidade-racial-boletim-banco/. Acesso em: 6 maio 2025.

LIMA, F. S.; MIRANDA, C. D. A. Encarceramento feminino na América Latina e a política de guerra às drogas: seletividade, discriminação e outros rótulos. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, p. 446-473, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.25245/rdspp.v7i2.484. Acesso em: 6 maio 2025.

LUGONES, M. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, H. B. (org.). **Pensamento feminista hoje**: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 52-83.

MARTÍNEZ MERLO, J. A.; GUERRA-RAMÍREZ, M.; SUÁREZ-VILLA, M. Experiencias en mujeres víctimas del conflicto armado del municipio de San Juan de Nepomuceno-Colombia. **Ciencia y Enfermería**, v. 26, p. 1-9, 2020. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100209. Acesso em: 22 maio 2025.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1, 2018.

METAAL, P.; YOUNGERS, C. **Sistemas sobrecargados**: leyes de drogas y cárceles en América Latina. Amsterdam; Washington, DC: Transnational Institute; Washington Office on Latin America, 2010.

MIGNOLO, W. D. Colonialidade: o lado obscuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 32, n. 94, p. 1-18, 2017. Disponível em: https://doi.

org/10.17666/329401/2017. Acesso em: 22 maio 2025.

MOURA, T. **Novíssimas guerras**: espaços, identidades e espirais da violência armada. Coimbra: Almedina, 2010.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Mujeres y drogas en las Américas: un diagnóstico de política en construcción**. Washington, DC: OEA, [s. d.]. Disponível em: https://www.oas.org/es/cim/docs/womendrugsamericas-es.pdf. Acesso em: 19 maio 2025.

OVIEDO, C. F. T. **La función ideológica del emprendimiento en la producción y reproducción de la vida en una zona rural de Colombia en el contexto del posacuerdo de paz**. 2020. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

PEREIRA, M. R. **Presos por tráfico no aeroporto de Guarulhos disparam com "mulas" mulheres**. UOL Notícias, São Paulo, 7 fev. 2025. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2025/02/07/prisoes-por-trafico-batem-recorde-no-aeroporto-de-gru-apreensoes-diminuem.htm. Acesso em: 21 set. 2026.

POLET, F. Narcotrafic: ravages du narcotrafic, naufrage de la "guerre aux drogues". In: **"La guerre aux drogues" en question: points de vue du Sud**. Paris: Éditions Syllepse; Louvain-la-Neuve: Centre Tricontinental, 2013.

PONTIERI, A. Urgência em se acabar com a invisibilidade das mulheres encarceradas. **Consultor Jurídico**, 2022. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2022-mai-16/alexandre-pontieri-encarceramento-massa-mulheres. Acesso em: 14 nov. 2022.

POSADA ZAPATA, I. C. *et al.* Comunidades desplazadas en Medellín: un Estado ausente, unas mujeres reconstruidas. **Revista Costarricense de Salud Pública**, San José, v. 28, n. 2, p. 154-170, jul./dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292019000200154. Acesso em: 22 maio 2025.

PRADO, M. O. *et al.* Territorialidades en transición: pobladores desplazados por la violencia del conflicto armado colombiano y la resignificación de su territorio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 165-178, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-65642017a001. Acesso em: 22 maio 2025.

PROENÇA, A. G. Mulheres estrangeiras e cárcere no Brasil: a dupla invisibilidade. **Delictae: Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Delito**, v. 5, n. 9, p. 423-436, 2020. Disponível em: https://delictae.com.br/index.php/revista/article/view/141. Acesso em: 22 maio 2025.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 57, p. 113-130, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-69092005000100007. Acesso em: 22 maio 2025.

RIBEIRO, F. M. L.; ANDRADE, C. B. Mulheres, deslocamentos climáticos e violências: perspectivas para o cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e11972024, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232026312.11972024. Acesso em: 22 maio 2025.

RIBEIRO, F. M. L.; ANDRADE, C. B.; DIAS, C. A. O.; ALMEIDA, B. C. Violencia armada y salud en América Latina: revisión de la literatura. **Revista CS**, n. 40, p. 141-179, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.18046/recs.i40.5497. Acesso em: 22 maio 2025.

RIBEIRO, F. M. L.; ANDRADE, C. B.; DIAS, C. A. O.; MINAYO, M. C. S. Violência armada em Manguinhos/RJ, Brasil: saúde e cotidiano de trabalhadoras(es) de saúde e educação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, e04502024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04502024. Acesso em: 22 maio 2025.

RODRIGUES, T. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 9-41, jan./jun. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cint/a/rwTYjJdcGrnzGjx6r3n46ww/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

RUVALCABA, H. D. **Nación criminal**: narrativas del crimen organizado en México. México: Ariel, 2015.

SANTOS, A. F. dos. Mulheres e reprodução social no mercado ilegal das drogas no Brasil e na Colômbia. **Serviço Social & Sociedade**, n. 148, e-6628468, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-6628.468. Acesso em: 11 set. 2026.

SILVA, K. C. M. Mulheres "mulas": um estudo sobre a instrumentalização da mulher pelo tráfico de drogas na América Latina. **Ratio Juris**: Revista Eletrônica da Graduação da Faculdade de Direito do Sul de Minas, v. 1, n. 1, p. 642-653, jan./jun. 2018. Disponível em: https://www.fdsm.edu.br/revistagraduacao/index.php/revistagraduacao/article/view/13. Acesso em: 11 set. 2026.

SILVA, M. M. **Controle de substâncias ilícitas e seus impactos em violência e saúde**: estudo de caso no Rio de Janeiro (Brasil) e Lisboa (Portugal). 2023. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

SILVA, M. M. *et al.* "No meio do fogo cruzado": reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2109-2118, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.00632021. Acesso em: 11 set. 2026.

SILVA, M. M. Políticas de drogas e o encarceramento de populações vulneráveis em Portugal e no Brasil. **e-cadernos CES**, n. 37, 2022. Disponível em: https://journals.openedition.org/eces/7272. Acesso em: 6 maio 2025.

SILVA, M. M.; CONSTANTINO, P. Violência armada e comércio de drogas ilícitas: uma revisão integrativa de literatura sobre o Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e15142023, abr. 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.15142023. Acesso em: 22 maio 2025.

SILVA, M. M.; RIBEIRO, F. M. L. Políticas de drogas no Brasil: resultados insuficientes e impactos recorrentes para as juventudes. In: **Juventudes no Brasil**: saúde, direitos e políticas públicas. Niterói: EDUFF, 2025. v. 1, p. 83-93.

TOMAZONI, L. Mulheres estrangeiras encarceradas. **Sala de Aula Criminal**, 2017. Disponível em: https://www.salacriminal.com/home/mulheres-estrangeiras-encarceradas. Acesso em: 22 maio 2025.

UNITED NATIONS. **High-level segment Commission**: political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem. New York: United Nations, 2009.

UNITED NATIONS. United Nations Office on Drugs and Crime. **Strategic vision for Latin America and the Caribbean 2022-2025**. [S. l.]: UNODC, [s. d.]. Disponível em: https://www.unodc.org/unodc/en/strategy/index.html. Acesso em: 10 maio 2025.

UNITED NATIONS. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2021**. Vienna: United Nations, 2021.

VILLEGAS CARDONA, F. **Las inscripciones de la guerra en el cuerpo**: el cuidado de la salud de los exguerrilleros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia. 2023. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2023.

Capítulo 13

MULHERES, FRONTEIRAS E AS REDES DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

Cláudia Araújo de Lima

A Convenção de Belém do Pará (1994) é o documento que rege as discussões nacionais e internacionais em torno das questões relacionadas à violência contra mulheres. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e os documentos das conferências internacionais sobre esses direitos, contidos nas Declarações do Cairo (1994) e de Beijing (1995) e reforçados na Conferência de Cúpula para o Desenvolvimento Social (Copenhague), em 1995, somam-se à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), de 1979, em vigor desde 1981, e à Declaração do Panamá (2009). Nesses documentos, o enfrentamento da violência cometida contra esse grupo populacional constitui recomendação constante nas avaliações entre a ONU e os países signatários, potencializando planos nacionais de enfrentamento à violência contra mulheres. Essas iniciativas ainda são tentativas de resposta aos fatos. Apesar de todos os esforços, as violências contra mulheres, baseadas no gênero, multifacetadas, transgeracionais e perpetradas durante muitos séculos, expressam-se na modernidade, mantendo seus velhos costumes e assumindo novos contornos.

Este capítulo é um relato de experiência que se coloca como registro de um movimento de articulação e operacionalização de políticas públicas voltadas ao enfrentamento das violências cometidas contra mulheres, na fronteira entre

o Brasil e a Bolívia. Vale informar que, a partir da aproximação entre mulheres da academia, da política, do comércio, da gestão das cidades, dos movimentos sociais e da comunidade, foi constituído um grupo de estudos e aprofundamento de debates sobre direitos humanos, em sua aplicabilidade ou em suas violações, que se constituiu em um coletivo entre Brasil e Bolívia. Desde o primeiro momento, o foco foi integrar os saberes, as experiências e as necessidades, além de encontrar caminhos binacionais para as mulheres da fronteira.

Nos contextos internacionais e em estudos longitudinais relacionados à temática das violências cometidas contra mulheres em regiões de fronteira, exprimem-se conjunturas em que a multifacialidade dos agravos é parte do cotidiano. A violência doméstica e sexual, o trabalho análogo à escravidão ou informal, o risco de exposição ao tráfico de pessoas, a exploração sexual de mulheres e meninas, o racismo, a xenofobia, o tráfico nacional e internacional de mulheres e meninas e tantas outras violações de direitos somente são percebidas quando se mostram em situações dramáticas, com ferimentos graves ou óbitos por feminicídio e quando são apontadas pela mídia. Territórios fronteiriços são espaços de poder, de direitos e de violação de direitos, uma realidade a ser estudada e compreendida em suas estruturas, com decisões políticas acertadas para que essas questões possam ser enfrentadas.

Quando tratamos do debate sobre violências cometidas contra mulheres em regiões de fronteira, é importante observar os conceitos que envolvem esses territórios. Raffestin (1993), no livro "Por uma Geografia do Poder", apresenta a fronteira como um território constituído por diferenças culturais, idiomas, capacidades, economias, formas de organização estatal. Um lugar para ser observado de muitas maneiras.

Hissa (2002), na produção "A Mobilidade das Fronteiras: Inserções da geografia na crise da modernidade", proporciona a resposta à antiga confusão entre o que significa fronteira e limite, que usualmente são considerados a mesma coisa e não são. Hissa (2002) afirma que o limite é o sinal de contato entre dois ou mais territórios e a fronteira é o sinal de contato e da integração.

Quando se discute a porosidade da fronteira, apresentada por Costa (2013), é necessário reconfigurar o conceito como construção estrutural de um território e todos os meandros que o envolvem, pensando que os argumentos de constituição de cada país se desenvolvem a partir dos interesses, ora nacionalistas, fronteiriços, limitadores, expansionistas, com direitos divididos ou não, deveres separados, gente chegando e saindo, que trabalha de um lado ou do outro, que caminha desacompanhada para todos os lados, que se mistura na constituição de famílias, atividades, capacidades. A porosidade, a absorção do lugar e o território como fronteira mestiça estão longe dos olhos de muitos, sendo lugar de passagem, parte da vida, que também é multifacetada, como as mulheres.

Veiga e Rufino (2024) apresentam e discutem o contexto da violência cometida contra mulheres na região da fronteira entre Brasil e Bolívia, a partir dos contornos regionais e dados secundários, reunindo autores decoloniais e apontando os pontos históricos que contribuem para a perpetração de formas de violências e potenciais mecanismos para seu enfrentamento.

O estudo de Lima (2014) discutiu o contexto de redes de atenção para mulheres em situação de violência num estado fronteiriço e o quanto essa condição territorial e todas as questões políticas, de crenças e entendimentos, atravessam diretamente a gestão dos serviços que atendem ao município, especialmente aqueles voltados para o cuidado às mulheres vítimas de violência sexual, apontando que se faz necessário construir diálogos intra e intersetoriais, estabelecer contratos institucionais e trabalhar de forma articulada junto aos movimentos de mulheres. O caminho até a fronteira foi sendo preparado.

No território da fronteira entre Brasil e Bolívia, nos municípios de Corumbá (MS), no Brasil, e Puerto Quijarro, no Departamento de German Busch, na Bolívia, os movimentos de articulação internacional para o enfrentamento às violências cometidas contra mulheres se desenvolvem há décadas, sendo que o período entre os anos de 2015 e 2025 é mais representativo, com participação ativa de autoridades dos dois países, movimentos sociais bolivianos, áreas governamentais dos municípios lindeiros e da Universidade

Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), a partir do Campus do Pantanal e do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares (NEPI Pantanal), com exercícios que foram evoluindo para compor as estratégias de aproximação, conhecimento e planejamentos coletivos, necessários à composição de uma rede de cooperação internacional para o enfrentamento da questão.

As redes fronteiriças de enfrentamento às violências cometidas contra mulheres são exercícios importantes da interseccionalidade lindeira. Esse esforço, oriundo dos debates e da vontade de mulheres brasileiras e bolivianas que atuam na política, no Judiciário e na academia, formou um novo contexto no cenário regional. Nesse movimento, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, localizada em Corumbá, região da fronteira, foi o elo de ligação entre as iniciativas, realizando estudos específicos, constituindo possibilidades de encontros binacionais e apoiando as iniciativas locais das cidades fronteiriças em eventos técnicos, momentos com as comunidades e pesquisas binacionais voltadas aos temas das violências cometidas contra mulheres e meninas.

O desenvolvimento dos Colóquios Internacionais Mulheres da Fronteira, organizados pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEPI Pantanal) da UFMS, aproximou, num primeiro momento, em 2015, a academia e a diversidade das mulheres locais do lado brasileiro. As primeiras que chegaram foram aquelas que desejavam conhecer um pouco mais sobre as temáticas das violências contra mulheres e o que dizem as leis. Apontamos a todas a necessidade de também acessar as mulheres bolivianas para esses diálogos. Fomos ao outro lado, no outro país, buscá-las, conhecê-las.

O ano de 2016 foi de crise no contexto político-social brasileiro. Um golpe político parlamentar retirou da Presidência da República Dilma Rousseff, a primeira presidenta da história do Brasil. A representação daquele ataque à democracia manifestou-se de forma expressiva, ofendendo as brasileiras, abrindo espaço para um longo período de desmandos e dificuldades propositais, como cortes orçamentários de recursos para o enfrentamento à violência contra mulheres no país.

Nesse ano, os estudos de graduação ganharam força no debate sobre as violências cometidas contra mulheres e meninas e as formas de enfrentamento no âmbito da fronteira. O foco foi a violência sexual contra crianças e adolescentes. A aproximação entre a UFMS e a Universidade Autônoma Gabriel René Moreno (UAGRM), da Bolívia, apresentou frutos importantes quando se uniram as equipes de pesquisadores do NEPI Pantanal e do Instituto de Investigações da Faculdade de Humanidades. A produção científica foi o foco de estudos que promoveram debates importantes sobre as questões relacionadas à violência na fronteira. Entre 2015 e 2018, foram quase sessenta produtos (artigos, painéis, seminários e congressos), desenvolvidos por discentes e docentes da UFMS e da UAGRM. A força das universidades e o entendimento da comunidade sobre o que a ciência vinha discutindo foram enriquecedores para todas e todos os envolvidos, nos dois países. A revista *GeoPantanal* (2016)[38], em edição especial, trouxe um volume expressivo de artigos elaborados pelas universidades da fronteira, dando visibilidade ao processo de interculturalidade dos "Colóquios Internacionais Mulheres da Fronteira".

O II Colóquio, em 2017, ocorreu como um encontro internacional, no qual mulheres brasileiras e bolivianas, além de uma colombiana e uma costa-riquenha, contribuíram para uma evolução transformadora para o território. Ali a fronteira toma conhecimento do estudo de Barón (2017), sobre as meninas da guerrilha e o significado de realidades feridas, que interrompem o desenvolvimento e a aprendizagem de crianças e adolescentes, numa Colômbia dividida, em busca de justiça para seu povo. O auditório estava lotado de mulheres que falavam português e espanhol, atentas e ouvindo sobre uma questão que era de todas. Ali se alteram nossas percepções.

Em 2018, diante dos problemas políticos e pré-eleitorais nacionais e das dificuldades de tratar de temas relacionados às violências cometidas contra mulheres no Brasil, fomos para a Bolívia realizar o III Colóquio,

38 Revista GeoPantanal/Câmpus do Pantanal Curso de Geografia/Mestrado em Estudos Fronteiriços – Grupo de Estudos Pantanal Vivo/AGB - UFMS. v. 11, n. Especial, (2016) – Corumbá (MS): Geografia/Mestrado em Estudos Fronteiriços – CPAN/UFMS/Ed. UFMS, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/issue/view/235

numa perspectiva diferente. Depois de muitas articulações e negociações entre parceiras, trouxemos as mulheres do Legislativo para o diálogo. Do lado brasileiro, ainda constatamos pouco reconhecimento sobre as questões fronteiriças e a importância desse processo. Um homem do Legislativo de Corumbá e as duas vereadoras de Ladário compareceram ao evento. As deputadas, vereadoras e representantes das mulheres de várias regiões da Bolívia vieram e discutiram amplamente o que nos afligia. A Seção Mulher da Ordem dos Advogados do Brasil em Mato Grosso do Sul, as estudantes da graduação em Pedagogia e professoras do NEPI Pantanal da UFMS fizeram parte do debate e nos representaram no coletivo. As polícias dos dois países dialogaram sobre os casos e sobre formas de enfrentamento; os Ministérios Públicos se colocaram em franca conversação. Estas foram cenas que deveriam entrar para a história! Foi um encontro em vários sentidos. Nós nos consolidamos como mulheres da fronteira.

Em 2018, a partir do relatório do III Colóquio Internacional Mulheres da Fronteira, criamos a disciplina optativa "Educação e Violência contra Mulheres", no Programa de Pós-Graduação em Educação. A proposta foi permitir o máximo de discentes externos, para que a comunidade pudesse acessar as leituras, os debates e se beneficiasse com a apropriação de conhecimento crítico. Foi muito interessante o volume de mulheres na primeira turma. O trabalho foi levá-las a compreender que as violências cometidas contra mulheres estão em todos os continentes, estão na América do Sul, nas fronteiras. Os trabalhos apresentados em grupos e os debates decorrentes foram momentos de aprendizagem para todas. Enxergamos realmente os dados estatísticos de cada país da América do Sul e construímos formas de compreendê-los a partir da capacidade de cada uma.

O período de 2019 a 2022 foi de danos para todas as políticas públicas no Brasil, já que o governo eleito democraticamente para aquele período extinguiu conselhos de direitos, serviços de atendimento às mulheres em situação de violência em todo o país, encerrou pesquisas em andamento,

ultrapassou todos os limites do desrespeito com as brasileiras e trouxe prejuízos para todas nós, estando suas ações e omissões relacionadas ao notável aumento de feminicídios e outras formas graves de violências. O mandatário perdeu as eleições de 2022 e trouxe o caos para o início de 2023, ao tentar um golpe de Estado, que somente foi desmobilizado com a união dos poderes da República Federativa do Brasil. Ainda estamos na fase incerta da defesa da democracia e da soberania nacional.

O IV Colóquio, realizado em 2019, foi um momento de reflexões sobre os avanços conquistados a partir do debate entre as mulheres dos dois países, dos municípios da região da fronteira entre Brasil e Bolívia, e de definição sobre quais seriam os próximos rumos. A atividade foi desenvolvida no Brasil e recebemos professoras e alunas da UAGRM. Aprendemos a planejar de forma intersetorial e internacional.

Nesse período, nossas discentes de graduação e pós-graduação contribuíram em ações municipais e estaduais, apresentando os resultados de seus estudos e as tecnologias que poderiam apoiar o enfrentamento a essa forma de violência, sendo recebidas nos espaços do MS Fronteiras e do Conselho de Desenvolvimento e Integração Sul (CODESUL). O MS Fronteiras é um programa desenvolvido pelo Estado de Mato Grosso do Sul, que visa ao apoio à formação e à empregabilidade de mulheres de Corumbá, Ladário e Porto Murtinho, como estratégia para a redução de violências. O CODESUL é um fórum de estados da região Sul e Mato Grosso do Sul, voltado ao desenvolvimento de ações para a redução das desigualdades sociais e outras pautas que sejam definidas como prioritárias, reunindo Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul. Em algumas atividades, o CODESUL recebe países da região sul da América do Sul para diálogos interpaíses.

O intervalo entre 2020 e 2022 foi marcado pela pandemia de covid-19, e a fronteira viveu um período de dificuldades sociais, econômicas, de acesso a direitos fundamentais, de vidas perdidas e de sofrimentos. A fronteira foi fechada às populações; foram muitos os retrocessos. Nossas comunicações

foram dificultadas, o que não nos permitiu realizar os encontros, já que a própria internet era frágil naquele território. Soubemos de muitos casos de violência doméstica, de violações sexuais, de feminicídios nessa época. As bases de dados registraram muitos casos, no entanto, sabemos que houve subnotificação dos registros em vários setores que atendem mulheres em situação de violência, no Brasil e na Bolívia.

Chaves, Palos e Martins (2025) trazem um aspecto importante no contexto da migração de mulheres no período da pandemia de covid-19, apresentando um cenário para além dos problemas de entrada e saída de países em regiões fronteiriças, mostrando dados sobre adoecimentos relacionados à saúde mental, violências sexuais, físicas e outras, confirmando os achados nos levantamentos realizados pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, do Brasil, e pela Universidade Autónoma Gabriel René Moreno, da Bolívia, que observavam especificamente as cidades de Corumbá e Puerto Quijarro, no mesmo período.

No final de 2022, conseguimos realizar uma atividade do V Colóquio Internacional de Mulheres, reduzida, mas representativa e voltada aos dados, às situações de pobreza e ao abandono de muitas mulheres na região, bem como à necessidade de rearticulação com os variados setores e movimentos de mulheres para a retomada dos projetos. A virada para 2023 foi promissora. Conversamos sobre legislação local em Puerto Quijarro, sobre o apoio da Câmara de Concejales (equivalente a vereadoras e vereadores) e os passos que estavam sendo organizados pelas concejales locais, que vinham buscando apoio no Departamento de Santa Cruz de La Sierra e em Cochabamba, na Bolívia. Elas conseguiram. Várias leis bolivianas foram ajustadas para o enfrentamento às violências cometidas contra mulheres.

Dialogando com a realidade do enfrentamento às violências cometidas contra mulheres na fronteira, o estudo de Lima (2023) discute a potencialidade do diálogo entre países e, mais especificamente, entre as cidades gêmeas de Corumbá/Brasil e Puerto Quijarro/Bolívia, apontando que, quando respeitadas

suas diferenças de autonomia como Estados, é possível realizar ações de enfrentamento de forma ampliada, conhecendo a realidade de cada país e das mulheres que ali vivem.

O ano de 2024 trouxe para o conjunto de mulheres da fronteira uma lei que cria o "Outubro Lilás" na Bolívia, mês de conscientização sobre as violências cometidas contra mulheres e as ações organizadas em cada departamento e município daquele país (Bolívia, 2013). É uma ação importante e que vem ao encontro da legislação brasileira voltada ao "Agosto Lilás" com as mesmas temáticas (Brasil, 2006; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2026). Assim como no Brasil, a Bolívia registrou mais casos de violência no período da campanha nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2026).

Um dos temas apresentados no VI Colóquio Internacional Mulheres da Fronteira, em 2024, realizado em Puerto Quijarro, Bolívia, com a presença de muitas autoridades daquele país, do Brasil e das universidades da região, foi o estudo de Bureman (2024), que discutiu o tráfico de pessoas na região da fronteira Brasil-Bolívia e as ações associadas que contribuem para o enfrentamento. Como produto do estudo, foi desenvolvido um folder informativo, voltado à população da região, em português e espanhol, que a Prefeitura de Puerto Quijarro, Bolívia, reproduziu em grande quantidade para distribuição em rodoviárias e estações bimodais na região de German Busch. Em 2025, Corumbá (MS), Brasil, também imprimiu a cartilha de Bureman (2024) para utilização pela Rede Municipal de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Atingimos o objetivo de realizar o colóquio e fazer com que o diálogo sobre as temáticas das violências cometidas contra mulheres chegasse ao público geral. Isso gerou muita informação científica traduzida para a comunidade.

O Colóquio Internacional Mulheres da Fronteira construído ao longo do tempo representa para a rede binacional de enfrentamento à violência contra mulheres um espaço de diálogos legislativos, de ações do Executivo de cada localidade, de ampliação da compreensão acerca das iniciativas internacionais,

como as declarações e conferências, que ampliam a compreensão sobre as condições das mulheres que vivem e convivem com situações de violência doméstica, sexual e outras manifestações, como os feminicídios, que chocam cada vez mais pela forma como o ódio às mulheres se apresenta no mundo, na América do Sul, nas fronteiras.

As redes de enfrentamento à violência contra mulheres de cada município do lado brasileiro e do lado boliviano trabalham em conjunto, encarando suas dificuldades técnicas, políticas, territoriais, com olhos voltados à parceria, às ferramentas e potencialidades do trabalho internacional, ao conhecimento sobre suas realidades e às bases legais que podem ser estratégicas no contexto da fronteira.

Em 2026, há uma conexão estabelecida. Os diálogos para construção de acordos de cooperação internacional no que se refere ao enfrentamento à violência contra mulheres vêm avançando. Há possibilidades de desenvolvimento binacional. Vislumbra-se a construção da Casa da Mulher Brasileira, no lado brasileiro da fronteira. Do lado boliviano, os avanços legislativos e o fortalecimento das estruturas de apoio às mulheres são visíveis e documentados. Isso é progresso no longo percurso do grupo Mulheres da Fronteira (Brasil, 2024).

Nos próximos anos, a forma de organização dos Colóquios se dará a partir das comunidades da região, das mulheres que integram esses encontros e que trazem outras a cada movimento que realizamos.

Considerações finais

Os resultados da perseverança de mulheres que aprendem-ensinam-aprendem sobre o significado de vivermos uma vida sem violências estão sendo transformadores para uma região pouco conhecida entre os países fronteiriços. O debate institucional no âmbito internacional está acontecendo

para consolidarmos estratégias conjuntas, mecanismos legais de proteção e acesso à justiça. Aos Estados (países) caberá a oficialização dessa rede internacional integrada, em que os diálogos sejam construtivos, educativos, acolhedores. Há espaço para todas e todos que desejam um mundo sem violência para as mulheres. Colóquio é diálogo, troca, vontade. Ainda há violências acontecendo todos os dias, em todos os lugares. Vamos enfrentá-las. Estamos juntas!

Referências

BARÓN, Y. D. **Meninas da guerrilha**: gênero e educação em situação de conflito armado na Colômbia. 2017. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, Corumbá (MS), 2017.

BOLÍVIA. Presidencia del Estado Plurinacional de Bolívia. L**ey nº 348 de 09 de marzo de 2013.** Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Disponible: www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo

BRASIL. **Presidência da República. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, que estabelece mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

BRASIL. Ministério das Mulheres. **Acordo de Cooperação Técnica Ministério das Mulheres 34/2024.** Brasília: DF, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mulheres/pt-br/acesso-a-informacao/convenios-e-transferencias/termo-de-execucao-descentralizada-ted/ted-2024/SEI_4157677_Acordo_de_Cooperacao_Tecnica_34.pdf/@@display-file/file

BUREMAN, N. C. **Tráfico de seres humanos na fronteira Brasil-Bolívia**: prevenção, combate e redes de proteção às vítimas. 2024. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, Corumbá, 2024.

CHAVES, M. R. C.; PALOS, C. M. C.; MARTINS, M. A. C. Gênero e vulnerabilidade entre mulheres migrantes em tempos de pandemia. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 92, p. 14091-14097, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v15i92p14091-14097. Acesso em: 18 ago. 2026.

COSTA, E. A. Mobilidade e fronteira: as territorialidades dos jovens de Corumbá, Brasil. **Revista Transporte y Territorio**, Buenos Aires, n. 9, p. 65-86, 2013. Disponível em: http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/rtt/article/view/304. Acesso em: 11 set. 2026.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **20º Anuário Brasileiro de Segurança**

Pública 2026. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2026. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/305.

HISSA, C. E. V. **A mobilidade das fronteiras**: inserções da geografia na crise da modernidade. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Instituto Nacional de Estadística**. 2026. **INE**. Disponible en: https://www.ine.gob.bo/. Consultado en: 22 sep. 2026.

LIMA, C. A. **Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual**: análise do caso de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a partir das representações sociais de seus gestores. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), 2014.

LIMA, W. A. **Violência contra a mulher**: uma análise sobre políticas de enfrentamento na fronteira Brasil-Bolívia. 2023. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal, Corumbá (MS), 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948. Disponível em: https://www.un.org/pt/about-us/universal-declaration-of-human-rights. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**. New York: ONU, 1979. Entrada em vigor em 1981. Disponível em: https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo: ONU, 1994. Disponível em: https://www.unfpa.org/icpd. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher: Convenção de Belém do Pará**. Belém do Pará: OEA, 1994. Disponível em: https://cidh.oas.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Programa de Ação da Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social**. Copenhague: ONU, 1995. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/dspd/world-summit-for-social-development-1995.html. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência Mundial sobre as Mulheres: Declaração e Plataforma de Ação de Beijing**. Beijing: ONU, 1995. Disponível em: https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/beijing-declaration-and-platform-for-action. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **X Cúpula Ibero-Americana de Chefes de Estado e de Governo: Declaração do Panamá**. Panamá: ONU, 2009. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10141.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **As mulheres do mundo 2010: tendências e estatísticas**. New York: ONU, 2010. Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/demographic/

products/Worldswomen/WW2010pub.htm. Acesso em: 11 set. 2026.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

SILVA, V. V. da; RUFINO, D. de S. Violência contra as mulheres na fronteira Brasil-Bolívia: possibilidades a partir da abordagem decolonial. **Revista Anômalas**, Catalão (GO), v. 4, n. 2, p. 13-31, jul./dez. 2024. Disponível em: https://periodicos.ufcat.edu.br/index.php/ra/article/view/74854. Acesso em: 17 ago. 2026.

UFMS. **Revista GeoPantanal**. Corumbá (MS): Geografia; Mestrado em Estudos Fronteiriços – CPAN/UFMS; Editora UFMS, v. 11, n. especial, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/issue/view/235. Acesso em: 11 set. 2026.

Capítulo 14

MULHERES, DESLOCAMENTOS CLIMÁTICOS E VIOLÊNCIAS: PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Fernanda Mendes Lages Ribeiro
Cristiane Batista Andrade

Introdução

A escrita deste capítulo[39] surge de experiências das autoras, autodeclaradas brancas e feministas, com pesquisas sobre e com mulheres migrantes no encontro entre cuidado e violências, cuja centralidade está nos deslocamentos em busca de melhores condições de vida e trabalho. Além disso, nós nos deparamos com o grave desastre ambiental no estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, em maio de 2024 e os casos de violências sofridas por mulheres, crianças e jovens em abrigos, o que motivou a construção do texto. Nesse sentido, destacamos, especialmente, o grave problema de saúde pública que permeia a vida de mulheres e suas famílias, notadamente crianças e jovens, em deslocamentos internos, como é o caso do RS, e em deslocamentos pelo continente latino-americano.

No caso do RS, uma enorme inundação atingiu 94% dos municípios, forçando mais de 600 mil pessoas a saírem de suas casas, sendo o maior

39 Este capítulo é o artigo publicado na revista Ciência e Saúde Coletiva (ID CSC-2024-1197), tendo sido autorizada pela revista a sua republicação nesta coletânea. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8V63z8QzBz7QsBDWqdM9gPt/?lang=pt

deslocamento em massa em três décadas (Café da Manhã, 2024; Ahumada; Sander, 2024; Souza, 2024). O atual governador havia autorizado mais inúmeras mudanças em regras ambientais, flexibilizando-as, o que vai ao encontro da última gestão do governo federal (2019-2022), que enfraqueceu políticas e instituições de controle socioambiental e incentivou a exploração predatória de recursos naturais. Ademais, há disputas históricas envolvendo a posse e a propriedade de terras, a exploração de recursos naturais, a presença maciça de grandes empreendedores rurais, garimpeiros e grileiros e a banalização da violência contra camponeses e povos tradicionais, bem como a violência policial, contexto que atinge, sobretudo, a região Norte (Santos; Parreiras; Cunha, 2024).

Para que um evento seja considerado desastre, deve haver a presença de ameaças de "origem natural e/ou tecnológica, exposição, condições de vulnerabilidade e capacidades de prevenção e respostas para reduzir os riscos. Desse modo, um desastre requer um conjunto de aspectos que envolvem condições físicas e sociais" (Freitas, 2021, p. 33), incluindo processos gerados naturalmente ou por ação humana e que requerem capacidades institucionais e governamentais de prevenção e resposta, "mitigação e reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde" (Freitas, 2021, p. 24). A medida da exposição, os impactos e o tempo de recuperação são diferentes para grupos populacionais e territórios, em razão de condições socioeconômicas e de vida, o que deve ser levado em conta em ações de prevenção e resposta que estimulem a resiliência das comunidades, entendida como adaptação e "processo de ajuste ao clima real ou esperado, à variabilidade climática, decorrente das mudanças climáticas, e seus efeitos" (Freitas, 2021, p. 42), englobando toda a rede intersetorial, incluindo escolas e serviços de saúde.

Diante do desastre no RS, o governo federal enviou recursos materiais, financeiros e humanos, incentivando o deslocamento de profissionais de saúde de outras regiões para prover cuidado à população local. Foram inúmeras as redes de solidariedade comunitária, envolvendo organizações da sociedade civil, artistas, profissionais da assistência social e defesa civil, para o

salvamento imediato de pessoas e animais. No entanto, a ineficácia das ações do Estado, enquanto garantidor de direitos humanos, reitera a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas que não apenas garantam a sobrevivência das pessoas, mas a recuperação e a prevenção de novos desastres. Em face dos projetos neoliberais implementados no RS e do desmantelamento das legislações ambientais, são necessárias ações céleres e eficazes para enfrentar este grave problema de saúde pública (Rizzotto; Costa; Lobato, 2024).

Este artigo propõe problematizar os deslocamentos climáticos e as violências sofridas por mulheres ao longo de seus percursos, tendo como objetivo visibilizar o tema e colaborar com reflexões para subsidiar a proposição e/ou aprimoramento de ações de cuidado sensíveis e culturalmente localizadas. Trazemos as perspectivas teóricas dos estudos interseccionais, ainda que brevemente, para compreender as opressões sofridas pelas mulheres em seus deslocamentos, apresentando o debate sobre violências e cuidado em saúde para que seus direitos e proteção sejam garantidos.

Mulheres em deslocamentos forçados climáticos, opressões e violências

> "[…] tudo que se tem a fazer é olhar para as nossas vidas fraturadas e textos fragmentados" (Anzaldúa, 2021, p. 162).

A escrita de Gloria Anzaldúa (2021) remete às opressões vivenciadas por mulheres, em diálogo crítico com as questões raciais, de gênero, classe, sexualidade, nacionalidade, geopolítica etc., considerando e complexificando os contextos sociais e históricos nos quais estão inseridas. Os estudos interseccionais apontam que, para além das intersecções destas categorias analíticas, há a necessidade de compreensão da historicidade para a construção de um pensamento crítico que interrogue uma sociedade intensamente marcada pelos

efeitos deletérios da colonialidade, do colonialismo e do capitalismo, na qual as mulheres foram e continuam sendo subjugadas pelo racismo, pelo sexismo e pelo classismo (Anzaldúa, 2021; Collins; Bilge, 2021; Curiel, 2019).

A partir da interseccionalidade, é possível compreender a diversidade entre as mulheres no contexto latino-americano, suas especificidades e opressões a partir de pertencimentos de raça, classe, território e sexualidade, entendendo que são as mulheres negras e indígenas que sofrem com o racismo que estrutura as relações sociais, além de outras marcas de opressão de maneira interconectada (Curiel, 2019). A interseccionalidade, um caminho teórico e metodológico, foi e é produzida, sobretudo, pelas mulheres negras, chicanas, pobres, estadunidenses e latino-americanas, que racializam as opressões e a consequente produção de vulnerabilidades, em contraponto ao feminismo branco que as universaliza, desconsiderando as marcas do racismo (Collins; Bilge, 2021; Curiel, 2019).

Os diversos cenários mundiais apontam que os desastres socioambientais, que cada vez mais assolam os países e obrigam muitas populações a deslocamentos internos ou internacionais, são um efeito colateral previsível e diagnosticável do modelo de desenvolvimento colonial-predatório que caracteriza o mundo ocidental, fruto do modo de produção capitalista neoliberal que produz efeitos em nível global. A natureza como recurso é explorada à exaustão, liquidando com a diversidade da flora e fauna, produzindo consequências que crescem em escala exponencial (Krenak, 2022; Pérez, 2019), como aquecimento global via desmatamento, emissão de poluentes industriais e queima de combustíveis fósseis. Como efeito deste regime, o desequilíbrio ambiental provoca, direta e indiretamente, extremos climáticos: secas, inundações, ondas de calor, incêndios, deslizamentos de terra e outros fenômenos que se constroem no encontro entre natureza e o modelo explorador capitalista.

Este ponto é central para compreender a complexidade histórica e social deste grave problema de saúde pública. A depender das intersecções

de opressões, as implicações e efeitos dos deslocamentos serão mais ou menos intensos e severos. Mulheres e meninas são as mais atingidas. Desterritorializadas em relação a seus espaços e referências de vida, sofrem com as violências de gênero que incluem a violência sexual, os casamentos forçados e infantis e têm dificuldades de acesso e permanência nos sistemas educacional e de saúde (Pérez, 2019).

Dados sobre deslocamentos climáticos são assustadores. Segundo o Instituto para Economia e Paz, pessoas desalojadas em função de desastres climáticos podem chegar a 1,2 bilhão em 2050; o Banco Mundial afirma que os deslocados internos serão, até o mesmo ano, 216 milhões; a ONU indica que 80% das pessoas que precisam abandonar seus lares são mulheres (Ahumada; Sander, 2024; Maes, 2023).

São as periféricas e negras as mais atingidas pelas secas, enchentes e deslizamentos, que, diante das perdas de moradia e redes de apoio, enfrentam a reorganização da vida, falta de alimentos e água potável e violências de gênero. Nos desastres ambientais, há a intensificação do trabalho de cuidado, trazendo implicações para a saúde física e mental das mulheres (Nunes; Belmont, 2021). Este trabalho envolve as ações e sentimentos de responsabilidade nas atividades com pessoas vulnerabilizadas ou não, sendo realizado no espaço doméstico, geralmente de maneira gratuita, por mulheres, ou na esfera produtiva, com pouco *status* social e má remuneração, sendo considerado extenuante (Borgeaud-Garciandía, 2020).

Vivenciar os efeitos dos desastres ambientais é, para as mulheres, ter que lidar com o cuidado familiar sem redes de apoio informais ou do próprio Estado, para seguirem a vida. Esta assertiva é corroborada por pesquisas sobre mulheres e desastres ambientais no Chile, Nepal e Peru, nas quais foi verificado o aumento das atividades de cuidado familiar e comunitário, como busca por água potável e alimentos, realização do cuidado físico e emocional com pessoas doentes e crianças, pouco tempo para encontrar emprego, além de preocupações e incertezas com futuras ocorrências climáticas (Reyes,

2002; Saavedra *et al.*, 2019; Bradley *et al.*, 2023), circunstâncias que se inter-relacionam com o aumento do estresse, especialmente entre as mulheres grávidas, que enfrentam complicações durante o ciclo gravídico-puerperal (Reyes, 2002). Muitas mulheres buscam alternativas comunitárias para o enfrentamento e prevenção de outros desastres, assumindo, muitas vezes, a liderança desses movimentos, o que intensifica a sobrecarga de trabalho em uma sociedade neoliberal e patriarcal (Reyes, 2002; Saavedra *et al.*, 2019).

São inúmeros os registros de violações de direitos humanos à vida, habitação e educação, assim como a incidência de violências psicológica, física e sexual, atravessadas pelo sexismo, racismo e xenofobia, além de roubos, furtos e saques em lojas e residências. Em todos estes casos, são mulheres e meninas as mais expostas (Marie, 2024). Segundo Maes (2023), a crise do clima atinge, desproporcionalmente, as mulheres, provocando não apenas deslocamentos, mas violência, evasão escolar, perda de renda e casamento infantil. A covid-19, uma emergência sanitária global que atingiu desproporcionalmente populações, expôs a marginalização interseccional dessas populações, o controle masculino e a violência de gênero, aumentando diversas expressões de violência (Maes, 2023; Noal; Damásio; Freitas, 2020).

A violência contra mulheres não é um cenário novo, especialmente na América Latina. No Brasil, entre 2012 e 2022, 48.289 mulheres foram assassinadas. Em 2022, 66,4% das vítimas eram negras, com 1,7 vezes mais chances de serem violentadas em comparação às não negras, evidenciando o racismo estrutural e institucional brasileiro. A maioria das agressões ocorre dentro dos lares, sendo cometidas por homens conhecidos como parentes e namorados, ex-namorados e maridos (Cerqueira; Bueno, 2024). Em emergências, alguns fatores contribuem para a piora deste quadro: mudanças bruscas nas configurações familiares, desemprego, perda temporária ou permanente da casa, estresse elevado, enfraquecimento de redes de apoio, adoecimento físico e psíquico e ideação suicida (Noal; Damásio; Freitas, 2020).

As violências contra mulheres fazem parte de uma realidade mundial. Nos deslocamentos forçados por desastres ambientais, que envolvem graves violações de direitos, essas situações tendem a se exacerbar, pois é necessário deixar territórios em busca da sobrevivência em abrigos temporários e separar-se de redes de apoio, aumentando a suscetibilidade às violências doméstica e sexual e ao tráfico de pessoas para a exploração sexual. Diante do aumento do consumo de álcool pelos companheiros, da pobreza, das violências sofridas por elas e perpetradas por parceiros íntimos, o estresse acomete grande parcela das mulheres (Bradley *et al.*, 2023).

Políticas de cuidado para mulheres em situação de violência em desastres climáticos

A dura realidade das mulheres no RS envolve perdas de vidas e de familiares, além de violências cotidianas que não cessaram no desastre. Elas e suas crianças enfrentaram situações de violência, como abusos físicos e sexuais, nos abrigos de acolhimento, o que foi denunciado (Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Marques, 2024; Ely, 2024) e levou o Ministério das Mulheres a elaborar um protocolo estabelecendo a obrigatoriedade de "um local para fazer esse tipo de denúncia, banheiros exclusivos para mulheres, abrigos exclusivos para mulheres e crianças, atendimento psicológico e itens específicos em meio às doações que chegam ao estado" (Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Marques, 2024).

É fundamental o estabelecimento de ações para a garantia de direitos por meio da formulação de políticas e do aprimoramento das existentes, tornando-as mais inclusivas e englobando as dimensões individual e coletiva frente ao avanço do processo de insustentabilidade da vida, que atingirá um número cada vez maior de pessoas e territórios e que exigirá de governos nacionais e da comunidade internacional a elaboração de ações de proteção, atenção e acolhimento (Café da Manhã, 2024; Ahumada; Sander, 2024). Em

função da heterogeneidade das mulheres que se deslocam e de suas vivências, tais ações precisam ser construídas respeitando as especificidades e intersecções de opressões que as vulnerabilizam em diferentes medidas.

No contexto do desastre do RS, foi protocolado, em maio de 2024, o Projeto de Lei que institui a Política Nacional dos Deslocados Ambientais e Climáticos (PNDAC), estabelecendo direitos e diretrizes para a proteção pelo Poder Público. O projeto foi construído coletivamente pelo Instituto Marielle Franco, Instituto duClima e Rede Sul-Americana para as Migrações Ambientais (Resama) (Café da Manhã, 2024; Ahumada; Sander, 2024; Hilton; Accorsi; Xacriabá, 2024). O PL estabelece a garantia de direitos e de resposta humanitária do Estado, recursos financeiros e estratégias para reconstrução da vida, como habitação, trabalho e proteção às pessoas deslocadas e identificação de pessoas vulneráveis (Ahumada; Sander, 2024).

O acesso à saúde e à assistência social de pessoas nacionais e estrangeiras é garantido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), independentemente do território de moradia. Famílias em situação de vulnerabilidade e risco social têm direito a benefícios como os de redistribuição de renda (Andrade; Ribeiro; Mendes, 2023) e de apoio em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014).

Para a tomada de decisão e a ação, é necessário conhecer o perfil das pessoas atingidas e suas necessidades, incluindo ações emergenciais como abrigamento, assistência jurídica, social e psicológica, alimentação e medicamentos, bem como ações de médio e longo prazos para reintegração e reconstrução de vidas, garantindo o acesso às políticas sociais de forma intersetorial e interdisciplinar. Diante do cenário que prevê novos desastres socioambientais, é preciso a elaboração de documentos com medidas a serem tomadas para redução de danos e proteção da população (Ahumada; Sander, 2024), incluindo o planejamento de estratégias de proteção de mulheres e crianças, especialmente de prevenção de violências.

A articulação e o fortalecimento das redes de saúde, de assistência social e outras, como as da sociedade civil, são fundamentais para fortalecer os equipamentos públicos e privados, seus profissionais e gestoras(es), o tecido comunitário e as redes familiares e de vizinhança, uma vez que apoiam e cuidam da população. No campo da saúde mental, a atenção psicossocial orienta-se para a atenção e o cuidado diante do sofrimento psíquico, focando na produção de vínculos e intervenções intersetoriais a partir das necessidades das pessoas, famílias e comunidades, buscando minimizar vulnerabilidades e violências (Conselho Federal de Psicologia, 2021) e garantir o acesso a serviços emergenciais de acordo com as especificidades de gênero.

Bradley *et al.* (2023) recomendam, a partir de uma perspectiva generificada das violências "secundárias" associadas aos desastres, a atenção às complexas relações entre gênero e violências e o desenvolvimento de ações para mitigá-las. Espaços como abrigos devem ser iluminados e garantir privacidade às famílias e banheiros separados por gênero. Além disso, deve haver canais de comunicação para notificações de violências e estratégias de cuidado inter e intrasetoriais para enfrentar riscos associados às violências contra as mulheres.

É fundamental que as(os) profissionais estejam atentas(os) ao risco de aumento das violências contra as mulheres e à importância de seu acolhimento e escuta qualificados. A rede de proteção e atenção psicossocial precisa ser fortalecida e seu acesso garantido. Os serviços de saúde devem obrigatoriamente notificar casos suspeitos ou confirmados de violências contra populações vulneráveis, como preconizado pela Portaria nº 1271/2014, objetivando gerar informações para a tomada de decisão, tanto para os casos específicos quanto para o aprimoramento de políticas de enfrentamento e garantia de direitos (Noal; Damásio; Freitas, 2020).

Considerações finais

Diante do cenário contemporâneo, cujo modelo explorador aponta para um agravamento de emergências e desastres provocados por ação humana, que atingem diretamente o Sul Global, prevemos um aumento dos deslocamentos de populações vulnerabilizadas, com perda de referência territorial, mortes e violências.

Mulheres já acumulam opressões interseccionadas, exacerbadas pela colonialidade e pelo colonialismo, tendo as piores condições de vida, trabalho e alimentação, conjugando, subjetiva e materialmente, os trabalhos de cuidado produtivo e reprodutivo. Elas são expulsas de suas casas e saem em busca, voluntária ou involuntariamente, de melhores condições de vida, ou mesmo de sobrevivência, para si e seus familiares, notadamente crianças e jovens. Nos deslocamentos por motivos climáticos, o retorno aos territórios originais de pertencimento pode ou não ser possível, demandando, com isso, atenção, proteção e cuidado para reconstrução de vidas. É fundamental, portanto, que as redes locais sejam fortalecidas para apoiar este processo e garantir que nenhuma mulher esteja exposta à violência durante as ações emergenciais e as de médio e longo prazos, uma vez que elas têm o direito fundamental à vida e à saúde.

Referências

AHUMADA, M.; SANDER, I. Rio Grande do Sul tem meio milhão de migrantes climáticos em razão da enchente: entenda o que é isso. **Miguel Ahumada**, 2024. Disponível em: https://miguelimigrante.blogspot.com/2024/05/rs-tem-meio-milhao-de-migrantes.html. Acesso em: 4 jul. 2024.

ANDRADE, C. B.; RIBEIRO, F. M. L.; MENDES, C. H. F. **Migração, trabalho e violência**: interfaces com a saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61402. Acesso em: 11 set. 2026.

ANZALDÚA, G. **A vulva é uma ferida aberta e outros ensaios**. Rio de Janeiro: A Bolha, 2021.

BORGEAUD-GARCIANDÍA, N. Cuidado y responsabilidad. **Estudos Avançados**, São Paulo,

v. 34, n. 98, p. 41-56, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.004. Acesso em: 21 maio 2020.

BRADLEY, T.; MARTIN, Z.; UPRETI, B. R.; SUBEDU, B.; SHRESTHA, S. Gender and disaster: the impact of natural disasters on violence against women in Nepal. **Journal of Asian and African Studies**, v. 58, n. 3, p. 354-371, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/00219096211062474. Acesso em: 24 jun. 2024.

CAFÉ DA MANHÃ. **A tragédia no RS criou refugiados climáticos?** [Podcast]. 2024. Disponível em: https://open.spotify.com/episode/1ZcBdE9NXPA9ZNoaGRdxg4. Acesso em: 4 jul. 2024.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. **Atlas da violência 2024**. Brasília, DF: Ipea; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes. Acesso em: 25 jun. 2024.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres**. Brasília, DF: CFP; Mc&g Design Editorial, 2021. 96 p.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: HOLLANDA, H. B. de (org.). **Pensamento feminista**: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 120-139.

ELY, L. **Abuso sexual em abrigos e nas ruas vira outro pesadelo no RS**. *Metrópoles*, 2024. Disponível em: https://www.metropoles.com/brasil/abuso-sexual-em-abrigos-e-nas-ruas-vira-outro-pesadelo-no-rs. Acesso em: 4 jul. 2024.

FREITAS, C. M. (org.). **Guia**: preparação para resposta à emergência em saúde pública por inundações graduais. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2021.

HILTON, E.; ACCORSI, A.; XAKRIABÁ, C. **Projeto de Lei nº 1.594, de 2024: institui a Política Nacional dos Deslocados Ambientais e Climáticos**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2431186. Acesso em: 4 jul. 2024.

KRENAK, A. **Futuro ancestral**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2022. 128 p.

MAES, J. **De perdas econômicas a aumento na violência, mulheres são mais impactadas pelas mudanças no clima**. *Folha de S.Paulo*, 2023. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/ambiente/2023/03/de-perdas-economicas-a-aumento-na-violencia-mulheres-sao-mais-impactadas-pelas-mudancas-no-clima.shtml. Acesso em: 4 jul. 2024.

MARIE, F. **A crise climática também é uma questão feminista**. *AzMina*, 2024. Disponível em: https://azmina.com.br/colunas/mulheres-e-a-crise-climatica-uma-questao-feminista/. Acesso em: 4 jul. 2024.

MARQUES, A. O agravamento da vulnerabilidade das mulheres e crianças em meio ao desastre climático no RS. **Jornal da Universidade**, Porto Alegre, 28 maio 2024. Disponível em: https://www.ufrgs.br/jornal/o-agravamento-da-vulnerabilidade-das-mulheres-e-criancas-em-

meio-ao-desastre-climatico-no-rs/. Acesso em: 9 out. 2024.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2014.

NOAL, D. S.; DAMÁSIO, F.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19**: violência doméstica e familiar na pandemia de covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEPEDES, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41121. Acesso em: 4 jul. 2024.

NUNES, J.; BELMONT, M. **Enchentes, deslizamentos, falta de água**: como a crise climática chega nas mulheres periféricas. 2021. Disponível em: https://generoeclima.oc.eco.br/enchentes-deslizamentos-falta-de-agua-como-a-crise-climatica-chega-nas-mulheres-perifericas/. Acesso em: 20 jun. 2024.

NUÑEZ, G. **Descolonizando afetos**: experimentações sobre outras formas de amar. São Paulo, SP: Planeta do Brasil, 2023.

PÉREZ, B. F. **Perspectiva de género en las migraciones climáticas**. 2019. Disponível em: https://migracionesclimaticas.org/wp-content/uploads/2019/11/Informe_ECODES_MC_Perspectiva_de_genero_en_las_migraciones_climaticas.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.

REYES, R. R. Gendering responses to El Niño in rural Peru. **Gender & Development**, v. 10, n. 2, p. 60-69, jul. 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13552070215907. Acesso em: 26 jun. 2024.

RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. V. C. Crise climática e os novos desafios para os sistemas de saúde: o caso das enchentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, e141ED, 2024. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9837. Acesso em: 9 out. 2024.

SAAVEDRA, J.; RUBIO-CARRASCO, C.; VALENZUELA-CONTRERAS, K.; BALBOA JIMÉNEZ, V. Memoria local y afrontamiento de desastres climáticos: el caso de liderazgos de mujeres en Nonguén. **Región y Sociedad**, v. 31, e1240, 2019. Disponível em: https://regionysociedad.colson.edu.mx:8086/index.php/rys/article/view/1240. Acesso em: 24 jun. 2024.

SANTOS, M. P.; PARREIRAS, A.; CUNHA, V. H. **Boletim de Análise Político-Institucional**: dinâmicas da violência na região norte. Brasília, DF: Ipea, n. 36, jan. 2024.

SOUZA, D. **Rio Grande do Sul tem 94% dos municípios atingidos pelas enchentes**. *Metrópoles*, 2024. Disponível em: https://www.metropoles.com/brasil/rio-grande-do-sul-tem-94-dos-municipios-atingidos-pelas-enchentes. Acesso em: 4 jul. 2024.

Capítulo 15

MULHERES IMIGRANTES E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Heloísa Maria Martins Pérez
Polyana Peixoto Pinheiro
Cristina Gonçalves Rodrigues
Joyce Lara Gonçalves Guedes
Munique Therense Costa de Morais Pontes

O capítulo "Mulheres imigrantes e violência obstétrica" tem como propósito apresentar conceitos relacionados a essas duas temáticas, estabelecendo aproximações que possibilitem compreender como práticas de saúde podem se articular a processos de exclusão e desigualdade. Propomos uma reflexão sobre essas camadas de violência e seus impactos, não apenas sobre o corpo, mas sobre a saúde integral das mulheres migrantes.

Inicialmente, discute-se o que se entende por violência obstétrica e direitos reprodutivos, situando suas manifestações e os impactos sobre a saúde e a dignidade das mulheres. Em seguida, apresenta-se um panorama das legislações e diretrizes oficiais que orientam o enfrentamento da violência obstétrica. Por fim, apresentam-se desafios contemporâneos que tensionam ainda mais o direito ao parto digno, seguro e respeitoso. Busca-se, assim, contribuir para o debate sobre como construir práticas de cuidado comprometidas com a efetivação da justiça reprodutiva, garantindo às mulheres o direito de decidir, viver a maternidade de forma digna e acessar serviços de saúde livres de violência.

Em manhãs frias ou quentes, mulheres imigrantes que vivem no Brasil chegam às unidades de saúde buscando assistência obstétrica. Seja em uma Unidade de Saúde da Família para consulta de pré-natal, em maternidade para suporte ao trabalho de parto, em um serviço de atenção às vítimas de violência para acesso ao aborto legal ou em outros serviços, as mulheres esperam diálogos que apresentem e descrevam os procedimentos a serem realizados em seus corpos e possibilitem sua participação na tomada de decisão; condutas que expressem o interesse profissional em estabelecer comunicação efetiva, reduzindo os impactos das barreiras linguísticas; e intervenções que manejem a dor física e amparem as inseguranças (Supimpa *et al.*, 2023).

Quando lemos resultados de pesquisas que falam sobre assistência obstétrica às mulheres imigrantes, nos deparamos com realidades diversas. Existem histórias de cuidado e proteção à dignidade e existem histórias de violência na assistência à saúde (Supimpa *et al.*, 2023). No emaranhado de notícias, relatos e histórias, identifica-se a violência obstétrica. São pré-natais, partos e procedimentos induzidos sem explicações claras, intervenções realizadas sem que se julgue necessário esperar uma resposta consentida, acompanhadas de comentários que comunicam a ideia de que a mulher estrangeira é indesejada. Essas histórias não são exceção. Pelo contrário, revelam como o sistema obstétrico pode ser instrumento de controle dos corpos e violação da dignidade humana, especialmente quando operado sobre corpos considerados "fora do lugar", como os de mulheres migrantes, racializadas e pobres.

Violência obstétrica

A história da temática da violência obstétrica no Brasil guarda uma estreita relação com a pauta migratória, pois o conceito apareceu pela primeira vez numa lei venezuelana e, após isso, foi inserido na agenda brasileira. Em

uma investigação conceitual mais aprofundada, Marques Pulhez (2021) aponta que o termo "violência obstétrica" é utilizado por diferentes pessoas e possui significados distintos, residindo nessa imprecisão a força que impulsiona a difusão do tema. Dado esse cenário, neste capítulo usaremos o conceito conforme abordado na Lei nº 4.848/2019 (Amazonas, 2019), cuja origem é a legislação venezuelana (Venezuela, 2007).

Nessa abordagem:

> entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres durante o pré-natal, parto, puerpério ou em abortamento, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada por membros que pertençam à equipe de saúde, ou não, sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia (Amazonas, 2019).

Esse conceito apresenta uma série de discussões condensadas nas palavras que enunciam a problemática. Ao dividi-lo, podemos destacar quatro núcleos centrais: 1) apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos; 2) perda da autonomia e tomada de decisão sobre seus corpos e sexualidade; 3) impactos da violência obstétrica; 4) autores da violência obstétrica. Cada um desses núcleos é objeto de intensas discussões. Neste capítulo, focaremos no primeiro.

A expressão "apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos" diz respeito a como governos, instituições e seus representantes organizam e cuidam das vidas das pessoas, incluindo o que decidem sobre os corpos, como os percebem, os significados que dão às suas potencialidades e limitações, e como agem para que normas ou regras sociais sejam encarnadas. Nessa perspectiva, ocorre apropriação quando as decisões relacionadas ao cenário obstétrico e à forma de ter filhos evidenciam a exclusão ou a alienação da

mulher da tomada de decisão. A apropriação dos corpos ressalta a interconexão entre os saberes das ciências da saúde e o poder exercido pela instituição assistencial (ou seus representantes), materializada em práticas que ignoram pedidos relacionados às necessidades básicas da mulher, coagindo-a a aceitar uma decisão; manipulam ou omitem informações para obter consentimento; constrangem, humilham, silenciam, dentre outras ações similares.

De acordo com Le Breton (2007), o corpo é o lugar em que nascem e se espalham as significações que dão sentido à nossa vida, tanto pessoal quanto em comunidade. Ele é o ponto de conexão com o mundo, o espaço e o tempo em que nossa existência ganha forma. Por meio do corpo, o ser humano se apropria de sua própria vida e compartilha essa experiência com os outros. O corpo está conectado a uma rede complexa de relações sociais, que, por meio da forma como falamos e nos comunicamos, criam significados, crenças e influenciam o mundo ao nosso redor. Essas relações moldam como nos vemos e como somos vistos, afetando nossas normas, formas de expressão e questões políticas. Ou seja, o corpo não é só físico, mas também é influenciado pelo que a sociedade pensa e diz sobre ele (Fernandes, 2023).

Sob essa ótica, a violência obstétrica pode ser considerada um grave problema de saúde pública, pois traz impactos profundos não apenas à saúde física, mas também à saúde emocional e psicológica das mulheres (OMS, 2014).

A discussão sobre violência obstétrica se insere no contexto amplo de debates sobre as questões de gênero que atravessam os saberes sobre a saúde da mulher. No livro *"Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher"* (Rohden, 2009), destaca-se que os discursos médicos do século XIX sobre o corpo feminino enfatizaram uma ideia de corpo defeituoso, necessitado de intervenções médicas para corrigi-lo, mantê-lo seguro ou estável.

Nesse cenário, por vezes, tem-se o que Illich (1975) denominou "iatrogênese", processo em que a medicina, ao tentar cuidar da saúde, acaba causando problemas de saúde para depois tentar corrigi-los. Atualmente,

cirurgias cesarianas eletivas e a condução do parto em posição litotômica[40] podem ser vistas como exemplos de iatrogênese clínica, que contribuem para a perda da autonomia das pessoas.

Assim, o entendimento do parto como um evento fisiológico, antropológico, social e psicológico, e não apenas como um ato médico, traz consigo a ideia fundamental de que as mulheres devem ser o centro desse processo. Isso implica uma mudança de perspectiva, em que as mulheres não são vistas apenas como pacientes passivas, mas como protagonistas da própria experiência de parturição. Essa abordagem desafia a relação de poder no cenário do parto, que historicamente tem sido dominada pelos profissionais de saúde, e propõe um modelo mais respeitoso e colaborativo, em que a autonomia da mulher é reconhecida e valorizada.

Ao repensar o parto sob essa ótica, promove-se não apenas a humanização do cuidado, mas também a justiça reprodutiva. Tal perspectiva aborda os direitos reprodutivos não só pela ótica do direito privado ("Meu corpo, minhas regras"), mas reflete sobre as estruturas sociais que permitem que violências ocorram, sobretudo, contra mulheres marginalizadas.

Direitos reprodutivos

A relação entre a reprodução e os direitos humanos foi reconhecida globalmente somente em 1994, durante a Conferência Internacional de Populações e Desenvolvimento (CIPD) (Organização das Nações Unidades, 1994), realizada no Cairo. Desde então, diversos países têm avançado significativamente no debate que envolve gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Contudo, embora o Brasil tenha tido uma atuação pioneira na CIPD, a garantia dos direitos reprodutivos ainda representa um desafio para o país, especialmente quando se trata das camadas mais vulneráveis da população, o que inclui as mulheres migrantes (Silva, 2024).

40 Postura corporal em que a mulher permanece deitada em decúbito dorsal, com os quadris e joelhos flexionados, as coxas afastadas e os pés apoiados em perneiras ou suportes.

O que são direitos reprodutivos

Os direitos reprodutivos são fundamentados em princípios e normas nacionais e internacionais de direitos humanos que asseguram o exercício individual, livre e responsável da própria reprodução. A discussão sobre direitos reprodutivos está frequentemente interligada ao debate sobre direitos sexuais. Para uma melhor compreensão, fontes como ACNUR (2021), Lima (2021), Vick (2021) e Rodrigues (2024) elencam os direitos reprodutivos da seguinte forma: a) eles garantem que todas as pessoas possam decidir se querem ou não ter filhos, quando e quantos filhos desejam ter, além de determinar os intervalos entre os nascimentos; b) esses direitos também incluem o acesso a informações, métodos e serviços de saúde para o planejamento familiar, de modo que as escolhas reprodutivas sejam feitas de forma autônoma e informada; c) garantem tratamento de saúde para as mulheres que querem engravidar; d) asseguram o tratamento humanizado para a mulher durante toda a gravidez (pré-parto, parto e pós-parto), respeitando a sua autonomia e seu corpo, protegendo-a de violência obstétrica; e) garantem a possibilidade de interromper a gravidez nas hipóteses previstas em lei (no Brasil a interrupção pode ser realizada quando a gestação é causada por estupro, quando há risco de vida para a gestante e no caso de anencefalia fetal); f) asseguram o gozo de licença-maternidade sem constrangimento ou discriminação; g) além disso, protegem as pessoas contra discriminação, coerção, violência ou qualquer forma de restrição, assegurando que a sexualidade e a reprodução sejam exercidas com dignidade e respeito.

Os direitos reprodutivos, bem como a própria saúde sexual e reprodutiva, tornam-se ainda mais vulneráveis durante o processo de transição e adaptação a um novo país. Em relação à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes refugiadas no Brasil, Lavor (2024, p. 12) menciona que elas são "particularmente afetadas em seu percurso rumo a outro país, seja reforçando os motivos de sua partida, seja nos riscos que se colocam durante o trajeto, ou ainda nos processos de adaptação para onde migram".

Em virtude disso, o Ministério da Saúde lançou uma nota técnica para orientar gestores e profissionais da rede a oferecerem o cuidado integral mais adequado aos migrantes, refugiados e apátridas no âmbito do SUS. Uma das bases legais é a Lei de Migração, Lei Federal nº 13.445, de 24 de maio de 2017 (Brasil, 2027), que garante o acesso a serviços públicos de saúde, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (Brasil, 2024). É necessária a mobilização em diversas esferas, incluindo a participação das mulheres migrantes, para atender às necessidades e superar os desafios que fazem parte da realidade atual.

Panorama de legislações e diretrizes oficiais

Um dos marcos mais importantes para a prevenção de violências no campo da assistência à saúde foi a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 10 de dezembro de 1948, pela Organização das Nações Unidas (ONU). Por meio dela, houve a inserção da igualdade de gênero entre homens e mulheres como direito internacional dos direitos humanos, o que representou um marco para uma série de conquistas posteriores.

Com o objetivo de ampliar as iniciativas para a erradicação de atos configurados como violência obstétrica, em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a declaração *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.* Nela constam diversas medidas que devem ser adotadas pelas organizações. Essa iniciativa teve como objetivo promover maior engajamento, debate, investigação e mobilização em torno das violações que ocorrem no cenário de parturição. Sua finalidade é prevenir e erradicar situações de desrespeito e violência sofridas por mulheres durante o atendimento ao parto em instituições de saúde em todo o mundo.

No que se refere especificamente à América do Sul, países como Venezuela e Argentina foram os primeiros a abordar a violência obstétrica por

meio de uma legislação específica, ainda na década de 2000. O Brasil ainda não conta com uma lei federal que defina e tipifique o que é violência obstétrica. Existem iniciativas estaduais, como a do Amazonas, que buscam implementar medidas de combate a violações de direitos na assistência à saúde. Há, ainda, legislações relacionadas à violência contra a mulher que podem ser utilizadas para tomada de decisão em caso de violência obstétrica. São elas:

a. A Lei Maria da Penha nº 11.340/2006, que, embora tenha sido inicialmente criada para combater a violência doméstica e familiar contra a mulher, também pode ser utilizada no contexto jurídico em casos de violência obstétrica. Isso acontece quando a agressão é cometida pelo parceiro ou ex-parceiro da gestante, caracterizando uma situação de violência doméstica;
b. A Lei Federal nº 11.108/2005, popularmente conhecida como "Lei do acompanhante", que determina, em seu artigo 19, que "os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato". O acompanhante é indicado pela parturiente e de sua livre escolha;
c. A Lei nº 13.257/2016, que, ao estabelecer princípios para a primeira infância, garante às gestantes acesso à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de assistência nutricional e cuidados em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal.

Existem também diretrizes oficiais, no âmbito do Poder Executivo, que regulam as formas de assistência e atendimento às mulheres.

A Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, integrada à Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), foi instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1º de junho de 2000, por meio da Portaria nº 569/GM/MS. Ela representou um marco importante na luta por uma assistência mais ética, respeitosa e centrada na mulher no contexto obstétrico brasileiro.

Entre seus principais avanços estão a valorização do protagonismo feminino, a promoção do parto normal e o combate às práticas intervencionistas sem indicação clínica.

Essa política estabelece diretrizes como o direito à presença de acompanhante, o respeito à autonomia da gestante, o incentivo às boas práticas baseadas em evidências científicas, o vínculo precoce entre mãe e bebê e a criação de ambientes de parto mais acolhedores e menos medicalizados.

O Brasil conta, ainda, com a Rede Alyne, rede temática de atenção à saúde das mulheres, instituída em substituição à Rede Cegonha, pela Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. A Rede Alyne mantém a atenção ao protagonismo da mulher no cenário obstétrico, bem como a valorização da efetiva instituição da rede de cuidados e insere no cenário assistencial, entre outras, a perspectiva de promover a equidade a partir do combate às disparidades em saúde provocadas pela marginalização ou invisibilidade dos marcadores étnico-raciais. Dessa forma, aproxima a busca pelo cuidado integral e equitativo da promoção da justiça reprodutiva, almejando combater as opressões reprodutivas que produzem mortalidade materna. De forma complementar, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, publicadas em 2017, representam um importante instrumento técnico e normativo para orientar profissionais e serviços de saúde na promoção de partos seguros, respeitosos e baseados em evidências científicas. As diretrizes reforçam a importância do consentimento informado, do respeito às decisões da gestante, da redução de intervenções desnecessárias e da valorização das práticas não farmacológicas de alívio da dor.

Embora todas essas diretrizes oficiais não tenham sido criadas com foco específico nas mulheres imigrantes, seus princípios de equidade e respeito aos direitos humanos aplicam-se a todas. Esses documentos configuram importantes referências na construção de um modelo de assistência obstétrica orientado pela ética do cuidado. No entanto, sua efetividade ainda encontra entraves significativos na cultura institucional autoritária, na formação

biomédica dos profissionais de saúde e na ausência de mecanismos consistentes de fiscalização e responsabilização diante de abusos. As mulheres imigrantes enfrentam barreiras como dificuldades linguísticas e culturais, ausência de documentação, medo de buscar atendimento, racismo e xenofobia.

Em decorrência da ausência de uma legislação federal específica que trate da violência obstétrica como categoria jurídica autônoma, o princípio da dignidade da pessoa humana é frequentemente utilizado como base argumentativa em decisões judiciais que reconhecem violações no contexto do parto e do nascimento. Nesse cenário, os direitos fundamentais tornam-se não apenas uma forma de proteção, mas também um instrumento jurídico de resistência e reivindicação por um cuidado obstétrico verdadeiramente humanizado, especialmente para mulheres em situação de maior vulnerabilidade, como as imigrantes (Spacov; Silva, 2019).

Desafios contemporâneos

A atenção à saúde materna no Brasil enfrenta adversidades estruturais significativas que comprometem a qualidade da assistência e os direitos das gestantes. Problemas como os altos índices de mortalidade materna, a elevada taxa de cesáreas desnecessárias, a baixa qualidade no acompanhamento pré-natal e a limitada disponibilidade de leitos de maternidade revelam deficiências organizacionais profundas no sistema de saúde. Tais entraves não são apenas falhas técnicas ou operacionais, mas também expressam um modelo de cuidado que muitas vezes ignora a complexidade social, cultural e emocional que envolve a experiência da gestação e do parto (Pitta *et al*., 2024).

Nas últimas décadas, cresceram os debates sobre as práticas obstétricas brasileiras, que frequentemente se mostram marcadas pela excessiva medicalização, pela desconsideração da autonomia da mulher e por situações de violência. O modelo tecnocrático e intervencionista, que transformou

o parto em um processo quase industrial, desumaniza tanto o trabalho dos profissionais quanto a vivência das parturientes (Pitta *et al.*, 2024).

Essa lógica se mantém presente, mesmo diante de novas urgências contemporâneas. A crise climática, por exemplo, tem agravado desigualdades já existentes, impactando a saúde reprodutiva de populações vulneráveis, sobretudo em regiões periféricas e com menor infraestrutura. Eventos extremos como enchentes, secas e ondas de calor podem dificultar o acesso aos serviços de saúde, interromper rotinas de acompanhamento pré-natal e tornar ainda mais arriscado o deslocamento até as maternidades, o que evidencia as fragilidades dos itinerários de acesso ao cuidado obstétrico (Conway *et al.*, 2024).

Além disso, é necessário reconhecer que a violência obstétrica não é um fenômeno isolado, mas está inserida em um contexto de múltiplas vulnerabilidades. A mulher gestante, especialmente a mulher negra, pobre, indígena ou quilombola, carrega os impactos históricos do racismo estrutural, da desigualdade social e da negação de direitos básicos. O não reconhecimento de suas especificidades, de sua história e do seu lugar social reforça práticas autoritárias, desrespeitosas e, muitas vezes, violentas no momento do parto.

Diante desse cenário, a qualificação da atenção obstétrica exige mais do que investimentos técnicos. Ela demanda a reforma do modelo obstétrico brasileiro, a partir de uma transformação ética e política das práticas de cuidado, centradas na humanização e na promoção da autonomia da mulher. Isso inclui a adoção de condutas acolhedoras, o fortalecimento da horizontalidade nas relações entre profissionais e usuárias e a construção de uma escuta ativa e empática, que reconheça a gestante como um sujeito social com necessidades únicas e legítimas (Pitta *et al.*, 2024).

Promover uma atenção obstétrica humanizada e justa é, portanto, um desafio urgente e inadiável, não apenas no enfrentamento da violência obstétrica, mas também como resposta às complexas intersecções entre desigualdade, crise ambiental, acesso precário à saúde e os altos índices de morbimortalidade materna. Trata-se de garantir que cada mulher tenha o direito de parir com

dignidade, segurança e respeito, por meio da implementação de um modelo de assistência obstétrica baseado na justiça reprodutiva.

Referências

ACNUR – AGÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Cartilha direitos da mulher**: prevenção à violência e ao HIV/AIDS. [S. l.]: ACNUR, 2021. Disponível em: https://www.acnur.org/br/media/cartilha-direitos-da-mulher-prevencao-violencia-e-ao-hiv. Acesso em: 9 mar. 2025.

AMAZONAS (Estado). Lei nº 4.848, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas. **Diário Oficial do Estado do Amazonas**, Manaus (AM), 12 jul. 2019. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2019/10483/4848.pdf. Acesso em: 16 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL**.** Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 17 set. 2026.

BRASIL**.** Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 9 mar. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde – Portaria nº 569/2000. Acesso em: 17 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf. Acesso em: 17 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 17 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. ISBN 978-85-334-2477-7. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretrizes_partonormal_versaoreduzida_final.pdf. Acesso em: 17 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde lança nota técnica com orientações de atendimento a migrantes, refugiados e apátridas**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/saude-lanca-nota-tecnica-com-orientacoes-de-atendimento-a-migrantes-refugiados-e-apatridas. Acesso em: 9 mar. 2025.

CONWAY, F. *et al.* Climate change, air pollution and maternal and newborn health: an overview of reviews of health outcomes. **Journal of Global Health**, [S. l.], v. 14, 04128, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7189/jogh.14.04128. Acesso em: 5 mar. 2025.

DELPHY, C. Patriarcado (teorias do). In: HIRATA, H. *et al.* (orgs.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. p. 173-179.

FERNANDES, E. C. da S.; MONTEIRO, J. M. Sociologia do corpo. In: MEDEIROS, J. de L. (org.). **Ensino e educação: contextos e vivências**. Campina Grande: Licuri, 2023. v. 2, p. 177-190.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LAVOR, A. Migrantes venezuelanas nas fronteiras do SUS: pesquisa mostra saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes refugiadas no Brasil. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 264, set. 2024. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/refugiados/migrantes-venezuelanas-nas-fronteiras-do-sus/. Acesso em: 9 mar. 2025.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

LIMA, R. **Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres**. Brasília, DF: Núcleo de Promoção e Defesa das Mulheres da Defensoria Pública do Distrito Federal, 2021. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/informacoes/cidadania/nucleo-judiciario-da-mulher/parceiros/material-informativo-e-instrucional/cartilha-direitos-sexuais-e-direitos-reprodutivos-das-mulheres-edicao-2021-dpdf.pdf. Acesso em: 9 mar. 2025.

MARTINS, K.; ROSA, C. M. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. **Ciências Sociais Unisinos**, [S. l.], v. 56, n. 3, p. 254-265, 2020. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/csr/article/download/csu.2020.56.3.01/11903. Acesso em: 9 mar. 2025.

MARTINS, R. B. *et al.* Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-76, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010245. Acesso em: 9 mar. 2025.

MARQUES PULHEZ, M. Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito. **CSOnline: Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, [S. l.], n. 33, p. 64-91, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1981-2140.2020.31695. Acesso em: 16 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Paris: ONU, 1948. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos. Acesso em: 17 set. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programme of action**: adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York: United Nations, 1994. Disponível em: https://digitallibrary.un.org/. Acesso em: 18 de setembro 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2014.

PITTA, B. C. *et al.* Transformações na assistência ao parto no Brasil: desafios e perspectivas para a humanização com a participação de doulas e parteiras. **Periódicos Brasil**: Pesquisa Científica, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 291-308, 2024. Disponível em: https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/71/70. Acesso em: 5 mar. 2025.

RODRIGUES, C. G. **A experiência de mulheres sem filhos na tentativa de acesso à laqueadura na cidade de Manaus**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 245 p. (Coleção Antropologia & Saúde)

SILVA, L. R. de S. **Direitos reprodutivos e migração**: trajetórias de acesso e percepção sobre a qualidade nos serviços de saúde reprodutiva entre mulheres venezuelanas em São Paulo. 2024. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2024.

SPACOV, L. V.; SILVA, D. S. R. da. Violência obstétrica: um olhar jurídico desta problemática no Brasil. **Derecho y Cambio Social**, [S. l.], v. 16, n. 55, 2019. Disponível em: https://derechoycambiosocial.org/index.php/revista/article/view/242. Acesso em: 5 mar. 2025.

SUPIMPA, L. S. *et al.* Immigrant women's experience of labor and birth. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, número especial, e20220444, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en. Acesso em: 9 mar. 2025.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200689, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.200689. Acesso em: 9 mar. 2025.

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, Caracas, n. 5.890 extraordinario, 19 mar. 2007. Disponível em: http://www.psuv.org.ve/files/tcdocumentos/Ley_Organica_Sobre_el_Derecho_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Livre_de_Violencia.pdf. Acesso em: 16 maio 2025.

VICK, M. Direitos reprodutivos: uma história de avanços e obstáculos. **Nexo Jornal**, São Paulo, 5 set. 2021. Disponível em: https://www.nexojornal.com.br/explicado/2021/09/05/Direitos-reprodutivos-uma-hist%C3%B3ria-de-avan%C3%A7os-e-obst%C3%A1culos. Acesso em: 9 mar. 2025.

Capítulo 16

ESTRATÉGIAS PARA O ACOLHIMENTO DE MULHERES MIGRANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Júlia de Almeida Roffé Borges
Emilia Miranda Senapeschi
Wini de Moura Miguel

Introdução

Ao estudar questões migratórias, é fundamental adotar uma perspectiva interseccional que considere fatores como raça/cor, gênero, nacionalidade, idade e status migratório. Essa abordagem defende que os fenômenos sociais são complexos e multifacetados e, por isso, é impossível dissociar marcadores sociais como os já mencionados. Portanto, é preciso considerar as múltiplas dimensões da experiência humana para uma compreensão mais profunda das questões sociais (Collins e Bilge, 2020). Segundo as autoras:

> A interseccionalidade, ao reconhecer que a desigualdade social raramente é causada por um único fator, adiciona camadas de complexidade aos entendimentos a respeito da desigualdade social. Usar a interseccionalidade como ferramenta analítica vai muito além de ver a desigualdade social através de lentes exclusivas de raça ou classe; em vez disso, entende-se a desigualdade social através das interações entre as várias categorias de poder (Collins e Bilge, 2020, p. 48).

Segundo informações do Observatório das Migrações Internacionais (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025), existiam cerca de 1.700.000 pessoas migrantes vivendo no Brasil. Uma atualização divulgada em 2026, a partir do 12º Relatório Anual do OBMigra, estima cerca de 2 milhões de migrantes, de aproximadamente 200 nacionalidades, no país (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2026). Na base divulgada em 2025, cerca de 40% desse contingente era composto por mulheres, em sua maioria entre 25 e 40 anos e advindas da Venezuela. Diante desse número expressivo de imigrantes no país, mostra-se essencial discutir como acolher essa população, entendendo suas especificidades, como é o caso das mulheres que migram.

Pessoas migrantes estão expostas a múltiplas violências antes, durante e após o trânsito migratório. No caso das mulheres, elas podem ser vítimas de violência sexual, assédio, exploração e tráfico de pessoas ao longo do trajeto. Dias, Nunes e Gama (2020), em pesquisa de revisão, apontam diferentes fatores de risco que influenciam o adoecimento físico e psíquico de mulheres migrantes, como falta de rede de apoio, sobrecarga de funções, exploração sexual e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Em termos de saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, as autoras afirmam que, em comparação com as mulheres naturais do país de destino, as migrantes apresentam maiores taxas de complicações no parto e mortalidade materna. No conjunto da população migrante, considerando homens e mulheres, durante a pandemia da Covid-19, entre 2020 e 2021, pessoas migrantes estiveram mais vulneráveis à contaminação, sofreram maior prejuízo econômico – devido ao desemprego e a trabalhos informais precários – e apresentaram impactos negativos em sua saúde (OMS, 2022).

Em termos de violência sexual, Araújo *et al.* (2019), em revisão sistemática sobre o tema, encontraram 60 artigos que tratavam de violência sexual e pessoas refugiadas. Desses 60, 36 fizeram recortes de gênero, apresentando uma importante disparidade: em 89% dos casos, as principais vítimas eram mulheres. Na maior parte dos casos, a violência se caracterizou

pelo estupro, tendo como autor do crime, em certos casos, o próprio parceiro da vítima ou um homem conhecido, como também figuras de autoridade (como militares ou policiais). Uma estimativa divulgada pela ONU Mulheres (2017), com base em estudos acadêmicos, indicou que cerca de uma em cada cinco mulheres refugiadas ou deslocadas em contextos humanitários teria sofrido violência sexual, ressaltando-se a provável subnotificação. Fernandes e Onuma (2024) ampliam essa discussão ao mostrar que as vulnerabilidades das mulheres em situação de refúgio são multidimensionais e incluem, entre outros aspectos, fragilidades socioeconômicas e psicoemocionais, violência sexual, maternidade e territorialidade.

Santos, Drezett e Alves (2015), em estudo documental, encontraram uma amostra de 38 migrantes bolivianas que haviam realizado aborto em decorrência de estupro na cidade de São Paulo, entre 2002 e 2014. A maior parte dos crimes ocorreu em casa ou em situações de lazer e foi praticada por autores desconhecidos mediante ameaça física e verbal. Os autores alertam para uma possível subnotificação de casos de violência, supondo que isso possa ocorrer devido ao medo de retaliação, ao preconceito, à vergonha e à situação migratória irregular. Isso faz com que pouco se saiba acerca da situação dessas mulheres.

Por isso, a violência sofrida torna-se ainda mais complexa no contexto migratório, visto que muitas mulheres não têm rede de apoio, seja social, comunitária ou familiar, para solicitar ajuda. Ademais, em casos de violência doméstica, é comum que dependam financeiramente do companheiro, o que dificulta o rompimento da relação. Ao buscar ajuda e fazer uma denúncia, essas mulheres ainda precisarão enfrentar barreiras como o preconceito, a insensibilidade cultural e, em muitos casos, a dificuldade de comunicação devido à diferença de idioma (Ribeiro, 2023).

Esses dados corroboram os estudos de intelectuais como Glória Anzaldúa (2021), María Lugones (2014) e Lélia González (1984). Para essas autoras, a desigualdade de gênero, atravessada por preconceitos e estereótipos de feminilidade, relaciona-se diretamente com marcadores de raça/cor.

Portanto, a vivência de uma mulher negra, por exemplo, não seria a mesma de uma mulher branca, visto que a primeira tem seu corpo e sua experiência de vida atravessados pelo machismo e pelo racismo ao mesmo tempo, o mesmo podendo ser dito da condição de migrante. Logo, a situação de uma mulher venezuelana cruzando a fronteira terrestre do Brasil costuma ser muito diferente de uma mulher branca de classe alta vivendo em um bairro de luxo de São Paulo (Anzaldúa, 2021; González, 1984; Lugones, 2014). Como já dito, é essencial que essa análise seja feita, pois é a partir dela que podemos discutir as múltiplas violências às quais essas mulheres migrantes estão expostas e pensar em estratégias de como enfrentá-las.

Em casos de violência, é prioritário que profissionais da saúde, da segurança pública e da assistência social sejam capacitados(as) para acolher e acompanhar vítimas imigrantes. Isso requer, por exemplo, uma sensibilidade cultural que possibilite compreender as especificidades da experiência de alguém que veio de outro lugar, que talvez tenha uma forma diferente de perceber e lidar com a violência. Também demanda atitudes de empatia e acolhimento que, infelizmente, em muitos casos, faltam até mesmo no atendimento a mulheres brasileiras vítimas de violência.

Ao longo deste capítulo, pretende-se aprofundar o tema da violência sexual vivida por mulheres migrantes, trazendo para a discussão os campos da saúde, da segurança pública e do direito. Pretende-se contribuir para a construção de políticas públicas que pensem em estratégias de acolhimento e defesa das migrantes, visando ao combate à violência e às desigualdades sociais.

Violência sexual contra mulheres: prevalência global, impactos multidimensionais e políticas de enfrentamento

A violação da sexualidade, que, na verdade, representa também a violação da dignidade, da autonomia e da integridade física e psicológica das

vítimas, especialmente das mulheres, é um fenômeno global e profundamente enraizado nas estruturas sociais. Os direitos fundamentais das mulheres abrangem tanto a liberdade de ter relações sexuais prejudiciais quanto a proteção contra qualquer forma de violência, coerção ou gravidez indesejada. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência sexual é "qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual ou outro ato direcionado contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, por qualquer pessoa, independentemente de seu parentesco com a vítima, em qualquer contexto. Inclui estupro, definido como a penetração forçada ou coagida de alguma forma na vulva ou ânus com um pênis, outra parte do corpo ou objeto, tentativa de estupro, toque sexual indesejado e outras formas sem contato" (OMS, 2024). A Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica, conhecida como Convenção de Istambul, foi adotada em 2011 e entrou em vigor em 2014. Em seu artigo 36, estabelece que os atos de natureza sexual não consentidos devem ser criminalizados e que o consentimento deve ser dado voluntariamente, como resultado da livre vontade da pessoa, avaliada no contexto das circunstâncias envolventes (Conselho da Europa, 2011).

Embora homens também possam estar em situação de violência sexual, as mulheres apresentam índices mais elevados de vitimização e sofrem impactos mais graves, uma realidade que tem ganhado grande visibilidade internacional desde o início do século XXI (Li *et al.*, 2023). A crescente divulgação de informações sobre violência sexual tem revelado de forma mais evidente o estado atual dessa violência contra as mulheres. As formas mais comuns incluem abuso sexual, prostituição forçada, aborto ilegal/inseguro e negligência com meninas, sendo a violência sexual a mais prevalente. Os homens autores de violência podem ser cônjuges, parceiros, familiares, vizinhos ou homens em posições de poder. Algumas mulheres não vivenciam violência sexual, enquanto outras a enfrentam repetidamente ao longo dos anos. Esta é frequentemente a forma mais humilhante de violência de gênero que elas sofrem (Li *et al.*, 2023).

A prevalência global da violência contra as mulheres permanece elevada. As estimativas mais recentes da OMS, baseadas em dados coletados entre 2000 e 2023, indicam que cerca de 31,6% das mulheres e meninas no mundo - aproximadamente 840 milhões - já sofreram violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo ou violência sexual praticada por não parceiro ao longo da vida (OMS, 2025).

Nos Estados Unidos, a situação também é preocupante. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aponta que uma em cada cinco mulheres sofreu violência sexual. Um estudo de 2014 revelou que 43,9% das mulheres americanas foram sobreviventes de violência sexual e que 19,3% destas foram estupradas em algum momento de suas vidas. Um estudo mostrou que 6,5% das mulheres americanas (3 milhões) relataram experiências sexuais forçadas durante a primeira relação sexual. Outros estudos ao redor do mundo descrevem a prevalência ao longo da vida de agressão sexual variando de 18 a 51% para mulheres e de 1 a 9% para homens (Schalk *et al.*, 2023).

Os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública reforçam esse cenário alarmante. Em 2022, foram registrados 74.930 casos de estupro e estupro de vulnerável, representando um aumento de 8,2% em relação a 2021. Do total, 75,8% correspondiam a estupro de vulnerável, isto é, casos em que a vítima tinha menos de 14 anos ou não podia consentir por outro motivo (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023). A subnotificação, contudo, é expressiva: estudo do Ipea, com ano de referência 2019, estimou um limite inferior de aproximadamente 822 mil estupros por ano no Brasil, dos quais apenas 8,5% chegariam ao conhecimento da polícia e 4,2% seriam identificados pelo sistema de saúde (Ferreira et al., 2023).

Estudos apontam que meninas de até nove anos são as que mais sofrem violência sexual entre o público infantil. Entre adolescentes, a violência sexual foi a segunda forma de violência mais registrada no Brasil (Leite *et al.*, 2023), corroborando os dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que mostram que 61,4% das pessoas em situação de violência sexual tinham

até 13 anos e oito em cada dez eram menores de idade (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023). Entre mulheres adultas, a vulnerabilidade continua alta: no Pará, 72,7% das que estão em situação de violência sexual tinham entre 18 e 30 anos, enquanto em Vitória (ES), 18% das atendidas na atenção primária relataram abuso pelo parceiro. Já entre idosas, a violência ocorre, em grande parte, no ambiente doméstico ou institucional, mas a subnotificação persiste devido a tabus e dificuldades para denunciar (Leite *et al.*, 2023). Dados mais recentes também apontam agravamento em parte do território nacional. Em levantamento da Rede de Observatórios da Segurança, baseado no monitoramento diário de notícias em nove estados ao longo de 2025, foram identificados 961 registros de estupro ou violência sexual, 56,6% a mais que em 2024; 56,5% das vítimas tinham entre 0 e 17 anos (Agência Brasil, 2026). Por se tratar de monitoramento de mídia e de um recorte de nove estados, esses números não devem ser interpretados como estimativa nacional de prevalência, mas reforçam a necessidade de acompanhamento contínuo do fenômeno.

Essa realidade se agrava ainda mais em contextos de deslocamento forçado, em que a vulnerabilidade das mulheres é amplificada. Uma revisão de literatura sobre prevalência de violência sexual entre refugiados mostrou que os dados variaram amplamente (0% a 99,8%), totalizando 2.859 casos. Em 31% dos estudos, a prevalência foi inferior a 10%, e em 23%, superior a 50%, independentemente do tamanho da amostra ou cenário (campos de refugiados, unidades de saúde e comunidades) e do tipo de instrumento usado para aferição (validados ou próprios). Seis estudos abordaram violência sexual contra crianças e adolescentes, com prevalências entre 4,6% e 90,9%. Em 89% dos estudos com dados por sexo, a maioria das vítimas era composta por mulheres. A África foi o continente mais citado (42%). Em 94% dos estudos sobre o momento da violência, ela ocorreu no país de origem. O estupro foi o tipo mais frequente (65%), sendo os principais agressores parceiros íntimos, militares e conhecidos (Araújo *et al.*, 2019).

Como parte da experiência traumática do deslocamento, mulheres refugiadas enfrentam coação sexual para acessar bens e serviços básicos, sendo forçadas a praticar atos sexuais em troca de medicamentos, alimentos ou passagem por fronteiras. Em campos de refugiados, a violência sexual é intensificada por fatores como superlotação, ausência de rede de apoio, barreiras linguísticas e desconhecimento sobre onde buscar ajuda. As agressões podem partir de parceiros, companheiros de abrigo, vigilantes ou até voluntários que se aproveitam da vulnerabilidade emocional de mulheres e crianças (Costa, 2022).

As múltiplas formas de violência sexual resultam em consequências físicas, emocionais e sociais complexas. As consequências podem ser imediatas ou de longo prazo, afetando o desenvolvimento, a identidade e as relações afetivas da mulher em situação de violência. A gravidade dos impactos varia conforme fatores subjetivos e a forma da violência, que nem sempre envolve agressão física, mas pode resultar em lesões, óbitos ou afetar a saúde reprodutiva e mental, bem como o bem-estar social (Costa; Santos, 2021).

Os danos à saúde constituem um aspecto que merece destaque. Nos últimos anos, surgiram evidências sobre a influência do estresse psicossocial no desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), como infarto agudo do miocárdio e Acidente Vascular Cerebral (AVC), além de fatores de risco como hipertensão, diabetes e obesidade. Um estressor significativo para muitas mulheres é o abuso sexual, que pode gerar traumas psicológicos e levar a comportamentos prejudiciais à saúde, como dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool, aumentando o risco de DCV. Além disso, estressores agudos ou crônicos, como o abuso sexual, podem ativar sistemas fisiológicos (cardiovascular, endócrino e imunológico), afetando negativamente a pressão arterial e os níveis de glicemia e lipídios, além de favorecer a obesidade central (Peer; Abrahams; Kengne, 2020).

Os impactos da violência sexual abrangem dimensões psicológicas, físicas, sexuais e sociais. Em revisão sistemática sobre sobreviventes adultos de agressão sexual, Schalk *et al.* (2023) identificaram prejuízos funcionais

relevantes em diferentes dimensões da vida, incluindo limitações nas atividades e disfunções sexuais. No caso do abuso sexual vivenciado na infância e na adolescência, a revisão integrativa de Cruz *et al.* (2021) mostra que as repercussões podem persistir ao longo da vida e incluir baixa autoestima, depressão, TEPT, dificuldades de sono, autolesão e comportamento suicida, além de consequências físicas, sexuais e sociais. Entre as repercussões sexuais e reprodutivas descritas nessa literatura estão gravidez, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e dificuldades relacionadas à sexualidade, somadas ao risco de revitimização e ao uso problemático de álcool e outras drogas (Cruz *et al.*, 2021).

Diante de seus impactos, a violência sexual passou a ser reconhecida também como uma violação dos direitos humanos, o que impulsionou movimentos e marcos legais de proteção às mulheres ao longo do tempo. Após a Segunda Guerra Mundial, a proteção dos direitos humanos impulsionou avanços na defesa dos direitos das mulheres, como a CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*) (1979) e a Convenção de Belém do Pará (1994), que trataram da igualdade de gênero e do enfrentamento à violência sexual (Souza; Silva, 2021), e as Conferências do Cairo (1994) e de Pequim (1995), que consolidaram os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como direitos humanos (Giugliani *et al.*, 2021). No Brasil, isso resultou em leis como a Maria da Penha (2006) e atualizações no Código Penal, ampliando a punição a crimes sexuais (Instituto de Segurança Pública, 2024). Apesar dos progressos, a violência contra mulheres persiste, exigindo a aplicação efetiva das leis e políticas públicas (Vigano; Laffin, 2019).

Políticas nacionais e internacionais também têm fortalecido a proteção de mulheres migrantes vítimas de violência sexual. O Pacto Global para a Migração promove os direitos humanos e o empoderamento de mulheres e meninas em todas as fases da migração (ONU, 2025). No Brasil, a Lei de Migração (nº 13.445/2017) e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2005) asseguram medidas de proteção, acolhimento e acesso à justiça. Essa política foi reforçada com a retomada do Programa

Mulher: Viver sem Violência (Decreto nº 11.431/2023), que integra serviços de saúde, segurança, justiça e assistência social. A Lei Maria da Penha (2006) também garante a todas as mulheres, independentemente de nacionalidade, o direito de viver sem violência. Nesse cenário, o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), em parceria com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) e a Organização Internacional para as Migrações (OIM), atua na análise de pedidos de refúgio e no apoio humanitário, promovendo acolhimento, atendimento psicossocial e defesa dos direitos das migrantes em situação de vulnerabilidade.

"Sofri violência sexual, e agora?": Orientações para o atendimento em saúde às meninas, mulheres e pessoas gestantes migrantes e refugiadas em situação de violência sexual

Em casos de tentativa ou consumação de estupro, isto é, conjunção carnal (penetração pênis, vagina, ânus e boca) ou ato libidinoso, com ou sem proteção e sem o consentimento da pessoa (Brasil, 2016), a vítima deve ser encaminhada, imediatamente ou em até 72 horas após a ocorrência, ao serviço de saúde mais próximo, em seu município ou região. Esse encaminhamento deve ser feito independentemente da apresentação do Boletim de Ocorrência (BO) (Brasil, 2014).

Os serviços de saúde são pontos estratégicos da rede integrada e intersetorial de Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual[41] no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016). É responsabilidade desses serviços oferecer atendimento gratuito, equânime

41 A Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual está estruturada em cinco sub-redes especializadas: Rede de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência Sexual; Rede de Atenção à Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei; Rede de Atenção Integral à Saúde de Crianças e de Adolescentes em Situação de Violência Sexual; Rede de Atenção Integral para Homens em Situação de Violência Sexual; e Rede de Atenção Integral para Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual (Brasil, 2014).

e integral às pessoas em situação de violência sexual, abrangendo crianças, adolescentes, jovens, mulheres e pessoas idosas (Brasil, 2014).

Meninas, mulheres e pessoas gestantes migrantes e refugiadas podem buscar atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), prontos-socorros, hospitais gerais, maternidades, ambulatórios de especialidades clínicas, centros de testagem e aconselhamento, entre outros serviços de urgência não hospitalares (Brasil, 2014).

Isso quer dizer que tanto os equipamentos da atenção básica/atenção primária à saúde (APS) quanto os da atenção especializada/secundária/terciária devem garantir o atendimento ginecológico, obstétrico e psicológico às vítimas da violência sexual, o que inclui a administração de medicamentos, a realização de exames laboratoriais, a notificação e o encaminhamento para coleta de vestígios (Brasil, 2015).

Nos serviços de saúde, meninas, mulheres e pessoas gestantes em situação de migração/refúgio vitimizadas pela violência sexual têm direito à realização de profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP), com o intuito de prevenir a gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV/aids), papilomavírus humano (HPV), hepatite B, herpes genital, sífilis, entre outras (Brasil, Ministério da Saúde, 2014), além do direito à interrupção da gravidez (aborto legal) em três circunstâncias: gravidez em decorrência de estupro (sexo sem consentimento), risco à vida e saúde da pessoa gestante e anencefalia ou qualquer outra malformação fetal que inviabilize a vida extrauterina (Brasil, 2011).

A Anticoncepção de Emergência (AE), conhecida popularmente como "pílula do dia seguinte" (a mais comum é o levonorgestrel), é o método recomendado para a prevenção da gravidez, sobretudo em casos de estupro, inclusive de estupro de vulnerável, e é oferecido gratuitamente na APS, incluindo as UBS e UPAs 24h (Brasil, 2014).

Além dos casos de violência sexual, orienta-se o uso da AE e da PEP após relação sexual desprotegida, ou seja, sem o uso de métodos contraceptivos

ou em caso de falha destes. No entanto, ambas não substituem os métodos contraceptivos regulares, como os preservativos masculino e feminino, o Dispositivo Intrauterino (DIU) e anticoncepcionais de via oral, injetável ou subcutânea, ofertados na APS (Brasil, 2004).

A administração da PEP deve ser iniciada, preferencialmente, nas primeiras duas horas após a exposição sexual desprotegida, tendo o limite máximo de 72 horas para iniciar o tratamento, com duração de 28 dias ininterruptos, para não comprometer a eficácia da medicação antirretroviral, composta por Tenofovir/Lamivudina (TDF/3TC) e Dolutegravir (DTG) (Brasil, 2014). Além disso, a pessoa vítima da violência sexual tem o direito ao acompanhamento psicológico, com possibilidade de encaminhamento para continuidade do cuidado em equipamentos de saúde e assistência social da rede pública local ou regional (Brasil, 2014).

Ao longo de todo o acompanhamento de saúde, é essencial que o atendimento seja integral e conduzido por uma equipe multiprofissional. Essa equipe deve incluir profissionais de medicina especializados em ginecologia e obstetrícia, além de profissionais das áreas de enfermagem, psicologia, serviço social e, preferencialmente, infectologia. O atendimento e o acolhimento multidisciplinares são fatores diferenciais na qualificação do cuidado em saúde (Brasil, 2014).

Lamentavelmente, após a tentativa ou consumação de estupro ou de estupro de vulnerável, as vítimas enfrentam diversos obstáculos até chegarem aos serviços de saúde e de segurança pública, a começar pelo fato de se sentirem culpadas, inseguras e envergonhadas e, na maioria dos casos, estão isoladas, sem poder contar com rede de apoio estruturada e desprovidas de autonomia financeira suficiente (sem emprego e renda) para romperem com o ciclo da violência, ainda mais quando possuem vínculos familiares (pai, filho, tio, primo ou irmão) ou afetivos e sexuais (cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado) com os agressores (Giugliani *et al.*, 2021).

Muitas vítimas de violência sexual não denunciam o crime, nem sequer acessam os serviços de saúde e segurança pública, em razão deste contexto de

profunda vulnerabilidade psicossocial e socioeconômica. A situação se torna ainda mais crítica quando as vítimas são crianças e adolescentes, pois a denúncia e a notificação nesses casos são ainda mais raras, em decorrência do silenciamento e do ocultamento que envolvem o tabu social do estupro de vulnerável (Souto, 2017).

Às diversas barreiras de acesso à saúde sexual e reprodutiva, como a escassez de informação ou a proliferação da desinformação, com a disseminação de conteúdos falsos, distorcidos ou tendenciosos sobre os direitos das vítimas, somam-se a desconfiança em relação aos profissionais dos serviços públicos e as barreiras geográficas, como o isolamento e a distância a ser percorrida até os serviços, muitas vezes sem a garantia de que irá receber o atendimento (Giugliani *et al.*, 2021), além da possibilidade de sofrer violência e racismo institucional por parte dos profissionais da saúde, da segurança e da assistência social (Góes; Nascimento, 2013; Góes *et al.*, 2020).

Por isso, é necessário reforçar que o atendimento de saúde às meninas, mulheres e pessoas gestantes que são acometidas pela violência sexual deve estar pautado nas perspectivas do acolhimento, do cuidado e da redução de danos e norteado pelos princípios bioéticos e dos direitos humanos, principalmente dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (Giugliani *et al.*, 2021). A escuta ativa, o respeito e o sigilo profissional constituem os pilares para o atendimento ético e responsável às vítimas da violência sexual (Giugliani *et al.*, 2021).

Considerações finais

A educação sexual é fundamental para o enfrentamento à violência de gênero e sexual contra crianças, adolescentes, jovens, mulheres e pessoas LGBTQIAPN+. Diante disso, recomendamos às organizações e grupos de apoio e acolhimento às pessoas migrantes e refugiadas que invistam em ações de educação sexual e redução de danos para a prevenção da violência sexual e a promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Reconhecemos que o financiamento é um fator bastante limitador para executar ações de enfrentamento à violência sexual, por isso, reforçamos o investimento em parcerias entre escolas, universidades, associações de moradores, igrejas, serviços de saúde, segurança e assistência social, coletivos, redes e grupos de apoio e acolhimento, organizações da sociedade civil e do terceiro setor, a fim de buscar soluções coletivas, inovadoras e criativas para o enfrentamento à complexidade do problema da violência sexual contra meninas, mulheres e pessoas gestantes refugiadas e migrantes.

Para concluir, com o intuito de fortalecer as estratégias de enfrentamento à violência sexual e promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, compartilhamos algumas recomendações e boas práticas baseadas em evidências científicas (Brasil, 2011; Brasil, 2016; OPAS, 2016).

- Capilarização e regionalização dos Serviços de Referência em Violência Sexual e Aborto Legal, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil;
- Investimento em processos qualificados de educação e formação continuada para profissionais e gestoras(es) no atendimento a situações de violência sexual na saúde, na assistência social e na segurança pública, com base nos princípios dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos;
- Investimento em produção de conhecimento científico sobre violência sexual, incluindo pesquisas epidemiológicas a partir dos dados de notificações sobre Violência Interpessoal/Autoprovocada (VIA) disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde;
- Investimento em produção de conteúdo, comunicação e informação (folheto, cartilha, cartaz, lambe-lambe, material didático e escolar, redes sociais, campanha publicitária, programas de podcast e rádio, carro de som ou bike som, projeção visual, produção audiovisual, entre outros formatos) em saúde sexual e

reprodutiva, em pelo menos quatro idiomas (português, espanhol, inglês e francês);

- Fortalecimento do *advocacy*, incidência política, articulação, coalizão e mobilização local entre diversos atores sociais e políticos (grupos de estudos e pesquisas vinculados às universidades, coletivos, frentes, redes, organizações, partidos políticos, sindicatos) e suas representantes (lideranças sociais/comunitárias/religiosas, ativistas, pesquisadoras, professoras, profissionais, gestoras e usuárias);
- Investimento em ações, programas e projetos de educação sexual nas escolas, igrejas e outros espaços de socialização e convivência coletiva;
- Fortalecimento dos espaços de diálogos e trocas interdisciplinares entre os serviços de referência em violência sexual e aborto legal, como nos Fóruns Estaduais (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Minas Gerais e Bahia) e no Fórum Nacional dos Serviços de Violência Sexual e Aborto Legal, que contam com a participação ativa de representantes dos serviços (profissionais e gestores) e da sociedade civil organizada (pesquisadoras, professoras, usuárias e ativistas) e estão vinculados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde;
- Monitoramento dos projetos de lei (PL) em nível municipal e estadual e de propostas de emenda à Constituição (PEC) em nível federal que constituem ameaças aos direitos sexuais e reprodutivos das vítimas de violência sexual, incluindo crianças que são vítimas do estupro de vulnerável e da gravidez infantil.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Relatório aponta média de 12 mulheres vítimas de violência por dia.** 6 mar. 2026. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2026-03/relatorio-aponta-media-de-12-mulheres-vitimas-de-violencia-por-dia. Acesso em: 16 ago. 2026.

ANZALDÚA, G. **A vulva é uma ferida aberta e outros ensaios**. Rio de Janeiro: A Bolha, 2021.

ARAÚJO, J. de O. *et al.* Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 78, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100270&lang=pt. Acesso em: 11 maio 2025.

BÁRBARA, G. *et al.* Sexual violence in adult women and adolescents. **Minerva Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 74, n. 3, p. 261-269, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.23736/S2724-606X.22.05071-0. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl., 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-

diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. **Decreto nº 11.431, de 8 de março de 2023**. Institui o Programa Mulher Viver sem Violência. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11431.htm. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de violências e acidentes (VIVA)**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1a ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021.

CONSELHO DA EUROPA. Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica. Série de Tratados do Conselho da Europa, n. 210. Istambul, 11 maio 2011. Disponível em: https://rm.coe.int/168046253d. Acesso em: 18 set. 2026.

COSTA, A. M. R. **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. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55296. Acesso em: 11 maio 2025.

COSTA, V. F.; SANTOS, S. S. "Trago junto comigo": consequências da violência sexual. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 21-38, abr. 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v27n1/v27n1a03.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

CRUZ, M. A. *et al.* Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1369-1380, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021264.02862019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/y96pVLNpJBGzgY9Sd9kFJwJ/. Acesso em: 16 ago. 2026.

DIAS, S.; NUNES, M.; GAMA, A. Uma reflexão sobre desigualdade de género e saúde no contexto da migração: que desafios e respostas para a promoção da saúde das mulheres migrantes? **Faces de Eva: Estudos sobre a Mulher**, [S. l.], n. 43, p. 103-119, jun. 2020.

FERNANDES, J. de M.; ONUMA, F. M. S. Mulheres em situação de refúgio: as mais vulneráveis dentre as vulneráveis, segundo a teoria da reprodução social. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 22, n. 2, e2023-0124, 2024. DOI: 10.1590/1679-395120230124. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cebape/a/tzyzSVG5DhBKSXRNr4TsLMJ/. Acesso em: 16 ago. 2026.

FERREIRA, H.; COELHO, D. S. C.; CERQUEIRA, D.; ALVES, P.; SEMENTE, M. **Elucidando**

a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados. Rio de Janeiro: Ipea, maio 2023. Texto para Discussão, n. 2880. DOI: 10.38116/td2880-port. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/ec99b26f-c043-487a-9263-5ccf86f8dc0a. Acesso em: 18 set. 2026.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.

GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A. E.; PATUZZI, G. C.; SILVA, M. C. B. **Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. 136 p.

GÓES, E.; NASCIMENTO, E. R. do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, dez. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 abr. 2025.

GÓES, E. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Gk58HJMk95gYjSqztFm84hS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 maio 2025.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, [S. l.], p. 223-244, 1984. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6608168/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA (RJ). **Dossiê Mulher 2024**. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2024. Disponível em: https://www.rj.gov.br/isp/sites/default/files/2024-12/Dossi%C3%AA%20Mulher%202024%20%283%29.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência sexual contra mulheres: uma análise das notificações no Espírito Santo, Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, e20220288, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0288pt. Acesso em: 11 maio 2025.

LIQING, L. *et al.* Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. **BMC Women's Health**, v. 23, p. 196, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12905-023-02338-8. Acesso em: 11 maio 2025.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/QtnBjL64Xvssn9F6FHJqnzb/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Boletim das migrações no Brasil**. [S. l.]: [s. n.], 2025. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNmQ2ZGVjYjUtZmExZC00ZTY0LWJjOTctYmFjZTBlYjg3N TY4IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9. Acesso em: 24 abr. 2025.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Relatório do OBMigra aponta 2 milhões de migrantes no Brasil e destaca desafios de integração.** Brasília, 30 abr. 2026.

Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/relatorio-do-obmigra-aponta-2-milhoes-de-migrantes-no-brasil-e-destaca-desafios-de-integracao. Acesso em: 16 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violência contra as mulheres**. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women. Acesso em: 11 maio 2025.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Violence against women prevalence estimates, 2023: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women.** Genebra: OMS, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116962. Acesso em: 16 ago. 2026.

ONU MULHERES. **Uma em cada cinco refugiadas são vítimas de violência sexual no mundo.** 23 jun. 2017. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/noticias/uma-em-cada-cinco-refugiadas-sao-vitimas-de-violencia-sexual-no-mundo/. Acesso em: 16 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Assistência à saúde para mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo ou violência sexual**. Washington, DC: OPAS, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Global para uma Migração Segura, Ordenada e Regular**. 2018. Disponível em: https://brazil.iom.int/pt-br/pacto-global-para-uma-migracao-segura-ordenada-e-regular. Acesso em: 11 maio 2025.

PEER, N.; ABRAHAMS, N.; KENGNE, A. P. A systematic review of the associations of adult sexual abuse in women with cardiovascular diseases and selected risk factors. **Global Heart**, v. 15, n. 1, art. 65, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5334/gh.760. Acesso em: 11 maio 2025.

RIBEIRO, J. C. O outro cultural: migrantes, refugiadas e a vítima da violência de gênero. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 38, e22310, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22310.a. Acesso em: 11 maio 2025.

SCHALK, T. *et al.* Evaluation of multidimensional functional impairment in adult sexual assault survivors, with a focus on its psychological, physical, and social dimensions, based on validated measurements: a PRISMA systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 14, art. 6373, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph20146373. Acesso em: 11 maio 2025.

SANTOS, J.; DREZETT, J.; ALVES, A. de L. Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 25-32, jan. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.recli.2015.05.004.

SARA, G. J. *et al.* Associations between sexual violence and women's sexual self-consciousness. **African Health Sciences**, v. 23, n. 4, p. 391-398, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.4314/ahs.v23i4.42. Acesso em: 11 maio 2025.

SOUTO, R. M. C. V. *et al.* Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2909-2918, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/VrQhZQswBHg5pTFQGJLjmWn/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 7 maio 2025.

SOUZA, M. C.; SILVA, F. I. G. A violência sexual contra as mulheres no Brasil: uma análise sociojurídica. **Revista do Centro Universitário Curitiba**, Curitiba, v. 1, n. 33, p. 279-304, 2021. ISSN 2316-2880. Disponível em: https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/view/5765/371373759. Acesso em: 11 maio 2025.

VIGANO, S. de M. M.; LAFFIN, M. H. L. F. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. **História**, São Paulo, v. 38, e2019054, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-4369e2019054. Acesso em: 11 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on the health of refugees and migrants: summary**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240054486. Acesso em: 24 abr. 2025.

Capítulo 17

BRASILEIRAS NO EXTERIOR NO TRABALHO DO CUIDADO: ENTRE PRECARIZAÇÕES, VIOLÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIAS

Camila Athayde de Oliveira Dias
Fernanda Mendes Lages Ribeiro
Cristiane Batista Andrade

Este capítulo reflete sobre questões acerca do trabalho informal de cuidado realizado por mulheres brasileiras que migram para os países europeus, os Estados Unidos ou o Canadá, isto é, o Norte Global, e de que maneira suas funções de trabalho, em geral sem garantias de direitos trabalhistas, migratórios e à saúde, podem impactar sua saúde física e mental. Trata-se de um movimento de lançar algumas bases para reflexões sobre as condições de vida das brasileiras que vivem fora do país, considerando as características do trabalho informal e as relações de subalternização estabelecidas pela colonialidade.

Para a construção deste capítulo, além das perspectivas teóricas interseccionais trazidas para a discussão, foi feita uma busca bibliográfica livre nas bases SciELO, BVS, OasisBR e Scilit a fim de identificar trabalhos que explorem o tema da migração transnacional de brasileiras para o Norte Global e o exercício do trabalho informal de cuidado. Ademais, pretende-se identificar de que maneira a discussão tem sido feita, ou seja, se os estudos

consideram os atravessamentos de raça, gênero, classe e território. As questões que direcionaram esta revisão foram: o que se tem estudado no Brasil sobre o trabalho de cuidado realizado por migrantes brasileiras? O que encontramos nos trabalhos que pensam a saúde das migrantes? Quais desses estudos consideram as dinâmicas de poder estabelecidas pela colonialidade, bem como suas articulações com raça, gênero, classe e território?

A partir dos achados, associados às perspectivas teóricas da interseccionalidade e da epistemologia descolonial, foram identificados alguns pontos em comum que serão discutidos neste capítulo, como: Mulheres brasileiras e migração ao Norte Global: aspectos materiais e simbólicos; O trabalho de cuidado no exterior: por que as brasileiras migram? As relações entre o trabalho informal e a saúde das brasileiras no exterior.

Mulheres brasileiras e migração ao Norte Global: aspectos materiais e simbólicos

Existe um alto número de brasileiras(os) morando em outros países. De acordo com o documento de ano-base 2022 lançado pelo Ministério das Relações Exteriores sobre Comunidades Brasileiras no Exterior (MRE), existem aproximadamente 4,9 milhões de brasileiros vivendo fora do país, distribuídos pelos cinco continentes. Esse número é superior à população do estado do Amazonas (IBGE, 2022). Em 2022, cerca de 400 mil pessoas saíram do Brasil. Dentre as cidades com maior número de migrantes brasileiras(os) estão Nova Iorque, Boston, Miami, Lisboa e Londres (Ministério das Relações Exteriores, 2023).

Para oferecer suporte à população brasileira, existem atualmente 186 repartições consulares no exterior. Entre os serviços consulares prestados, descritos no *site* do Ministério das Relações Exteriores (MRE), estão o auxílio em situações emergenciais, como falecimentos, hospitalizações, prisões, disputa de guarda de crianças menores de idade, regularização de

documentos, violência de gênero e tráfico de pessoas. Apesar do alto número de brasileiras(os) fora do país, o MRE apresenta apenas a quantidade total da população em cada cidade ou país, não trazendo dados desagregados por raça, gênero, faixa etária ou situação documental.

As experiências migratórias em busca de acesso a outras condições de vida e trabalho em países do Norte Global são marcadas por uma combinação complexa de fatores históricos, econômicos, sociais, políticos e culturais que foram fomentados pela colonialidade (Quijano, 2005). A construção do Norte Global como o centro do mundo foi o resultado de um processo de exploração territorial e material que ainda impacta de forma expressiva as economias dos países do Sul Global. A exploração de riquezas na América Latina e na África, motivada pela colonialidade, acumulou séculos de recursos para o continente europeu e viabilizou a consolidação do capitalismo global. Mas não apenas recursos materiais: a colonialidade também impactou as relações de poder, cujos recursos simbólicos hierarquizam as pessoas a partir de sua raça, gênero, classe, nacionalidade e território (Quijano, 2005).

Essa hierarquização simbólica nos ajuda a pensar nas relações de subalternização que ainda hoje se estabelecem e perpetuam esse caráter duplo de um capitalismo patriarcal-racista dependente (Gonzalez, 2020). O Norte Global, que expropria há séculos recursos e produtos da América Latina e do continente africano, também influencia o processo de produção de subjetividade por uma via de subalternização, que pressupõe a superioridade do europeu. A colonialidade tem múltiplos efeitos no campo político-econômico, bem como no sociocultural e intersubjetivo (Quijano, 2005).

Esse processo secular realizado pelos brancos europeus, de dominação de territórios geográficos, econômicos e simbólicos por meio da colonialidade, lançou as bases para a exploração capitalista em níveis materiais e subjetivos. Ao longo dos anos, essa trajetória desencadeou constantes atualizações do projeto de poder que hoje nos atravessam por meio dos avanços tecnológicos, do neoliberalismo e da globalização.

Além das questões econômicas e políticas, a forma como a cultura circula pela influência massiva de múltiplas expressões artísticas, educativas e linguísticas europeias e estadunidenses sustenta uma premissa de que as produções de qualidade são as do Norte (Mignolo, 2017), o que contribui para a construção do imaginário sobre uma vida "melhor" e com maiores possibilidades de acesso a bens sociais.

Entretanto, existem tensionamentos sobre essas relações de poder que foram estabelecidas. Os povos que foram subalternizados encontraram (e ainda encontram) formas de reorganização por meio de diversos tipos de agenciamentos. Na busca por sobrevivência em uma dinâmica de subordinação e exploração, produziram estratégias de resistência e inseriram na cultura e na sociedade outras formas de ocupar territórios físicos e subjetivos (Gonzalez, 1987; Ratts, 2006).

No caso do Brasil, por exemplo, as culturas negra e indígena ocupam espaços na linguagem, na fé, no samba, no futebol, na culinária e em tantas outras práticas do nosso cotidiano. Para se referir às contribuições negras em diálogo (e em fricção) com as culturas ameríndias e europeias, Lélia Gonzalez (1987) postulou que aqui somos uma América Africana: uma *Améfrica Ladina*. E graças à mãe preta, que cuidou das filhas dos brancos, a socialização das brasileiras(os) filhas(os) dos senhores foi de responsabilidade delas, assim como sua inscrição na cultura. A linguagem, a internalização de valores e a construção do imaginário se desenvolveram por meio de seus cuidados (Gonzalez, 1987) e se infiltraram na construção de uma episteme própria, ainda que desqualificada e invisibilizada, que se expressa no que a autora denomina Pretuguês, língua própria brasileira, viva, que não se restringe à reprodução da língua do colonizador.

Desse modo, podemos perceber que as migrações também contribuem para a construção e a transformação dos territórios, materiais e simbólicos, de destino. Ainda que existam relações de poder estabelecidas, também existem movimentos importantes de resistência em curso que nos convidam a observar

e refletir de que forma acontecem e quais estratégias desenvolvem, assim como a sermos agentes a dar passagem a eles.

Tendo em vista esses atravessamentos históricos, políticos, econômicos, sociais e subjetivos e suas repercussões na saúde física e mental das brasileiras que migram para trabalhar informalmente, propomos uma reflexão sobre as variadas camadas de opressão envolvidas na relação entre centro e periferia, Norte e Sul Global, e de que maneira elas impactam as decisões das mulheres de migrar, bem como suas vidas e o trabalho informal fora do país, levando em conta o caráter indissociável das avenidas identitárias de raça, gênero, classe social (Akotirene, 2019) e *status* migratório.

O trabalho de cuidado no exterior: por que as brasileiras migram?

Considerando as possibilidades de migração de mulheres em busca de melhores condições de trabalho e de sustento de suas famílias, para escapar de violências sofridas ou pela idealização de que países mais ricos podem oferecer melhores oportunidades de vida (Andrade, 2023), pensamos em como migrantes, documentadas e indocumentadas, conseguem alguma inserção no mercado de trabalho nos países do Norte Global.

A construção social das mulheres está intimamente associada ao trabalho de cuidado, tanto pela associação histórica de sua função à maternidade quanto pelo crescente envelhecimento da população mundial na contemporaneidade, decorrente da mudança dos hábitos de vida e que, por essa razão, tende a gerar novas demandas de assistência (Bitencourt; Andrade, 2020). Quando essa perspectiva construída sobre o que é ser mulher é considerada no âmbito produtivo, percebemos que ela representa uma complexa dinâmica de ações e relações que se estabelecem cotidianamente, introjetando nas mulheres a função de cuidado como algo essencial e natural.

Portanto, a busca pelo trabalho, em muitos casos, também se orienta a partir dela, tecendo-se a partir de uma relação complexa entre atribuições sociais do papel feminino, *inatismo da inclinação* a cuidar e exploração capitalista do trabalho feminino.

Segundo Angela Davis (2019), é preciso repensar essa atribuição às mulheres de atividades relacionadas à natureza do cuidado, sobretudo as negras, porque essas atividades constituem trabalho. E essa justificativa de naturalidade relega às mulheres uma extenuante carga de manutenção tanto das casas quanto da vida de outras pessoas que demandam cuidado, independentemente da idade ou da funcionalidade.

O cuidado envolve atividades ligadas às funções de atenção e manutenção das necessidades das pessoas, que podem ou não ser remuneradas, e são historicamente atribuídas às mulheres, principalmente às negras, que sempre trabalharam, voluntária ou involuntariamente. Levando em consideração a formação social brasileira, a herança escravocrata relegou às mulheres negras a figura da mãe preta, que tinha como atribuição maternar os filhos da família, cuidar da casa e das demandas sexuais do senhor branco (Gonzalez, 1984).

No período posterior à suposta abolição, o perfil de domésticas e babás segue sendo majoritariamente composto por mulheres negras, dada a manutenção da cultura de hegemonia branca por meio da divisão sociossexual e racial do trabalho (Nogueira; Passos, 2020), que as mantém em posições de precarização e subalternização.

Com a figura da mãe preta, Lélia Gonzalez (2020) também analisa outras duas imagens associadas às mulheres negras que, segundo a autora, são desdobramentos da "mucama", nome dado às mulheres que trabalhavam no contexto doméstico nos afazeres da casa, na amamentação das crianças brancas como amas de leite e que eram abusadas sexualmente pelos senhores: a da "mulata do tipo exportação" e a da doméstica, que associam seus corpos tanto à exploração sexual quanto à do trabalho doméstico, ambas também

possibilidades de atuação dentro da informalidade. Para pensarmos nas mulheres latinas em territórios do Norte Global, há que se considerar também a objetificação das mulheres brasileiras como figuras destinadas ao cuidado de pessoas e casas ou à satisfação de desejos sexuais alheios. Outras violências também podem estar relacionadas, como baixa remuneração, acúmulo de funções, extensa carga horária de trabalho e exposição a vários tipos de assédio (Andrade, 2023).

Enquanto brasileiras, somos identificadas pelas imagens de controle (Bueno, 2020) das mulheres de cor: latinas, negras ou indígenas, que estão diretamente associadas à colonização. As imagens de controle são estereótipos que, compreendidos de maneira interconectada ao racismo e ao sexismo, dialogam com a herança histórica que estabelece as relações dentro dos sistemas de poder (Bueno, 2020).

Ainda que se reconheça que a retintez da pele contribui para o agravamento das violências presentes nessas relações entre migração, gênero, trabalho e informalidade, entendemos que o marcador de raça está intrinsecamente relacionado à exclusão decorrente de xenofobia e racismo (Faustino; Oliveira, 2021), como veremos mais adiante.

Considerando todos esses atravessamentos relacionados à exploração racial e de gênero a partir do sistema de opressão moderno-colonial e trazendo para a contemporaneidade no caso brasileiro, vale postular alguns achados sobre as mulheres trabalhadoras brasileiras no exterior. Os achados da literatura, provenientes da busca bibliográfica, nos mostram as condições estruturais que estimulam a migração, como o envelhecimento populacional, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho do Norte Global em razão do aumento das demandas de cuidado, o empobrecimento, a violência e a falta de oportunidades no país (Andrade *et al.*, 2022; Faria, 2023; Deber, 2014; Piego *et al.*, 2023). Note-se que o *status* migratório é um diferencial para o acesso a direitos e à saúde (Siqueira *et al.*, 2016; Becker, 2013; Lomiento; Alcantara, 2020), ou seja, a posse de documentação que permite legalmente a presença no país.

Muitos trabalhos encontrados discutem a construção do imaginário de mulheres brasileiras no Norte Global. Esse imaginário traz de forma recorrente as ideias de "mestiças" e "mulatas". É compreendendo as brasileiras como "produtos de uma mistura" que a nacionalidade se costura à raça (Barata, 2022; França; Oliveira, 2021; Gomes, 2013; Mcilwaine; Evans, 2023; Pelúcio, 2023).

Nessa encruzilhada entre nacionalidade e raça, as imagens de controle estão ligadas à brasilidade sob a perspectiva eurocentrada, acionando o "espetáculo feérico" do carnaval (Gonzalez, 2020), em que aparecem as "mulatas", "mestiças", as "mulheres bonitas" e "disponíveis sexualmente", representações que aparecem como traços atribuídos ao corpo colonial das brasileiras (França; Oliveira, 2021; Gomes, 2013). Essa ideia de hipersexualização está atrelada à ambivalência do cuidado: brasileiras são entendidas como cuidadoras virtuosas e boas em maternar. Essa encruzilhada entre um corpo sexualmente voraz e ao mesmo tempo cuidador legitima formas distintas de controle e exploração tanto no trabalho como nas relações interpessoais. Em uma cidade portuguesa, por exemplo, houve uma campanha chamada "mães de Bragança", em que as mulheres portuguesas se organizaram para expulsar as migrantes brasileiras que, segundo elas, roubavam seus maridos (França; Oliveira, 2021). Interessante observar aqui a associação positiva e naturalizada entre maternidade e esposamento, como papéis indeléveis das mulheres.

Parte dos estudos encontrados (Siqueira *et al.*, 2016; Becker, 2013; Andrade *et al.*, 2022; Faria, 2023; Piego; Henrique; Abramovicz, 2023) aborda a migração feminina vinculada ao cuidado de crianças e idosos e a serviços domésticos. Enquanto cuidam das casas em que trabalham, suas casas e famílias permanecem no país de origem. Mesmo quando o cuidado não é o eixo central (Dolabella, 2015; França; Oliveira, 2021; Pelúcio, 2023), ele aparece de forma indireta: seja pelo envio de remessas de dinheiro e outros bens às famílias, seja pelo vínculo afetivo de suporte transnacional com mulheres em situação semelhante.

Outro ponto identificado diz respeito à precarização e à vulnerabilização econômica das migrantes. Independentemente do país de destino, são

recorrentes a informalidade, os baixos salários, a exploração e a ausência de direitos trabalhistas e proteção social. As condições se agravam no caso das migrantes indocumentadas (Siqueira *et al.*, 2016; Becker, 2013; Andrade *et al.*, 2022; Ramos; Filho, 2023), que ficam mais expostas à exploração e ao isolamento social. Em um artigo, discute-se como os serviços migratórios e sua infraestrutura (como saúde, segurança, serviço social e políticas de regulação) também funcionam como formas de violência, já que as instituições estatais, ao excluir as migrantes, amplificam as violações contra as mulheres. A exclusão de mulheres migrantes das garantias de proteção social é apontada como um dos agravantes de sua vulnerabilização: uma vez que não conseguem buscar apoio em razão do status migratório, estão ainda mais suscetíveis a todos os tipos de violências (Mcilwaine; Evans, 2023).

As relações entre o trabalho informal e a saúde das brasileiras no exterior

No que tange à relação entre saúde e trabalho informal, as mulheres são expostas a diversos comprometimentos e agravos decorrentes da precarização das atividades que exercem, como ausência de carga horária definida, acúmulo de funções entre o trabalho e as atividades domésticas, exposição a riscos de acidentes de trabalho e múltiplas possibilidades de violências, a depender do contexto. Entre os comprometimentos físicos, foram relatados acidentes, lesões por esforços repetitivos, hipertensão arterial, desgaste das cartilagens e desvios na coluna e, na saúde mental, insônia, ansiedade, excesso de preocupações com a alta demanda de trabalho e cansaço extremo, entre outros. Tudo isso sem direitos trabalhistas nem acesso à assistência social ou a serviços de saúde voltados especificamente ao cuidado das trabalhadoras informais (Dias, 2023).

No contexto brasileiro, vale ressaltar que é garantida a assistência à saúde, de forma gratuita e integral, uma vez que a saúde é um direito social

e universal e dever do Estado, como prevê o art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988), embora haja desafios no que tange ao avanço da promoção da equidade na saúde pública. A universalidade do acesso à saúde no Brasil, inclusive, independe da nacionalidade da(o) usuária(o) do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, quando elas migram sem documentação para um país onde a assistência à saúde é prestada principalmente pela esfera privada, como buscam atendimento?

Alguns trabalhos relatam a presença de adoecimentos físicos e emocionais relacionados direta ou indiretamente à migração (Andrade *et al.*, 2022; Lomiento; Alcantara, 2020). A barreira linguística, a ausência de políticas públicas de saúde voltadas para migrantes e o isolamento social aparecem como fatores que dificultam o acesso a cuidados médicos. Foram encontrados também textos que trouxeram relatos de mulheres que, por serem brasileiras, tiveram suas demandas de atendimento (como questões relacionadas ao acompanhamento de gravidez e/ou trabalho de parto, à assistência ginecológica ou ao tratamento para infecção urinária) tratadas como problemas relacionados à sua nacionalidade, ou seja, ao fato de serem brasileiras, como se essas demandas de saúde estivessem diretamente relacionadas à suposta hipersexualização de seus corpos (Mcilwaine; Evans, 2023; França; Oliveira, 2021; Barata, 2022); dito de outra maneira, relacionadas à sua "grande disponibilidade sexual", reificando, novamente, uma imagem de controle.

Apesar das dificuldades, as mulheres também exercem cuidado mútuo por meio da construção de redes de solidariedade (Andrade *et al.*, 2022; Dolabella, 2015; Becker, 2013; Piego; Henrique; Abramovicz, 2023). Essas redes funcionam como mecanismos de enfrentamento da precarização de suas vidas e de manutenção de vínculos afetivos com o país de origem.

Com a possibilidade de contato e articulação pelas redes sociais, os enfrentamentos têm se desdobrado na produção de conteúdos de apoio às migrantes e de denúncias, uma vez que o espaço virtual traz a possibilidade de grande circulação de informações e acesso por amplo público. Foram

encontradas duas publicações sobre agenciamentos produzidos por meio da internet. Uma delas é relativa ao trabalho da página "Brasileiras não se calam", perfil no Instagram que funciona como canal de ativismo e acolhimento às brasileiras pelo mundo, construindo uma imagem positivada da brasilidade, incluindo notícias, oportunidades de emprego e orientações sobre documentação (França; Oliveira, 2021); a outra, a um podcast chamado "Femigrantes BR", canal que discute feminismos e migração vivenciada por mulheres brasileiras em diversas partes do mundo.

Com esses apontamentos, registramos muitas pistas sobre o que as brasileiras vivenciam no exterior na condição de migrantes e sua relação com o trabalho informal de cuidado. Percebemos que nas buscas surgem trabalhos que discutem condições de subordinação e redução das mulheres em múltiplos cenários, o que sugere a necessidade de nos debruçarmos sobre as repercussões dessas experiências na saúde física e mental de brasileiras migrantes trabalhadoras do cuidado.

Considerações finais

Os achados aqui apresentados podem contribuir para a compreensão da vivência de migrantes brasileiras no contexto de trabalho informal e nos fazem refletir sobre alguns pontos. As migrações femininas brasileiras para o Norte Global revelam a face atualizada de um projeto moderno-colonial que articula raça, gênero, classe e território na produção da desigualdade entre povos colonizados e colonizadores. As mulheres que se deslocam encontram inserção majoritária no trabalho informal de cuidado. Essa atividade, historicamente associada à feminilidade e, sobretudo, à escravização, é, como pudemos ver nos achados da literatura, ressignificada no exterior como uma imagem de controle que atribui uma suposta virtude naturalizada às brasileiras. Essa imagem de cuidadoras virtuosas convive, paradoxalmente,

com a hipersexualização de seus corpos, compondo um imaginário construído sob a lógica do estupro colonial que deu origem ao processo de mestiçagem (Carneiro, 2019) e que legitima sua contínua exploração.

No campo da saúde, as condições precarizadas de trabalho, a ausência de direitos e a falta de acesso a serviços configuram não apenas condições favoráveis ao adoecimento, mas também formas de violência infraestrutural cuja base é o racismo, a xenofobia e a misoginia. Ainda assim, as brasileiras constroem redes de solidariedade, coletivos digitais e formas criativas de resistência que as reposicionam como sujeitas políticas de denúncia e transformação.

Refletir sobre essas trajetórias nos convoca, portanto, a avançar em duas frentes: produzir conhecimento racializado e interseccional que pense as repercussões dos movimentos migratórios das brasileiras em sua saúde e tensionar reflexões sobre a oferta de políticas públicas de migração e saúde, tanto no Brasil quanto nos países de destino.

Referências

ANDRADE, C. B. Trabalhadoras migrantes latino-americanas e violências: rumo a uma visão interseccional? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], vol. 28, p. 3279–3285, 3 nov. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YdhB9KtRpxrFphpBDZsXNdB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 fev. 2024.

ANDRADE, C. B. *et al.* Migrações, trabalho de cuidado e saúde de cuidadoras: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S. l.], vol. 47, núm. e10, p. 1–13, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbso/a/Lv6QJd5xxyRGn8SZtBDxNPD/. Acesso em: 20 fev. 2024.

BARATA, C. "Mix of races, bad uterus": obstetric violence in the experiences of Afro-Brazilian migrants in Portugal. **Societies**, [S. l.], v. 12, n. 3, e78, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3390/soc12030078. Acesso em: 26 set. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022**: população residente, por sexo, idade e forma de declaração da idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9514. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Comunidade brasileira no exterior: estatísticas 2022**. Brasília, DF: Ministério das Relações Exteriores, ago. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/portal-consular/comunidade-brasileira-no-exterior-2013-estatisticas-2022. Acesso em: 27 set. 2025.

BUENO, W. Imagens de controle: uma ferramenta de análise para compreender a matriz de dominação. In: BUENO, W. **Imagens de controle**: um conceito do pensamento de Patricia Hill Collins. Porto Alegre: Zouk, 2020.

CARNEIRO, S. **Escritos de uma vida**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

DIAS, C. A. O. **"Comida é cuidado**": cartografias interseccionais e decoloniais sobre o trabalho e a saúde das trabalhadoras da comida de rua em Duque de Caxias/RJ. 2023. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

FAUSTINO, D. M.; OLIVEIRA, L. M. Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. **REMHU**: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, Brasília, v. 29, n. 63, p. 193-210, set./dez. 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312. Disponível em: https://www.scielo.br/j/remhu/a/WhQNMSS8L6RsKwVWkfR68tg/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

FRANÇA, T.; OLIVEIRA, S. P. Mulheres brasileiras imigrantes como estraga-prazeres: revelando racismo no "amigável" Portugal. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 63, e216301, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cpa/a/dpLBJLSTqBM5bW3MwRYzQWD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 mar. 2025.

GOMES, M. S. O imaginário social em Portugal: uma análise da construção de saberes, das relações de poder e dos modos de subjetivação. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 867-890, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/dados/a/KfQJH99yZRFvXYxGw569vtp/. Acesso em: 11 set. 2026.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Ciências Sociais Hoje**, São Paulo, p. 223-244, 1984. Disponível em: https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2298. Acesso em: 20 set. 2023.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afrolatinoamericano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

LOMIENTO, N. M.; ALCANTARA, L. S. Processo migratório e saúde como direito humano: relato de uma experiência da residência multiprofissional em oncologia. **Revista Serpos**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 25-34, 2020. Acesso em: 6 set. 2025.

MCILWAINE, C.; EVANS, Y. Navigating migrant infrastructure and gendered infrastructural violence: reflections from Brazilian women in London. **Gender, Place & Culture**, v. 30, n. 3, p. 395-417, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1080/0966369X.2022.2073335. Acesso em: 11 set. 2026.

MIGNOLO, W. D. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 32, n. 94, e329402, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/nKwQNPrx5Zr3yrMjh7tCZVk/. Acesso em: 30 maio 2025.

NOGUEIRA, C. M.; PASSOS, R. G. A divisão sociossexual e racial do trabalho no cenário de epidemia de covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Caderno CRH**, Salvador, v. 33, p. 1-9, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/36118/23684. Acesso em: 26 set. 2025.

PELÚCIO, L. Vozes do Sul Global: a midiatização dos feminismos em um podcast de mulheres brasileiras pelo mundo. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 39, e22302, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sess/a/8T4fLqLJj3V9xjQXgT9yqLQ/. Acesso em: 26 set. 2025.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

RATTS, A. A terra é o meu quilombo: terra, território, territorialidades. In: RATTS, A. **Eu sou Atlântica**: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento. 1. ed. São Paulo: Instituto Kuanza, 2007. p. 51-60.

RAMOS, C. C.; FILHO, R. F. De Valadares para os EUA: migração feminina e trabalho doméstico através da história de vida de uma brasileira. **Idéias**, Campinas, v. 14, e023021, 2023. DOI: 10.20396/ideias.v14i00.8672022. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8672022. Acesso em: 6 set. 2025.

Capítulo 18

MIGRAÇÃO, RACISMO E XENOFOBIA: CONSIDERAÇÕES PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Camila Rodrigues Estrela

Introdução

Buscamos aqui desenvolver o debate sobre racismo e xenofobia, problematizando seus impactos na saúde da população, sobretudo das mulheres, bem como formas de enfrentamento, manejo e identificação, contribuindo para diferentes públicos que, de alguma forma, lidam com os efeitos do racismo e da xenofobia, procurando fomentar a oferta de uma atenção à saúde realmente universal, integral e equânime.

Para tanto, abordamos o racismo e a xenofobia enquanto ferramentas ideológicas construídas para a dominação de um grupo sobre outro, pautadas em relações de poder e exploração, tratando-os de maneira individual e inter-relacionada como formas de manutenção desses processos, aprofundando especificidades do contexto brasileiro, bem como apontando caminhos para um cuidado em saúde sensível, qualificado, antirracista e antixenófobo.

Os impactos do racismo e da xenofobia na saúde

O conceito de raça foi construído sob a necessidade europeia de manutenção de seus interesses econômicos, políticos e sociais (Quijano,

2015; Moura, 2014). Para tanto, criou-se um conjunto de ideias e propostas que subsidiassem sua existência e continuidade, tanto no período colonial brasileiro, quanto no pós-colonial, estruturando as relações sociais no Brasil.

Sobretudo no período pós-abolição, o país ficou marcado pelo plano de Estado com o projeto de substituição da mão de obra recém "liberta" pela mão de obra imigrante. Entendia-se que o processo de desenvolvimento do país estava ameaçado pelo estigma da inferioridade racial do mestiço e sua degenerescência científica (Kern, 2016). O desenvolvimento do Brasil estava, portanto, intrinsecamente ligado à ideia de embranquecimento de sua população.

Como aponta Gomes (1995), esse momento de transição do trabalho escravo para o livre foi marcado pela "suposta dicotomia entre o negro, visto como indolente, atrasado, herdeiro de um passado nefasto, e o branco, como o símbolo do trabalho ordenado, civilizado e que impulsiona para o progresso" (p. 83). Os ideais de apagamento da população africana e indígena foram então fortalecidos pela proposta da miscigenação, por meio de uma aproximação ao perfil branco europeu (Moura, 2014).

A esse processo, somou-se outra estratégia racista para a construção da "identidade nacional brasileira", no século XX, sendo o discurso da democracia racial desenvolvido sob a crença da igualdade existente entre pessoas independentemente da raça, cor ou etnia, com inexistência de barreiras e segregação racial (Souza, 2021). Esse discurso é fomentado, na década de 1930, por Gilberto Freyre com a obra *Casa grande & senzala,* afirmando que não haveria discriminação racial, mas sim um convívio pacífico e harmonioso entre as raças/etnias (Bento, 2014).

Podemos compreender que o racismo brasileiro vai se constituindo pautado em algumas peculiaridades, dando-se também a partir das variações cromáticas de tonalidade da pele. Sobre isso, Schwarcz (2012, p. 52) escreve: "Por isso mesmo, muitas vezes no Brasil, o conceito de raça é substituído pela noção de cor e os termos ficam, de certa maneira, mais escorregadios e porosos." Podemos então concluir que as pessoas com tons de pele preta mais retinta

tendem a sofrer mais discriminação, enquanto negros de pele clara possuem mais "passabilidade" (Norberto; Silva, 2021), sendo este chamado de *preconceito racial de marca,* em oposição ao *preconceito racial de origem* (Nogueira, 2007). Turra e Venturi (1995) destacam ainda a capacidade de o racismo operar no cotidiano e produzir separações sem se manifestar explicitamente, o que ficou conhecido também como *racismo cordial* e a capacidade de operar sem explicitar aquele que o opera, apelidado de *racismo sem racistas*.

Outros fatores, juntamente com os de raça, vão determinar a ampliação ou redução de diferenças entre as pessoas ou grupos, como os fatores socioeconômicos, de gênero, idade, ambientais, nacionalidade, entre outros (Crenshaw, 2002). O racismo opera no Brasil – sob bases estruturais racistas – criando desigualdades reproduzidas tanto no nível das relações interpessoais quanto no nível macro. Para Lélia Gonzalez (2021, p. 20):

> [...] o racismo estrutural aponta para dificuldades no tornar-se e assumir-se negra/o, bem como para lugares de exclusão socioespacial, sob uma pertença deslocada, que impõe um espaço racializado de destinação. Envolvem, entre outros, as periferias dos centros urbanos e a ocupação dos postos de trabalho mais precarizados.

O Ministério da Saúde reconheceu o racismo como causador de iniquidades em saúde, resultantes de injustos processos socioeconômicos e culturais provocados por essa violência, institucionalizando, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para que gestoras(es), movimentos sociais, conselheiras(os) e profissionais do SUS visem à promoção da saúde da população negra de forma integral e possam trabalhar "[…] em prol da melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde." (Brasil, 2017, p. 7).

De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, a população negra representa a maioria no país,

com um total de 55,5%. No entanto, ao observarmos os dados da mesma fonte, por meio de um recorte de gênero, observa-se que as mulheres pretas ou pardas dedicaram 1,6 hora a mais por semana em afazeres domésticos e/ou no cuidado de pessoas do que as mulheres brancas. Em relação à escolaridade, o mesmo instituto informa que a proporção de mulheres brancas, com 25 anos de idade ou mais que tinham completado o nível superior (29,0%), era o dobro da observada para as pretas ou pardas (14,7%).

O Atlas da Violência de 2023, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), aponta que a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu no país 0,5% entre 2020 e 2021, ao passo que no mesmo período houve redução de 2,8% para as mulheres não negras. As informações demonstram o quanto o racismo interfere, sobretudo, na vida das mulheres negras, reproduzindo desigualdades e causando adoecimentos (Cerqueira; Bueno, 2023).

Os dados da Pesquisa Nascer no Brasil (2023) revelaram, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2015 a 2022, que as mulheres brasileiras pretas tiveram um risco de morte cerca de duas vezes maior em comparação com as brancas, independentemente do número de anos de estudo. A probabilidade de morte materna entre as mulheres pretas permanece em torno de duas vezes maior em comparação com as brancas e pardas. A maior chance de viver um episódio de mortalidade materna relacionada à gravidez ocorre em mulheres com vulnerabilidade social (baixa escolaridade, mães e chefes de família), de cor preta e com mais de 35 anos de idade. O relatório aponta também que, na maternidade, 34% das pretas não tiveram acompanhante o tempo todo versus 19% das brancas. E com relação ao pré-natal:

> O pré-natal foi inadequado para 68% das adolescentes pretas X 58% das brancas; não foi orientada sobre a maternidade a qual deveria se dirigir para o parto; 45% das pretas X 37% das brancas. Na maternidade, 34% das pretas não tiveram acompanhante o tempo todo X 19% das brancas; a satisfação com o parto refletiu um pouco essa diferença, avaliando a assistência como excelente 46% das

> pretas e 53% das brancas, e como regular ou ruim 12% das pretas e 9% das brancas (Leal *et. al*, 2023, p. 26).

Outra informação trazida pela PNSIPN (2009) diz respeito às doenças prevalentes na população negra, sendo elas: anemia falciforme, *diabetes mellitus* (tipo II), hipertensão arterial e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Essa realidade faz com que o cuidado em saúde da população negra seja qualificado por meio de um olhar atento à realidade vivenciada, entendendo o racismo como um determinante social de saúde que interfere sobremaneira na integralidade do cuidado.

A atenção em saúde da população negra e, ainda mais, das mulheres negras deve estar pautada na observância dessas realidades. Nesse sentido, acrescentamos a análise do fenômeno do racismo atrelado ao da xenofobia, abordando as determinações interseccionais de ambos, pois contribuem para o aprofundamento das desigualdades entre as pessoas, constituindo realidades de vulnerabilização e de maior possibilidade de adoecimento.

Sobre a relação entre o racismo e a xenofobia, Balibar (2021) escreve que o racismo pode ser compreendido a partir de fatores construídos para alicerçar a manutenção de "núcleos" que detêm o poder e, por isso, fabricam a ideologia do racismo para sua manutenção.

É nesse sentido que o racismo é utilizado enquanto ferramenta para garantir e manter pressupostos de separações, a partir do que um grupo estabelece sobre outro. Sobre o mesmo debate, Faustino e Oliveira (2021) retomam a denúncia de Ambalavaner Sivanandan de que "[…] as discriminações e demonizações (*demonisation*) impostas às pessoas negras – *em seu rebaixamento para aquém do humano* – passariam a ser estendidas também aos migrantes empobrecidos ou miseráveis em busca de asilo, no atual contexto do capitalismo" (Faustino; Oliveira, 2021, p. 196, grifo meu).

A construção das barreiras xenofóbicas e racistas pode, então, ser compreendida como subterfúgio para a manutenção do poder e da proteção

nacional construídos a partir de um grupo, em que o Estado, em seu conjunto de aparatos jurídicos e de normas, possibilita ou não a perpetuação da distinção entre o "eu que sou daqui" e "você que veio de lá".

Nesse sentido, é comum o discurso sobre pessoas imigrantes apontando-as como ameaça à ordem pública, ao mercado de trabalho e à própria identidade da sociedade (Huysmans, 2000). Ventura e Yujra (2019, p. 19) desconstroem esse argumento ao demonstrarem que: "[…] os dados da ONU revelam que a Ásia, por exemplo, abriga quase um terço dos migrantes internacionais (80 milhões de pessoas em 2017), bem mais do que a América do Norte (58 milhões), e em medida quase equivalente à Europa (78 milhões)." Esse panorama nos permite compreender que o Brasil não está no conjunto de países que recebem um afluxo intenso de pessoas em deslocamento.

A ideia do estrangeiro é o *xénos, externus, peregrinus, foreign, extranjero, fremd*, é exterior, um fora em relação a um dentro, uma atribuição de lugares que estabelece limites, marca limiares, abre ou fecha passagens. O estrangeiro vem de outro lugar, habita além dos confins dos limites estabelecidos (Di Cesare, 2020). A xenofobia pode ser expressa por meio de:

> sentimento de aversão, desconfiança, medo, antipatia, rejeição em relação ao estrangeiro, ao que vem de outro país, ao que vem de fora. O sentimento de xenofobia se manifesta em atitudes discriminatórias e, muitas vezes, violentas, tanto verbais como físicas e psicológicas contra migrantes. Abordagens xenófobas também podem ser encontradas em políticas adotadas por países que buscam restringir fluxos migratórios (Delfim, 2021, p. 20).

Além do racismo e da xenofobia, as migrantes podem enfrentar, na pré-partida ou fase pré-migratória, problemas como conflitos armados, perda de seus lares e/ou familiares, escassez de recursos e fome, que podem causar doenças físicas, intenso sofrimento mental e traumas permanentes, de acordo com a Organização Internacional para as Migrações (2013).

Ventura e Yujra (2019) trazem alguns desafios no que tange à saúde da população migrante e refugiada, como: inadequação dos sistemas de informação e dos fluxos de acesso em saúde, barreira linguística no acolhimento e atendimento em saúde, diferenças culturais nos conceitos de saúde-doença e de intervenção clínica e questões de saúde mental nas comunidades refugiadas.

Dias e Gonçalves (2007) também descrevem uma série de condições encontradas no segmento migrante, tais como: maior risco de contração de doenças infecciosas em comparação com a população autóctone (que reside no país); piores indicadores de saúde associados à população imigrante, concretamente no que se refere à mortalidade perinatal, baixo peso à nascença e menor utilização de métodos contraceptivos; a ausência de estrutura familiar e de outros mecanismos microssociais de apoio à estabilidade individual e aos comportamentos protetores de saúde pode aumentar a vulnerabilidade, entre outros fatores. Esses fatores podem resultar em adoecimento e afastamento dos serviços de saúde.

Por outro lado, dentre as particularidades enfrentadas pela população migrante no âmbito da saúde, existe a propagação de desinformações quanto à ideia de que seriam propagadoras de doenças. Essa realidade contribui para aprofundar as violências do racismo e da xenofobia. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) elaborou um material informando que a migração e o refúgio não são os únicos fluxos de deslocamento existentes, havendo várias outras situações em que pode ocorrer transmissão de doenças em geral, em razão da grande concentração de pessoas, como é o caso de festas, shows, eventos olímpicos, Copa do Mundo etc. O documento ilustra mitos e verdades sobre esse quadro de transmissão de doenças relacionado à população migrante, evidenciando equívocos e trazendo informações a respeito[42].

Andrade (2023), por meio de estudos interseccionais de gênero, raça e classe, afirma que ainda são escassos os estudos sobre a influência desses

42 A cartilha foi produzida pelos setores da SES-RJ: Gerência de Tuberculose - COOVE/SVEA, Gerência de IST/AIDS - COOVE/ SVEA, Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (SIEVS/SES/RJ), Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde (SUPGVS/SUBVAPS), Comunicação SES e pela pesquisadora Camila Rodrigues Estrela e encontra-se disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDk1MTQ%2C. Acesso em: 15 out. 2025.

marcadores na vida e na saúde das mulheres migrantes, sendo que na maioria das vezes, "[…] enfrentam as discriminações, as violências estrutural e institucional e o assédio moral e sexual em todos os espaços sociais, inclusive o laboral. Estas violências influenciam as condições de saúde que se expressam em tristeza, raiva, medo, cansaço etc." (p. 3283). Estrela (2024) aprofunda o debate sobre o impacto do racismo e da xenofobia no processo de integração da população migrante haitiana no Brasil, acrescentando outros elementos, como as dificuldades com a obtenção da documentação e a inserção no trabalho digno, destacando as especificidades desse processo vivenciado por uma mulher migrante haitiana: "[…] ela não me pagava, de verdade ela não me paga bem, só peguei esse trabalho pra ajudar minha mãe, porque ela precisa de ajuda. E passava lá três anos e meio, mas ela não me tratava bem. Tava grávida, ela me fazia trabalhar muito […] (Pétionville)." (p. 226).

O olhar atento e qualificado por parte das(os) profissionais de saúde e da sociedade como um todo pode contribuir para uma maior compreensão do quadro real vivenciado, o que requer um manejo adequado que possibilite um atendimento equânime capaz de avaliar, acompanhar e tratar, considerando as especificidades das pessoas negras e migrantes.

O que orientar às pessoas que sofreram racismo ou xenofobia?

A Cartilha Promoção à Igualdade Racial da Comissão Especial de Promoção à Igualdade Racial, de 2023, traz algumas orientações para o combate ao racismo, sendo elas: 1) Não revidar; 2) Registrar boletim de ocorrência policial; 3) Identificar possíveis testemunhas; 4) Buscar orientação jurídica; 5) Acompanhar o processo da denúncia; 6) O crime de injúria racial é *imprescritível e inafiançável*. Isso significa que não existe limite de tempo para

que a vítima ou o profissional de saúde notifique o fato às autoridades (Delegacia de Polícia ou Ministério Público) para o início do processo criminal[43].

Outro canal que pode ser acessado em casos de racismo é o Disque Direitos Humanos (Disque 100) (funciona todos os dias, incluindo feriados e finais de semana, 24 horas por dia e tem por objetivo registrar a denúncia e enviá-la aos órgãos competentes)[44], que recebe denúncias de violações de direitos humanos por meio de ligações gratuitas, pelo WhatsApp, no número (61) 99611-0100, e pelo Telegram, no qual basta digitar "direitoshumanosbrasil" na busca do aplicativo[45].

Outro importante destaque diz respeito aos tipos de racismo existentes, a fim de que se torne possível sua identificação, denúncia e apuração. No caso da saúde, especificamente, essas distinções auxiliam no reconhecimento de suas expressões no acesso e no cuidado em saúde, pensando-se as barreiras e desafios impostos.

Dentre eles estão:

a. o racismo ambiental ou ecológico, que é a articulação do mercado e de agentes públicos mediante práticas discriminatórias que contribuem para a desigualdade territorial, como a falta de saneamento básico, alagamentos e enchentes em áreas sem planejamento urbano e, por isso, mais vulnerabilizadas (Acselrad *et al.*, 2009);
b. o racismo institucional, que é um fenômeno de abrangência ampla e complexa que penetra e participa da cultura, da política e da ética e, para isso, requisita uma série de instrumentos capazes de mover os processos em favor de seus interesses e necessidades de continuidade, mantendo e perpetuando privilégios e hegemonia

43 OAB, Cartilha Promoção à Igualdade Racial. Comissão Especial de Promoção à Igualdade Racial, 2023. Disponível em: https://oabrn.org.br/userfiles/files/Cartilha%20de%20Igualdade%20Racial%20Jun2024%201.pdf Acesso em: 28 abr. 2025. (Adaptada)

44 Informações retiradas do site do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/mais-de-5-2-mil-violacoes-de-racismo-e-injuria-racial-foram-registradas-pelo-disque-100-em-2024. Acesso em: 30 abr. 2025.

45 É possível acessar ainda, a página da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, no site do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania: https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh.

(Geledés; Cfemea, s.d.). Nesse último aspecto, destacamos o desconhecimento, por parte de alguns profissionais de saúde, dos procedimentos adequados para controlar as crises de dor e demais sinais e sintomas da doença falciforme,[46] o que contribui para o afastamento de pacientes dos serviços de saúde, além de infligir sofrimentos que poderiam ser evitados[47].

c. o racismo religioso, que é a forma de racismo que ocorre em função da religião das pessoas, manifestando-se por meio do uso de expressões ou xingamentos contra praticantes de religiões de matriz afro, demonização de práticas religiosas, impedimento de líderes religiosos de entrarem nos serviços de saúde para atender pacientes, impedimento de pacientes acessarem os serviços de saúde em razão de sua religião, desrespeito às restrições alimentares e culturais decorrentes da religiosidade.

d. o racismo recreativo, que é aquele praticado na forma de humor, por meio de piadas e expressões pejorativas de cunho racial contra pessoas em razão da sua raça ou etnia[48], expressando-se, por exemplo, por meio de piadas com situações nos serviços de saúde vivenciadas por pessoas indígenas, povos ciganos e comunidades tradicionais.

Com relação aos casos de xenofobia, a pessoa deverá: 1- Reunir provas para denunciar; 2- Guardar evidências: tirar *print* de publicações, áudios, vídeos ou qualquer material que comprove a ofensa; 3- Registrar um boletim de ocorrência (BO), que pode ser feito presencialmente em uma delegacia ou por meio de delegacias especializadas em crimes virtuais; 4- Procurar a Defensoria

46 Para mais informações sobre o manejo clínico e formas de condução do cuidado de pessoas portadoras da doença falciforme, acesse: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_doencafalciforme_2018-1.pdf

47 KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G. dos; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. M. da. Racismo institucional: um desafio para a eqüidade no SUS? Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/7532. Acesso em: 11 set. 2026.

48 Definição trazida pela cartilha Promoção à Igualdade Racial - conscientização antirracista, da Ordem Brasileira dos Advogados (2023). Disponível em: https://oabrn.org.br/userfiles/files/Cartilha%20de%20Igualdade%20Racial%20Jun2024%201.pdf. Acesso em: 2 maio 2025.

Pública; a Defensoria pode orientar sobre ações jurídicas de responsabilização e reparação de danos sofridos; 5- Denunciar em redes sociais que possuam canais para denunciar discursos de ódio[49].

É importante destacar algumas falas xenofóbicas: "Esse pessoal vem para o Brasil roubar nossos empregos." "Isso é coisa de nordestino." "Você não pode ser atendido aqui, pois veio de outro país." A xenofobia pode expressar-se tanto com relação às pessoas que migram dentro das regiões do Brasil quanto com relação às que imigram de outros países. Seu combate pode possibilitar um cuidado em saúde livre de desinformações e reproduções sociais que provoquem o afastamento dos serviços de saúde e, consequentemente, o adoecimento por parte das pessoas migrantes.

Outra informação significativa é que a apresentação de documento de identificação ou de comprovante de residência *não condiciona* o acesso ao serviço público de saúde, garantindo-se assim sua universalidade. Os documentos que podem ser utilizados para a confecção do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) e demais registros e que devem ser considerados são[50]: Passaporte, Registro Nacional Migratório (RNM), Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), Protocolo de Solicitação de Refúgio, Carteira de Trabalho e Cadastro de Pessoa Física (CPF).

O conhecimento desses documentos, sobretudo do CRNM e do Protocolo de Solicitação de Refúgio, auxilia no cadastro e no acompanhamento em saúde de pessoas migrantes, contribuindo para ampliar o acesso e reduzir barreiras.

49 Informações retiradas do site da Defensoria Pública do Estado do Ceará, publicado em 18 de março de 2025, disponível no site: https://www.defensoria.ce.def.br/noticia/xenofobia-e-crime-de-racismo-saiba-como-denunciar-e-pode-resultar-em-penas-severas-para-os-responsaveis/ Acesso em: 30 abr. 2025.

50 BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS: orientações e diretrizes de boas práticas para gestores e profissionais de saúde sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

Considerações finais

Promover um cuidado em saúde a partir dos princípios de igualdade, equidade e integralidade deve partir do reconhecimento do contexto em que viveu e vive uma população, fruto de processos históricos com implicações sociais, políticas e econômicas que conformam a reprodução de uma sociedade.

No caso brasileiro, racismo e xenofobia apresentam-se como fenômenos com dimensões concretas e subjetivas, que influenciam o cotidiano de segmentos significativos da população usuária dos serviços de saúde. Nesse sentido, buscamos, por meio das definições, exemplos e orientações aqui trazidas, ampliar o olhar sobre suas determinações e impactos, a fim de promover um cuidado de qualidade que seja capaz de produzir saúde para todas as pessoas, sobretudo, a partir do panorama vivenciado pelas mulheres migrantes, que estão inseridas em um contexto de vulnerabilidades, incluindo-se, além das questões relacionadas ao deslocamento, as múltiplas violências de raça, classe e gênero (Davis, 2016), demonstrando o quanto as expressões do adoecimento e, consequentemente, do cuidado em saúde necessitam de uma abordagem capaz de compreender e atender as mulheres migrantes que vivenciam tais realidades.

Temos em vista que o enfrentamento das violências aqui trazidas requer um esforço coletivo e amplo, incluindo o Estado e a sociedade como um todo, e por isso nos afastamos de uma compreensão unilateral que atribua somente às(aos) profissionais de saúde a solução. No entanto, entendemos que a produção e o acesso a informações sobre as causas e consequências do racismo e da xenofobia no campo da saúde podem auxiliar na produção de novas perspectivas de cuidado, proporcionando a qualificação do atendimento, a partir da compreensão do que pode estar contido por trás das falas, dos silêncios, das ausências, dos incômodos, que muitas vezes não são compreendidos como sintomas de possíveis adoecimentos. Acreditamos que o desvelamento desses quadros pode transformar-se em verdadeiros processos de promoção da saúde, quando identificados, compreendidos e acolhidos.

Referências

ACNUR – ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Número de pessoas deslocadas no mundo chega a 70,8 milhões, diz ACNUR**. 19 jun. 2019. Disponível em: https://l1nq.com/lYLyy. Acesso em: 30 abr. 2025.

ACSELRAD, H.; MELLO, C. C. A.; BEZERRA, G. N. **O que é justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

ANDRADE, C. B. Trabalhadoras migrantes latino-americanas e violências: rumo a uma visão interseccional? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 1531-1540, nov. 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/RkH45R5L3xRBv4J3NFY7dhQ/?lang=pt. Acesso em: 11 set. 2026.

BALIBAR, É. Racismo e nacionalismo. In: BALIBAR, É.; WALLERSTEIN, I. **Raça, nação, classe**: as identidades ambíguas. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021. p. 75-108.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (org.). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 25-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2023**: sumário executivo. Brasília, DF: Ipea; São Paulo: FBSP, 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br. Acesso em: 17 set. 2026.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/pdf/ref/v10n01/v10n01a11.pdf. Acesso em: 1º out. 2025.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016. 248 p.

DELFIM, R. B. **Migrações, refúgio e apatridia**: guia para comunicadores. [S. l.]: Ficas, 2019. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Migracoes-FICAS-color_FINAL.pdf. Acesso em: 9 ago. 2020.

DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e saúde. In: DIAS, S. (org.). **Revista Migrações**: número temático imigração e saúde. Lisboa: ACIDI, n. 1, p. 15-26, set. 2007. Disponível em: https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf. Acesso em: 11 set. 2026.

DI CESARE, D. **Estrangeiros residentes**: uma filosofia da migração. Belo Horizonte: Âyiné, 2020.

ESTRELA, C. R. **Racismo e migração**: vidas haitianas intercruzadas pela realidade brasileira no município de Maricá-RJ. 2024. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

FAUSTINO, D. M.; OLIVEIRA, L. M. Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. **REMHU**: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, Brasília, v. 29, n. 63, p. 193-210, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312. Acesso em: 11 set. 2026.

GELEDÉS; CFEMEA. **Racismo institucional**: uma abordagem conceitual. São Paulo: Geledés; CFEMEA, 2013.

GOMES, N. L. **A mulher negra que vi de perto**. Belo Horizonte: Mazza, 1995.

GONZALEZ, L. **Relações étnico-raciais e lugares de (re)existências**. Organização de Amanda Christinne Nascimento Marques *et al.* João Pessoa: Editora do CCTA, 2021. Disponível em: https://www.ufpb.br/editoraccta/contents/titulos/educacao/lelia-gonzalez-relacoes-etnico-raciais-e-lugares-de-re-existencias/catalogo-leliagonzalez-dg-6.pdf. Acesso em: 3 out. 2025.

HUYSMANS, J. The European Union and the securitization of migration. **Journal of Common Market Studies**, v. 39, n. 5, p. 751-777, 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1111/1468-5965.00263. Acesso em: 11 set. 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. **Agência de Notícias IBGE**, 22 dez. 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda. Acesso em: 14 out. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Mulheres pretas ou pardas gastam mais tempo em tarefas domésticas, participam menos do mercado de trabalho e são mais afetadas pela pobreza. **Agência de Notícias IBGE**, 8 mar. 2024. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39358-mulheres-pretas-ou-pardas-gastam-mais-tempo-em-tarefas-domesticas-participam-menos-do-mercado-de-trabalho-e-sao-mais-afetadas-pela-pobreza. Acesso em: 3 out. 2025.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **International migration, health and human rights**. Geneva: IOM, 2013.

KERN, G. S. **"Educar é eugenizar"**: racialismo, eugenia e educação no Brasil (1870-1940). 2016. 208 p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

LEAL, M. C.; GRANADO, S.; BITTENCOURT, S.; ESTEVE, A. P.; CAETANO, K. **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023**: dados preliminares da pesquisa para oficina "Morte materna de mulheres negras no contexto do SUS". Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf. Acesso em: 13 out. 2025.

MOURA, C. **Dialética radical do Brasil negro**. 2. ed. São Paulo: Fundação Maurício Grabois; Anita Garibaldi, 2014.

NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. **Tempo Social**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 287-308, 2007. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/ts/

article/view/12545. Acesso em: 30 abr. 2025.

NORBERTO, D.; SILVA, M. "Quanto mais escuro, menos aceitação": o que é colorismo e como ele afeta a vida de pessoas negras. **Revista Esquinas**, 2021. Disponível em: https://revistaesquinas.casperlibero.edu.br/politica/movimentos-sociais/quanto-maisescuro-menos-aceitacao-que-colorismo-como-ele-afeta-vida-de-pessoas-negras/. Acesso em: 6 jun. 2023.

QUIJANO, A. Dependencia, cambio social y urbanización en Latinoamérica. In: QUIJANO, A. **Cuestiones y horizontes**: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del saber. Buenos Aires: CLACSO, 2014. p. 75-124.

SCHWARCZ, L. M. Do preto, do branco e do amarelo: sobre o mito nacional de um Brasil (bem) mestiçado. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 1, p. 48-55, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.21800/S0009-67252012000100018. Acesso em: 1 out. 2025.

SOUZA, E. M. F. R.; VIÉGAS, V. S. Perspectivas para Maricá em 2030: modelo da expansão urbana utilizando autômatos celulares. In: INSTITUTO MUNICIPAL DE INFORMAÇÃO E PESQUISA DARCY RIBEIRO. **Estudos maricaenses**: o município de Maricá em debate. 1. ed. Maricá: Instituto Darcy Ribeiro, 2021. p. 133-154.

TURRA, C.; VENTURI, G. (org.). **Racismo cordial**: a mais completa análise sobre o preconceito de cor no Brasil. São Paulo: Ática; Folha de São Paulo; Datafolha, 1995.

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

Notas das autoras

Absa Wade

Migrante senegalesa, mediadora intercultural pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde.

E-mail: wadeabsa110@gmail.com

Alexandre José Baptista Trajano

Professor titular do Curso de Medicina da UNIGRANRIO/AFIA. Médico obstetra e doutor em Medicina, área de Clínica Obstétrica, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

E-mail: trajanouerj@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0758-1800

Andrea Catalina León Amaya

Membra fundadora da Coletiva Mulheres em Migração pela Paz (MeMiPaz) e coordenadora geral do Projeto Nossos Corpos, Nossas Fronteiras - MeMiPaz. Pós-doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito da Universidade Federal Fluminense (PPGSD/UFF).

E-mail: acleonamaya@id.uff.br

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1428-0504

Andressa da Silva Melo

Universidade de Vassouras.

Discente do curso de graduação em Medicina. Bolsista do Programa de Iniciação Científica e mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher (Área de concentração

CAPES: Saúde Coletiva), do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Enfermeira especialista em Saúde Perinatal.
E-mail: andressa.dsmelo@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2889-7409

Ariane Rego de Paiva

Mestre e doutora pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da UFF. Pós-doutorado pelo Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio. Possui graduação em Serviço Social pela UFRJ. Atualmente é professora adjunta do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, atuando na graduação e pós-graduação. É líder do Grupo de Pesquisa do CNPq Estado, Sociedade, Políticas e Direitos Sociais (GESPD/PUC-Rio).
E-mail: arianepaiva@puc-rio.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5827-6355

Bárbara Santos Leitão

Licenciada em História pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Temas de pesquisa trabalhados: Educação e Território, Feminismos, Branquitude e Cuidado a partir da perspectiva Decolonial.
E-mail: barbarasantos5335@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-3527-8240

Camila Athayde de Oliveira Dias

Cientista social (UFRJ) e psicóloga (UNIGRANRIO), mestra e doutoranda em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Membro do LATINAS, pesquisadora colaboradora do CLAVES/ENSP e atua na área técnica de Saúde Integral da População Negra na Superintendência de Promoção da Saúde (SMS-Rio).
E-mail: camila.athayderj@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9120-9296

Camila Rodrigues Estrela

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Bacharel em Serviço Social (UCB), Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (UFRN), Mestra em Serviço Social (PUC-Rio), Doutora em Serviço Social (PUC-Rio). Temas de pesquisa: migração, racismo e saúde.
E-mail: migracaoesauderj@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0231-7269

Carolina Simone Souza Adania

Cientista social, mestre em Saúde Coletiva pela USP e doutoranda em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz. Integra o CLAVES/Fiocruz, onde investiga as interfaces entre migração, encarceramento, saúde, cuidado e violência, sob uma perspectiva interseccional.
E-mail: carol.adania@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6621-0180

Catalina Revollo Pardo

Membra fundadora da Coletiva Mulheres em Migração pela Paz (MeMiPaz), professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EICOS/UFRJ).
E-mail: carevollo@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1469-4456

Cláudia Araújo de Lima

Pedagoga. Mestra em Reabilitação e Habilitação de Pessoas com Deficiência. Mestra em Saúde Pública. Doutora em Ciências/Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação – Educação Social da UFMS. Líder do Grupo de Pesquisa NEPI/Pantanal, coordenadora do Grupo de Estudos Mulheres da Fronteira – UFMS.

E-mail: claudia.araujolima@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0712-9101

Corina Helena Figueira Mendes

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Psicóloga pela PUC-Rio e bacharel em Direito pela Universidade Federal Fluminense. Doutora em Ciências da Saúde (IFF/Fiocruz), pesquisadora e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher (Saúde Coletiva) IFF/Fiocruz.
E-mail: corimendes@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2344-3328

Cristiane Batista Andrade

Doutora e pós-doutora pela Unicamp. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz/RJ. Realiza pesquisas na área de trabalho de cuidado; migrações, migrações forçadas, exílio, fronteiras; violências raciais e de gênero; trajetórias de formação e de trabalho de mulheres; maternidade; assédio moral e sexual; feminismos, (de)colonialidade e interseccionalidade. Coordenadora da pesquisa "Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre trabalho, cuidado e violências", com financiamento do CNPq e do Ministério da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa LATINAS, Grupo de Estudos Feministas sobre Decolonialidade, Trabalho e Cuidado, vinculado ao CNPq. Bolsista de produtividade do CNPq (2026-2029).
E-mail: cristiane.andrade@fiocruz.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1441-9171

Cristina Gonçalves Rodrigues

Formação: Enfermeira (UEA). Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSC/UEA).

Campos de estudo: Saúde indígena. Gênero. Justiça reprodutiva. Saúde coletiva.

E-mail: cristinagr.enf@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8077-7608

Daniela Lacerda Santos

Doutora em Saúde Coletiva, mestra em Saúde da Família, integrante do Grupo de Pesquisa Latinas. Realiza pesquisas sobre Rede de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, migração, violência e gênero.

E-mail: enfdanielalacerda@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6318-0809

Danielle Menezes da Silva

Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente do curso de graduação em Enfermagem da UERJ e do Programa de Pós-Graduação *lato sensu* em Obstetrícia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Enfermeira obstétrica e mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional (IFF/Fiocruz).

E-mail: danielle.docente.uerj@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2591-4197

Edith França de Carvalho

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca/Fiocruz. Linhas de pesquisa: gênero, raça, etnia e desigualdades em saúde.
E-mail: edith.fcarvalho@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7029-8840

Emilia Miranda Senapeschi

Mestra em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz, 2025), especialista em Direitos Humanos e Saúde (ENSP/Fiocruz, 2023), especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade (ENSP/Fiocruz, 2021) e bacharel em Psicologia (FAE, 2018).
Temas de pesquisa: Prevenção à violência de gênero/sexual e promoção da saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos para meninas e mulheres.
E-mail: senapeschiemilia@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2343-0647

Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Psicóloga (UFF), doutora e pós-doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), mestra em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH/UERJ). Pesquisadora e professora colaboradora do CLAVES/ENSP e professora da PUC-Rio. Atua na pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública e na Especialização em Saúde Pública. Faz parte da coordenação colegiada do Programa de Articulação Intersetorial em Violência e Saúde da Fiocruz.
E-mail: fernanda.lages@fiocruz.br e fefe.mendeslr@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3766-9758

Gabriel Gerardo Lizárraga Pazos

Migrante venezuelano, mediador intercultural pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde.
E-mail: gabolizarraga08@gmail.com

Gabriela Mendes Cardim

Graduada em Relações Internacionais (UFRJ), mestra em Saúde Pública (Fiocruz) e doutoranda em Saúde Pública (Fiocruz). Temas de pesquisa trabalhados: migração, violência, violência de gênero, saúde mental.
E-mail: cardimgabriela@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-1739-0570

Heloísa Maria Martins Pérez

Formação: Enfermeira (UEA). Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSC/UEA). Campos de estudo: Saúde da Mulher. Violência de gênero. Migrações. Saúde e espiritualidade. Humanização da saúde.
E-mail: heloisamartinsperez@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3878-5774

Ingrid Maryelin Rangel Daza

Migrante venezuelana. Participante do documentário *Fronteiras do Cuidado*, com a finalidade de divulgação científica na pesquisa: "Mulheres migrantes nas fronteiras: interfaces entre trabalho, saúde e violências" (Ministério da Saúde/Decit e CNPq). Também atua em movimentos de migrantes e na integração social e comunitária de migrantes e refugiados.
E-mail: ingrid.daza83@gmail.com

Isa Mariana de Almeida Saraiva

Graduanda do bacharelado em Geografia pela UFRJ, bolsista PIBIC/CNPq. Participou da pesquisa: "Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre trabalho, cuidado e violências", com foco na maternidade e no trabalho de cuidado. Atualmente, realiza pesquisas na

área da geomorfologia fluvial e participa do GEOMORPHOS: Grupo de Pesquisa em Dinâmica e Gestão de Rios.
E-mail: geoisa.ufrj@gmail.com
ORCID: 0009-0007-0523-3689

Jean Junior Thevenin
Migrante haitiano, mediador intercultural pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde.
E-mail: juniorcadet1987@gmail.com

Jessica Morales de Vazquez
Migrante venezuelana, mediadora intercultural pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde.
E-mail: jessicamoralesdevazquez@gmail.com

Jenny Ylerat
Migrante haitiana, mediadora intercultural pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde.
E-mail: jennyylerat95@gmail.com

Jéssyca Félix da Silva Sampaio
Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Doutorado Profissional em Saúde Pública da asENSP/Fiocruz. Mestra em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (ENSP/Fiocruz), integrante do Grupo de Pesquisa Latinas. Atua há 16 anos na APS no município do Rio de Janeiro. Principais áreas de estudo: saúde pública, APS, violência armada, saúde da população migrante.
E-mail: jessycafelix28@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0304-7122

Joyce Lara Gonçalves Guedes

Formação: acadêmica do bacharelado em Medicina (UEA).

Campos de estudo: Saúde da Mulher. Violência obstétrica. Processos de gestar, nascer e morrer. Humanização da saúde.

E-mail: jlgg.med22@uea.edu.br

ORCID: https://orcid.org/0009-0006-5891-4237

Júlia de Almeida Roffé Borges

Psicóloga pela UERJ e mestra em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Temas de pesquisa trabalhados: Migração, gênero e determinantes sociais da saúde.

E-mail: julia.roffe@hotmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3630-4382

Kathie Njaine

Doutora em Ciências, mestre em Informação Científica e Tecnológica. Desenvolve pesquisas na área de Violência e Saúde, com foco nas juventudes, comunicação digital, violência nas relações afetivo-sexuais e avaliação de políticas, programas e projetos. Atua no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/ENSP/Fiocruz, orientando alunos de mestrado e doutorado e na coordenação de cursos lato sensu sobre os impactos da violência na saúde e violência na escola. Interesses de pesquisa: intersecções entre juventudes e violências; relações afetivo-sexuais e violências; violência na escola; violência obstétrica; serviços de saúde; análises de mídias jornalísticas e redes sociais e violência; eventos climáticos extremos e violências; prevenção da violência e informação.

E-mail: kathie.njaine@fiocruz.br

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3250-2331

Larissa Cotrofe Santoro Nasser

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), mestranda em Atenção Primária à Saúde pela ENSP/Fiocruz, especialista em Vigilância à Saúde pelo INI/Fiocruz, especialista em Gestão em Saúde pela Estácio de Sá. Atua há 14 anos na APS carioca, atualmente como assessora técnica da APS na SMS-Rio. Principais áreas de estudo: saúde pública, APS, saúde da população migrante, saúde global.

E-mail: larissacotrofe@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0003-1413-1626

Laura Queslloya

Membra fundadora do Coletivo de Mulheres Migrantes – Cio da Terra. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas. Atua na assessoria de acolhimento da Linha LUCIA do Projeto Nossos Corpos Nossas Fronteiras da MEMIPAZ.

E-mail: auritaqueslloya@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0009-3888-5020

Liane Maria Silveira

É pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da ENSP/Fiocruz. Doutora em Antropologia pelo PPGAS/Museu Nacional/UFRJ (2011). Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia Urbana e Antropologia das emoções, atuando principalmente nos seguintes temas: sociedades complexas, família, maternidade, crianças, babás, trabalhadoras domésticas, mundo digital e infâncias e violências.

E-mail: liane.silveira@fiocruz.br

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7402-7343

Liriel de Azevedo Dias Daniel

Estudante de Ciências Sociais na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq) na ENSP/ Fiocruz e escritora autônoma de vivências e atravessamentos de uma mulher negra lidando com a vida cotidiana.

E-mail: liriel@ufrrj.br

ORCID: https://orcid.org/0009-0006-9770-1189

Manuela Arruda Galindo

Consultora para o Projeto Nossos Corpos Nossas Fronteiras da Coletiva MEMIPAZ. Programa de Pós-Graduação em Comunicação – Universidade Federal Fluminense (UFF).

E-mail: manuugalindo@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7815-5200

Margarita Campo Cuero

Colombiana. Roteirista, colaboradora na produção e participante do documentário *Fronteiras do Cuidado*, com a finalidade de divulgação científica na pesquisa: "Mulheres migrantes nas fronteiras: interfaces entre trabalho, saúde e violências" (Ministério da Saúde/Decit e CNPq). Também atua em movimentos de migrantes e na integração social e comunitária de migrantes e refugiados. Concluiu o Ensino Médio no CEJA Copacabana (2024). Realizou o curso em Gastronomia Social e Sustentável pelo IBMR (2024-2025), com foco em Cozinha do Amanhã. Possui formações complementares em Hotelaria e Turismo pelo Instituto Besouro (2022), Empreendedorismo pelo projeto Decola Jovem e Serviço de Garçom e Garçonete pelo Sindicato de Bares e Restaurantes do Rio de Janeiro. É liderança voluntária na Associação Ali-RJ, composta por imigrantes, refugiados e apátridas, e diretora da Sabores do Mundo, iniciativa que promove saberes culinários de mulheres migrantes.

E-mail: margaritacampo246@gmail.com

Maria Eduarda Monteiro da Silva Marques

Universidade do Estado de Mato Grosso. Discente do curso de graduação em Medicina.

E-mail: marques.maria@unemat.br

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9859-7380

Maria Isabel Ramos da Silva Abelson

Doutora em Saúde da Criança e da Mulher (IFF/Fiocruz), mestra em Educação (UFPE), especialista em Direitos Humanos e Saúde (Fiocruz), especialista em Psicologia Clínica (PUC-Rio) e graduada em Psicologia (FAFIRE/UFPE). Experiência clínica e escolar nas áreas da infância e adolescência. Docente e estudiosa nos temas das infâncias, educação, prevenção de violências e migrações.

E-mail: isabelrs76@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2943-1886

Mariana Holanda Rusu

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Centro de Psicologia da Universidade do Porto. Psicóloga, doutoranda em Sexualidade Humana na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e pesquisadora do Centro de Psicologia da Universidade do Porto. Formação em Psicanálise, Perinatalidade e Parentalidade pelo Instituto Gerar, São Paulo.

E-mail: marianaholandapsi@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0000-3994-8315

Mayalu Matos Silva

Psicóloga, mestra em Medicina Social (IMS/UERJ) e doutora em Saúde Coletiva (ENSP/Fiocruz). Coordenadora de Cooperação Técnica e Social do CLAVES. Atua nos programas de pós-graduação em Saúde

Pública acadêmico e profissional, na Especialização em Saúde Pública e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Faz parte da coordenação colegiada do Programa de Articulação Intersetorial em Violência e Saúde da Fiocruz. Interesses de pesquisa: política de drogas, violência armada, racismo, gênero, saúde mental, direitos humanos, redes de enfrentamento à violência.

E-mail: mayalu.silva@fiocruz.br
ORCID: 0000-0002-0345-1902

Mônica de Castro Dantas Louza

Doutoranda em Saúde Pública (IFF/Fiocruz). Mestra e especialista em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Trabalha com os seguintes temas: justiça reprodutiva; aborto; direitos das mulheres; direitos da população LGBTQIAPN+; religiosidade; saúde pública; saúde mental.

E-mail: monicacastrorj@gmail.com
ORCID: 0009-0008-2091-157X

Mônica de Castro Maia Senna

Mestra e doutora em Ciências (Saúde Pública) pela ENSP/Fiocruz, com pós-doutorado em Ciências da Saúde também pela ENSP/Fiocruz. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense. Professora titular da Universidade Federal Fluminense, atuando na graduação e no Programa de Pós-Graduação em Política Social. Vice-líder do Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais (NAP-UFF). Membro do Grupo de Pesquisa Futuros da Proteção Social, do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Pesquisadora nível 1D do CNPq. Membro do Núcleo Estadual de Educação Permanente do SUAS do Rio de Janeiro (NUEEP/SUAS) e coordenadora adjunta de Programas Acadêmicos – Área de Serviço Social na CAPES (2022-2026).

ORCID https://orcid.org/0000-0003-2161-7133

Munique Therense Costa de Morais Pontes

Formação: Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Mestra em Psicologia (UFRN). Especialista em Clínica (UFRN) e em Educação na Saúde (USP). Psicóloga (UFRN).

Vinculação: Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Campos de estudo: Gênero, saúde e direitos humanos.

E-mail: mtpontes@uea.edu.br

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5433-9267

Polyana Peixoto Pinheiro

Formação: Psicóloga (UFAM). Mestra em Saúde Coletiva (UEA). Especialista em Psicologia na Saúde (Unigran). Formação clínica na Psicologia sócio-histórico-cultural (IPSH). Pós-graduanda em Atenção Psicossocial e Direitos Humanos (Faculdade Arnaldo/TJAM).

Campos de estudo: Gênero. Feminicídio. Orfandades. Justiça reprodutiva.

E-mail: polyanappinheiro@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8331-4520

Raisa Silva dos Santos

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz). Enfermeira neonatal, mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher (Saúde Coletiva) IFF/Fiocruz.

E-mail: enf.raisadossantos@gmail.com

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1716-8796

Rita Buttes Silva

Área Técnica da Saúde dos Imigrantes, Refugiados e Apátridas, Núcleo de Equidade em Saúde, Coordenação de Políticas Públicas em Saúde e Diretoria de Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de

Saúde. de Porto Alegre.
E-mail: rbuttes@portoalegre.rs.gov.br

Simone Gonçalves de Assis

Pesquisadora Titular do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (1989-2019). Pesquisadora voluntária da Fiocruz (2019 em diante). Professora permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública/ENSP e Saúde da Criança e da Mulher/IFF. Pesquisadora do CNPq (PQ2) desde 1999. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Violência e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: violências, criança, adolescente, juventude, saúde mental, epigenética, avaliação.
E-mail: simone.assis@fiocruz.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5460-6153

Tatiana Giovanelli Vedovato

Professora da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Pesquisadora e colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, com pesquisas sobre migrações transnacionais e coorientações em mestrado e doutorado. Possui pós-doutorado e doutorado em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Unicamp. Especialista Multiprofissional em Saúde do Trabalhador Interdisciplinar. Experiência profissional em neonatologia e pediatria.
E-mail: tatigiovedovato@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8615-1317

Thuane Rosa do Carmo

Psicóloga, mestranda em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz, membro do LATINAS, Grupo de Estudos Feministas sobre Decolonialidade,

Trabalho e Cuidado (CNPq).
E-mail: psithuanerosa@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0005-2680-7640

Valéria Cristina Gomes de Castro

Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Mestra em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz.

Graduada em Serviço Social pela UFF. Trabalha atualmente no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/Fiocruz). Pesquisadora no Grupo de Pesquisa Latinas de Estudos Feministas sobre Decolonialidade, Trabalho e Cuidado.

Participa do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO), do GT Internacional Feminismos Decoloniales, Racismo y Salud. Participa do Programa Mulheres e Meninas da Ciência, do Núcleo de Ciência Aberta e do Programa Institucional de Violência e Saúde da Fiocruz.

E-mail: valeria.castro@fiocruz.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7685-4753

Wini de Moura Miguel

Enfermeira formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com residência multiprofissional em Oncologia e *fellowship em Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) pelo* Instituto Nacional de Câncer (INCA). Atua nas áreas de oncologia e TCTH, com interesse em violência sexual e saúde da mulher. Desenvolve pesquisas sobre a interface entre vulnerabilidades sociais e desfechos em saúde.

E-mail: winimm17@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1336-3252

Yelitza Josefina Lafont Paredes

Migrante venezuelana. Atua em movimentos de migrantes e na integração social e comunitária de migrantes e refugiados. Participante do documentário *Fronteiras do Cuidado*, com a finalidade de divulgação científica na pesquisa: "Mulheres migrantes nas fronteiras: interfaces entre trabalho, saúde e violências" (Ministério da Saúde/Decit e CNPq).
E-mail: yelitzalafont@hotmail.com

Youdeline Obas Saint Jean

Migrante haitiana/brasileira, mediadora intercultural pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde.
E-mail: youdelineobas15@gmail.com

Publicações Editora Rede Unida

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

ISBN 978-65-5462-276-9