

Revista
Latino-americana de

Geografia e Gênero

Volume 13, número 1 (2022)
ISSN: 2177-2886

Artigo

Experiências de Mulheres Imigrantes no Sistema Único de Saúde: Uma Gramática Violenta

*Experiencias de Mujeres Inmigrantes en el Sistema
Único de Salud: Una Gramática Violenta*

*Experiences of Immigrant Women in the Unified Health
System: A Violent Grammar*

Ivana Teixeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil
ivanasteixeira@gmail.com

Marisangela Spolaôr Lena

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Brasil
marisangelaslana@gmail.com

Mateus Aparecido de Faria

Instituto René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz –
Brasil
mateusfaria18@gmail.com

Camilo Darsie

Universidade de Santa Cruz do Sul – Brasil
camilodarsie@unisc.br

Cristianne Maria Famer Rocha

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil
rcristianne@gmail.com

Como citar este artigo:

TEIXEIRA, Ivana; LENA, Marisangela Spolaôr;
FARIA, Mateus Aparecido de; DARSIE, Camilo;
ROCHA, Cristianne Maria Famer. Experiências de
Mulheres Imigrantes no Sistema Único de Saúde:
Uma Gramática Violenta. **Revista Latino Americana
de Geografia e Gênero**, v. 13, n. 1, p. 174-194, 2022.
ISSN 2177-2886.

Disponível em:

<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rlagg>

Experiências de Mulheres Imigrantes no Sistema Único de Saúde: Uma Gramática Violenta

Experiencias de Mujeres Inmigrantes en el Sistema Único de Salud: Una Gramática Violenta

Experiences of Immigrant Women in the Unified Health System: A Violent Grammar

Resumo

O Brasil tem visto fluxos migratórios decorrentes de crises globais e os serviços de saúde têm se deparado com grande número de usuários advindos de outros países. Este artigo analisa o modo como o Sistema Único de Saúde acolhe imigrantes, através de relatos de mulheres imigrantes com diferentes estatutos jurídicos, quando acessam o SUS. Explora-se o modo como o controle da saúde e, por consequência da vida, dirigido a mulheres imigrantes têm impactado suas vidas, tendo em vista as espacialidades que lhes constituem. Os resultados apontam que as experiências dessas mulheres se baseiam majoritariamente em uma gramática emocional da violência. Considerando que o conteúdo emocional nos atendimentos em saúde é um dos principais fatores nos processos de cura, pretendemos contribuir para que a oferta de serviços de saúde no Brasil se atente a práticas humanizadas..

Palavras-Chave: Imigração. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Sistema Único de Saúde. Espacialidades.

Resumen

Brasil ha visto importantes flujos migratorios derivados de crisis globales o de refugio, y en los servicios de salud se encuentra un gran número de usuarios de otros países. Ese artículo analiza cómo el Sistema Único de Salud (SUS) ha acogido a los inmigrantes, a través de relatos de mujeres inmigrantes con diferentes estatutos legales, cuando acceden al SUS. Luego, exploramos cómo el control de la salud y, como consecuencia, de la vida, dirigido a las mujeres inmigrantes ha impactado sus vidas, en vista de las espacialidades que los constituyen. Los resultados demuestran que las experiencias de estas mujeres se basan principalmente en una gramática emocional de la violencia. Considerando que el contenido emocional en el cuidado de la salud es uno de los principales factores en los procesos de curación, pretendemos contribuir para que la oferta de servicios de salud en Brasil esté atenta a las prácticas humanizadas.

Palabras-Clave: Inmigración. Derechos Sexuales y Reproductivos. Sistema Único de Salud. Espacialidades.

Abstract

Brazil has experienced migratory flows due to global crises and the country's health services have been impacted with the large number of users coming from other countries. This article analyzes reports by immigrant women with different legal statuses, who accessed the Unified Health System (SUS) to investigate how the SUS has welcomed immigrants. We then explored how health control and, consequently life control, aimed at immigrant women has impacted their lives in view of the spatialities that constitute them. The results show that their experiences are mostly based on an emotional grammar of violence. Thus, considering emotional content in health care as one of the main factors in the healing processes, we intend to contribute to the spread of humanized practices in Brazilian health services.

Keywords: Immigration. Sexual and Reproductive Rights. Unified Health System. Spatialities.

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria,
Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha



Considerações Iniciais

A Geografia é a ciência do espaço, ou seja, do fenômeno produzido pelas relações humanas que interagem com as materialidades que lhes envolvem – naturais ou não – e que direcionam diferentes modos de ser e de estar em distintos territórios, lugares ou regiões. Isso ocorre por meio de uma dinâmica polirrítmica, multiescalar, e em constante mudança, que relativiza ações de padronização e ordenamento social. Assim, o espaço é a dimensão do imprevisível, dos diferentes tempos, das transformações, dos discursos, das diversas intencionalidades, e também dos deslocamentos humanos (DARSIE, 2021).

Conforme apontado por Santos (2009, p. 54), ao falar sobre o espaço, “o ponto de partida é a sociedade humana em processo, isto é, realizando-se. Essa realização se dá sobre uma base material: o espaço e seu uso; o tempo e seu uso; a materialidade e suas diversas formas; as ações e suas diversas feições”.

A partir desta lógica, os estudos geográficos compreendem temas que podem ser articulados na direção de melhor entender as dinâmicas espaciais que produzem a vida e que são produzidas por ela, tendo em vista as linearidades e as rupturas que envolvem as relações humanas. Entre tais temas se encontram as migrações, os jogos de poder entre gêneros e os processos de saúde, bastante relevantes para os contextos sociais, econômicos e políticos, nacionais e internacionais.

Nesta direção, as análises da Geografia permitem que o tema da migração seja tratado para além das rotas de deslocamento, pois se preocupam com processos de acolhimento, sentimentos de pertencimento e redes de oportunidades relacionadas aos migrantes que compartilham e transformam diferentes espacialidades (MARANDOLA JR.; GALLO, 2010; WEBER; DARSIE, 2019). As espacialidades, aqui, são tomadas enquanto conceito que permite pensar na co-constituição de identidades, subjetividades e parcelas espaciais, em um mundo marcado pela conectividade entre lugares distantes e pelos deslocamentos diversos – humanos, informacionais, materiais e animais (MASSEY, 2009; BRAUN, 2009).

Em relação ao gênero e às sexualidades, tornaram-se, na América Latina, por meio de pesquisadoras de diferentes países, mais comuns os estudos relacionados à análise geográfica de fenômenos sociais – que diferem oportunidades entre homens e mulheres – que em outros momentos eram invisíveis no interior da ciência geográfica (SILVA *et al.*, 2009; SILVA; ORNAT, 2018; 2019). No que diz respeito à saúde, pela perspectiva espacial, são atentadas as desigualdades relacionadas ao acesso e aos cuidados de saúde, ao controle de doenças infectocontagiosas, ao aumento da demanda por serviços sanitários, aos efeitos da vulnerabilidade e da exclusão, aos sistemas públicos de saúde, entre outros elementos (GUIMARÃES, 2016; PEREIRA, 2021).

Partindo disso, este artigo, ao articular os três temas, analisa e discute modos como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem acolhido imigrantes, a partir de relatos de dezoito mulheres, de diferentes nacionalidades, que vivem no Brasil. Mais precisamente, entende-os como dinâmicas espaciais que ocorrem por meio das noções de empatia, biopolítica e necropolítica,

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria,
Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha

problematizando algumas das experiências relativas ao controle de doenças ou processos biológicos, junto ao sistema público de saúde brasileiro, concernentes à saúde sexual e reprodutiva.

Mesmo que, frequentemente, uma visão instrumental dos imigrantes como força de trabalho esteja presente nos países receptores (OLIVEIRA; SOUZA, 2019; BRASIL, 2017), o Brasil se preocupou – e ainda se preocupa – com práticas positivas de recepção e cuidado voltadas a tais sujeitos, sendo o pioneiro na proteção legal específica de refugiados, na América Latina. Isso interfere, entre outras questões, na organização da atenção à saúde, de modo a tornar possível a assistência para estrangeiros, considerando os crescentes deslocamentos internacionais que conectam modos de ser e de estar em diferentes territórios que compõem o espaço e que são caracterizados por distintas condições sanitárias (DARSIE; HILLESHEIM; WEBER, 2021).

Assim, o SUS tem como premissa o acolhimento de toda e qualquer pessoa que se encontre em território nacional, sem discriminação, e isso impulsiona a emergência de ações direcionadas para a saúde dos imigrantes, para além da assistência emergencial (SANTOS, 2016; BRASIL, 2017). Contudo, é importante ser destacado que a atuação dos profissionais que integram o quadro do sistema público de saúde é de fundamental importância para que a lei, de fato, seja cumprida. Infelizmente, ainda são marcantes as falhas em relação a essa dinâmica.

Partindo de tais elementos, em pesquisa sobre as ações e práticas de saúde vivenciadas por mulheres imigrantes refugiadas no seio do sistema de saúde público brasileiro, foi apontado que, em relação à atenção à saúde das mulheres, elas demonstram certa satisfação acerca dos serviços prestados, com ênfase na gratuidade de atendimentos e medicamentos, e na empatia de determinados profissionais, destacando-se o modo como alguns acolhem as usuárias imigrantes (TEIXEIRA; ROLLO; ROCHA, 2020). Contudo, outras interessantes questões relativas às experiências de atendimento emergiram, ressaltando-se situações ligadas aos direitos destas mulheres.

As participantes do estudo relataram, por exemplo, desconhecimento e intolerância por parte dos trabalhadores ou dos serviços de saúde em relação a processos ou procedimentos de ordem sexual e reprodutiva, vivenciados por elas, desde suas experiências marcadas por espacialidades diversas. Neste contexto, evidenciam-se práticas profissionais que desprezam diferentes modos de vida e ignoram os determinantes de saúde que balizam os cotidianos destas mulheres, a partir de seus lugares de partida.

Os determinantes de saúde – fundamentais para a perspectiva da Geografia, em articulação ao campo sanitário, e para o desempenho dos serviços de saúde – constituem-se por meio das condições socioeconômicas, culturais e ambientais que envolvem “redes sociais e comunitárias, estilo de vida dos indivíduos, idade, sexo e fatores hereditários – os contextos nos quais as sujeitas e sujeitos experienciam o espaço” (SIMON; BORSOI, 2022, p. 50). Portanto, tal situação evidenciou, mesmo que sutilmente, insatisfação em alguns relatos e motivou o desenvolvimento das reflexões apresentadas neste artigo.

Nos relatos, a noção de empatia emergiu como um elemento estruturante das práticas de cuidado, revelando a importância de se promover a

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha



compreensão dos atos de saúde das diferentes usuárias, provenientes de diferentes países. Ao mesmo tempo, sinalizaram que a falta de empatia se refere a uma sorte de violência, exercida sobre mulheres imigrantes, que podem ser associadas às práticas biopolíticas ou necropolíticas. A violência de gênero sofrida por mulheres em situação de refúgio é uma importante dimensão do estado geral de saúde (SCHWINN; COSTA, 2016; ROSA *et al.*, 2019).

Assim, coloca-se em perspectiva analítica as percepções destas mulheres a respeito das técnicas de saúde, das experiências com as unidades de saúde e das relações que estabeleceram com profissionais, a partir da problemática emergente de seus relatos. Pretende-se contribuir com a discussão acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres no Brasil, especialmente nos campos da Geografia, das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva.

Percurso Metodológico

A análise se apoia, conforme mencionado, em relatos de dezoito mulheres imigrantes, de diferentes nacionalidades, que vivem atualmente na região metropolitana de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. Os relatos foram ouvidos e/ou vivenciados no período de novembro de 2018 a abril de 2019, e de janeiro e fevereiro de 2020. Inicialmente, teve-se acesso a um grupo de venezuelanos, em processo migratório por refúgio, acolhido na condição de abrigo nas casas da Organização Não Governamental Aldeias Infantis SOS, localizada no Bairro Sarandi, Zona Norte da cidade¹.

Ao mesmo tempo, em dezembro de 2018, acessou-se um segundo grupo, também formado por venezuelanos, acolhidos na Vila Marista – um complexo de alojamentos localizado na região metropolitana. Tal grupo era constituído, na sua maioria, por famílias que vivenciaram os mesmos fluxos de entrada no Brasil: ingressaram no país via Pacaraima, no estado de Roraima, localizado no norte do país e, por diferentes rotas, chegaram ao sul. Assim como outros imigrantes em situação de refúgio, passaram por diferentes países e por processos de acolhida e interiorização, sendo examinados e vacinados pelas equipes de saúde ligadas ao Exército e encaminhados para diferentes regiões do Brasil para instalação final.

No segundo semestre de 2019, ocorreu o contato com um terceiro grupo, formado por mulheres imigrantes que vivem em Porto Alegre há mais tempo. Este grupo tem como característica comum o fato de estarem cursando ou terem cursado graduação ou pós-graduação. Tais mulheres são provenientes de países africanos, Moçambique, República do Congo, Guiné Bissau, e latino-americano, Colômbia.

Essas dinâmicas se alinham ao que Massey (1993) chama de transnacionalismo, ao considerar que os deslocamentos humanos envolvem, para além dos lugares de partida e de destino, diferentes percursos – passando

¹ Parte de um grupo de 140 refugiados, que estavam alocados em Roraima, no norte do país, foram transferidos para quatro cidades gaúchas e, em Porto Alegre, ficaram 70 venezuelanos, todos abrigados em cinco casas da ONG Aldeias Infantis SOS. Eles chegaram à cidade em setembro de 2018 e passaram seis meses nesse local, tempo para encontrarem uma moradia fixa e emprego.

por diferentes regiões e países – delimitados pelas possibilidades e obstáculos dos sujeitos migrantes. Conforme apontado por Weber e Darsie (2019), em um mundo globalizado – mesmo que apenas para alguns – os deslocamentos humanos conectam e transformam diferentes parcelas espaciais e modos de vida a partir dos sujeitos migrantes, como ocorre com os grupos acompanhados.

Assim como a proveniência e os percursos, as razões que as fizeram migrar são de diferentes naturezas: as mulheres venezuelanas procuraram o Brasil no processo de refúgio, principalmente a partir de 2016, com a crise institucional, econômica e social da Venezuela (NOGARA; WOBETO, 2019). As mulheres naturais de países da África Subsaariana e da América Latina vieram para estudar no Brasil.

Certamente, entende-se que tais mulheres são muito diferentes entre si, desde as subjetividades emergentes de suas nacionalidades até aquelas produzidas por suas experiências individuais no/pelo espaço. Contudo, nesta discussão, atenta-se ao fato de serem mulheres imigrantes – não brasileiras – para que, assim, possam ser levantadas questões sobre os atendimentos prestados pelo SUS em relação à saúde sexual e reprodutiva.

De abordagem qualitativa e inspiração etnográfica, a investigação ocorreu por meio de visitas a campo, junto às famílias venezuelanas, com o objetivo de se vivenciar o cotidiano de suas trajetórias de instalação no Brasil. Além da observação participante, foram realizadas entrevistas com dez mulheres venezuelanas e oito advindas de países africanos e latino-americanos. As entrevistas foram pensadas e executadas visando conhecer suas experiências de acesso aos serviços públicos de saúde, tendo em vista as dinâmicas espaciais que envolvem o tema.

A partir das entrevistas semiestruturadas, foram realizadas análises de modo a focalizar aspectos relacionados à garantia de direitos humanos concernentes à saúde sexual e reprodutiva das participantes. Nesse sentido, a literatura foi utilizada para balizar as discussões, tendo em vista os caminhos percorridos pelo SUS. Ressalta-se ainda que a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número 3.229.977.

Espacialidades, Biopolíticas e Necropolíticas

A empatia é um conceito, sobretudo, polissêmico, passivo de críticas quanto ao seu uso, sendo considerado, inclusive, uma armadilha teórica dado seu conteúdo subjetivo (FAVRET-SAADA; ISNART, 2009; GONZALEZ, 2014). A empatia tem sido tratada pelas mais diferentes disciplinas e associada, em termos gerais, à ideia de que existiria, tanto nos humanos quanto nos animais, uma habilidade inata de acessar algo do outro, como se fosse possível sentir parte das emoções que esse outro exprime. Essa habilidade tem como reflexo concreto ações em direção a esse outro que proporcionam benefícios, que não necessariamente beneficiam o portador da empatia. A noção de empatia, da forma como apareceu nos relatos das interlocutoras, remete à boa comunicação ou à falta dela. O termo é tomado não como uma categoria de análise, mas como uma categoria para ser analisada.

**Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria,
Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha**



Ao mencionar a perda de um exame que aguardava por mais de um ano, Rosa², psicóloga moçambicana, vivendo com o marido e a filha de dois anos há um ano no Brasil, relata:

Eu já me consultei sim com um gineco[logista] porque eu tive algum problema de saúde lá [...], consultei e fiz os exames todos. Fiquei na lista de espera, porque eu tinha que fazer ecografia, só que quando chegou o dia da ecografia, como o meu número [de celular] eu comprei em São Paulo, eles ligaram para o meu marido, ele não ouviu direito. [...] eu fui lá no dia seguinte, expliquei que ligaram para ele, mas ele não entendeu. Só que a moça disse que já não dava, como não conseguiu falar comigo, [o exame foi] cancelado. Então eu estou de novo na fila, agora para fazer aqui, no Santa Marta. [...] tendo em conta que eu fiquei mais de um ano esperando para ser atendida e, de uma hora pra outra, foi cancelado, eu acho que podia existir uma espera para ver se a pessoa tem mesmo interesse [...]. Ligaram em um dia de tarde e eu fui no outro dia de manhã. (...) eu acho que faltou um pouquinho de empatia, mas eu não quero me vitimizar; eu não quero pensar que elas fizeram isso porque eu não sou daqui, porque eu sou estrangeira, mas eu acho que faltou um pouquinho mais de empatia (Rosa, outubro de 2019).

Outra interlocutora, também moçambicana, que vive no Brasil há três anos, mobiliza o termo empatia para falar das boas experiências que teve com o sistema de saúde brasileiro. Nas palavras de Isis:

Eu acho que o Brasil tem uma coisa que é muito legal que é a sensibilidade no atendimento ao público. Eu sei que tem problemas, eu sei que tem coisas que falham, mas é um impacto grande de quem vem de Moçambique para cá, certamente. O atendimento é muito atencioso, é detalhado, é sensível, então tem um acolhimento simpático, né, com empatia, tem isso sim, e isso que me criou mais impacto (Isis, outubro 2019).

As interlocutoras que ingressaram no Brasil por motivos acadêmicos, oriundas de países da África Subsaariana, manifestaram essa especificidade do SUS, mobilizando a ideia de empatia. A interlocutora que provém da República do Congo, vivendo há dois anos no Brasil, ao ser questionada sobre as diferenças nos serviços de saúde prestados pelo estado em seu país e no Brasil, responde:

Ah tem sim! Os profissionais do meu país não têm muita empatia. [...] Eles são muito técnicos. [Tu] chegas, [ele pergunta] o que que tu tens e, pronto, acabou... aqui, eles têm um pouco de empatia, conversam um pouco mais com o paciente. [...] lá eles são muito técnicos, querem dinheiro e acabou. Eles não têm aquele tempo de querer

2 Os nomes usados aqui e a seguir são fictícios, escolhidos pelas próprias participantes.

saber um pouco mais sobre o paciente (Lua, setembro de 2019).

Situações semelhantes foram relatadas por mulheres brasileiras e africanas falantes da língua portuguesa junto ao sistema público de saúde português. Ao serem questionadas sobre suas percepções em relação aos atendimentos de saúde sexual e reprodutiva no país europeu, especialmente as brasileiras, destacaram a falta de empatia dos profissionais portugueses (ROCHA *et al.*, 2012). Diante destas questões, reforça-se a ideia de que os serviços sanitários se diferenciam de acordo com as espacialidades que os envolvem. Uma gama de discursos – entendidos aqui como um conjunto de práticas e enunciados – diferenciam parcelas espaciais por meio de dinâmicas sanitárias múltiplas, fato que, em um contexto considerado globalizado, ressalta os contrastes das dinâmicas espaciais nacionais balizadas por legislações distintas (DARSIE; HILLESHEIM; WEBER, 2021).

Partindo disso, ao relacionar a saúde de imigrantes em situação de refúgio, no Brasil, com discussões sobre o sistema público de saúde, pode-se pensar que a noção de empatia emerge como um elemento crucial para a efetividade dos vínculos e cuidado preconizados pelo SUS, identificado tanto em documentos institucionais, quanto nos relatos das entrevistadas. Nas políticas de saúde brasileiras, a empatia é destacada como um dos critérios relevantes para a humanização do atendimento em saúde. Já no contexto das práticas de formação em saúde, a partir das ideias de Educação Continuada ou Permanente em saúde, a empatia é citada como uma habilidade necessária aos profissionais da área da saúde, a partir da ideia de educação continuada ou permanente (KIRST, 2017; BRASIL, 2011).

Esse elemento parece servir como associativo, porque favorece relações contínuas e mais simétricas, apontando para experiências vividas junto ao SUS que circunscrevem nesses corpos, identidades. O termo empatia serve, então, para identificar gramáticas emocionais que apareçam nos cuidados de saúde que objetivam os usuários, na medida em que vão sendo subjetivados por profissionais, serviços ou técnicas (VICTORA; COELHO, 2019). Observando esse modo de produzir o outro através de relações de cuidado, pensar essas gramáticas é fundamental em uma sociedade que governa para a vida e cujos fluxos se aprofundam em um sujeito que é, ao mesmo tempo, mulher e migrante (NIELSSON; STURZA; WERMUTH, 2019).

O governo “da” e “para” a vida das populações, foi denominado, por Foucault, como Biopolítica (FOUCAULT, 2012). As estratégias biopolíticas são fatores importantes, principalmente em questões relacionadas à saúde pública e à transformação do espaço (SOUZA, 2014). Elas não devem ser consideradas positivas ou negativas, ou seja, não são estabelecidas para prejudicar ou privilegiar determinados grupos humanos. Em outra direção, precisam ser vistas como ações, enunciados e pensamentos que produzem algo, mais precisamente, sujeitos alinhados à manutenção e preservação da vida.

Assim, nessa direção, o que interessa é a promoção da qualidade de vida das pessoas, mesmo que para isso sejam necessárias práticas diferenciadas de abordagem para diferentes populações, que passam a ser aplicadas de modo articulado. Elas surgem a partir do século XVII, quando já não se podia falar

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha

apenas sobre sujeitos. Naquele contexto, as populações passavam a ser entendidas como problema político e econômico. Questões referentes à gestão e à regulação da vida pelos Estados se tornaram importantes e colocaram em evidência variáveis como a natalidade, a mortalidade, a fecundidade, o estado de saúde e de doença, dentre outras (LIMA, 2018).

Segundo Foucault (1989), o controle da vida ocorre a partir da normalização dos corpos e dos comportamentos, disciplinados por meio de padrões pré-definidos, garantindo condições do exercício de poder ao Estado. Assim, o termo biopolítica pode ter um papel importante para se entender como a modelagem de fenômenos vitais determina certa constituição do social e, em revanche, mostrar como as transformações políticas se refletem no nível de conhecimento do ser vivo (KECK, 2008). Cabe destacar ainda que

as estratégias biopolíticas são relações de poder que englobam informações e práticas sobre saúde e doença, dados e monitoramentos relacionados aos determinantes sociais, índices econômicos globais e locais bem como outros elementos que envolvem as populações em diferentes lugares do mundo [...] assim, subjetivam os sujeitos para os conduzir em direção às “melhores” maneiras de pensarem e de agirem. No entanto, é importante ser entendido que tais estratégias têm início nas dinâmicas humanas – cotidianas e locais –, pois elas criam padrões e normas sociais que direcionam as decisões de Instituições e de gestores públicos. Não o contrário (DARSIE, 2020, p. 2).

Nesse sentido, o conceito oportuniza melhor identificar discursos que determinam quem importa e quem não, ou seja, quem tem valor para as sociedades produtivistas e quem representa despesas. Aqueles que não têm valor são passíveis de abandono e/ou extermínio, configurando aquilo que Mbembe (2011) definiu como necropolítica: a política de morte que é exercida sobre determinados grupos populacionais, baseados em uma lógica de mercado de consumo.

Nesta perspectiva, pode-se compreender que a necropolítica conduz à morte, porém, de modo articulado à biopolítica. Não se trata, necessariamente, de estratégias explícitas de extermínio, conforme ocorreram – e ainda ocorrem – em outros tempos e lugares, e que ainda chocam muitas pessoas e definem espacialidades. Em outra direção, podem ser observadas em articulação aos discursos de preservação da vida, que visam potencializar aptidões e oportunidades, em contextos em que as rugosidades, ou seja, as marcas de processos espaciais e históricos que destacam as discrepâncias sociais no espaço (SANTOS, 2009), não garantem equidade no que se refere às oportunidades. De modo simples, pode-se pensar que a necropolítica ocasiona a morte de alguns, ao tentar garantir a vida de outros.

Partindo disto, no contexto das migrações, as relações de gênero estão atravessadas por questões que definem quem pode se movimentar e como, além dos impactos nas famílias. Como pontuam Dias, Rocha e Horta (2009), as principais causas de adoecimento e morte entre as mulheres que migram estão relacionadas a problemas com a saúde sexual e reprodutiva. Afinal, ao

longo do processo migratório, os indivíduos negociam, reconstruem e reproduzem relações de poder e, nesse ínterim, são subjetivados.

As mulheres migrantes são afetadas de diversas maneiras, por exemplo, pela tendência a menor autonomia e menor capacidade de decisão sobre seus corpos (WHO, 2002; PERES; BAENINGER, 2012) quando se deparam com novas parcelas do espaço, cujas diferenças socioculturais impõem dificuldades, como a relação com os programas e políticas de saúde que imperativamente levam as mulheres a adotarem determinadas ações sobre seus corpos. Conforme aponta Silva (2003), ao discorrer sobre a participação feminina nos espaços eclesiais, é relevante que, no contexto das dinâmicas espaciais, as questões que envolvem diferentes mulheres sejam atentadas, de modo a torná-las visíveis, tanto no campo científico, como no contexto das relações sociais de poder, para que ocupem posições de relevância junto a decisões e transformações. O mesmo deve ser aplicado ao campo da saúde, de modo a se garantir práticas equitativas.

Os programas e políticas de saúde são definidos no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos que refletem, em nível legal, em dispositivos que garantem isonomia de direitos entre homens, mulheres, gays, lésbicas e travestis, mesmo que no cotidiano isso dificilmente seja alcançado. Com isso, ao tomar a “saúde sexual e reprodutiva” como um conceito, mesmo que de forma instrumental para efeitos analíticos ou práticos, depara-se com a abrangência do termo, uma vez que transborda a temática exclusivamente reprodutiva e alcança as sexualidades de modo ampliado.

Em todo caso, considera-se aqui que o direito à saúde sexual e reprodutiva implica na garantia, no caso das mulheres, de uma vida sexual segura, prazerosa e com liberdade de decisão (DIAS; ROCHA; HORTA, 2009), constituindo-se, portanto, no rol dos direitos humanos, tal como foi afirmado no Relatório da Conferência de Cairo:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer (ONU, 1994, p. 3).

Na ocasião da 63ª sessão da Comissão sobre a Situação das Mulheres, principal encontro para discussão sobre direitos das mulheres, realizada pela Organização das Nações Unidas, em 2019, discutiu-se a proteção de mulheres migrantes, dando-se ênfase na importância desta população enquanto mão-de-obra, reconhecendo-se a importância das trabalhadoras para as nações, independente de seus *status* migratórios.

Apesar de avançar pela legitimidade das mulheres migrantes nos territórios em que se encontram, temporariamente ou não, ainda permanece um viés utilitarista que enxerga a mulher, o homem e a criança em migração, como empregados mais baratos e servis. Complementarmente, cabe ser destacado que o governo brasileiro, representado pelo Ministério da Mulher, da Família e

dos Direitos Humanos, foi contra tal proposição, alegando que o texto poderia incentivar a prática da imigração ilegal (LIMA, 2019).

A partir destes modos de entendimento acerca da temática, que por vezes considera migrantes enquanto mão-de-obra barata ou alega que seus deslocamentos pelo país são inadequados, observa-se que práticas de saúde legalmente garantidas, muitas vezes, são desempenhadas de maneira equivocada ou representam violências de gênero contra as imigrantes, produzindo, assim, dinâmicas necropolíticas que marcam as espacialidades vividas em território brasileiro.

Vivências Femininas e Violências no Sistema Público de Saúde

A busca pela garantia de direitos concernentes ao corpo da mulher perpassa diversas esferas, como a do trabalho, da cidadania, da política e, com bastante ênfase, da saúde. Nos caminhos por onde transitam, as mulheres imigrantes podem encontrar similaridades entre as condições de recepção no Brasil e as possibilidades de acesso aos sistemas de saúde dos seus países de origem. Contudo, os itinerários de saúde vividos no Brasil estão imbricados pelo caráter itinerante que toma suas vidas, por meio da administração de itinerários terapêuticos, em lugares que não aqueles de origem ou familiaridade.

As dinâmicas de funcionamento do SUS que, em contraste com os modos de apoio estatal de seus países, promovem a necessidade de deslocamentos locais, em muitos casos, reforçam as vulnerabilidades sanitárias dessas imigrantes. Entende-se que o acesso aos serviços de saúde se torna um dos primeiros obstáculos enfrentados pela falta de comunicação adequada entre o sistema e as usuárias. A partir disso, diferentes maneiras de se entender práticas de saúde e a capacidade de escuta dos profissionais podem potencializar os desafios.

De modo geral, neste estudo, o estado de saúde das mulheres teve a influência determinante da transnacionalidade (MASSEY, 1993), seja pelas condições do refúgio (como as venezuelanas), ao vivenciarem situações insalubres em albergues lotados, ao permanecerem meses em situação de rua, algumas grávidas, ao se deslocarem por horas a pé até encontrarem atendimento em postos de saúde ou hospitais, seja pela busca de formação, através de programas de intercâmbio que oferecem apoio socioeconômico.

Uma das interlocutoras da pesquisa vivendo no Brasil há cerca de três anos, natural de Moçambique, quando questionada acerca da influência de sua condição de estrangeira nos atendimentos em saúde, chama a atenção para uma ação específica que remete à sua origem:

[...] Eu lembro que alguma vez já me perguntaram se eu estava tranquila porque acho que era um homem atendendo e era para fazer Papanicolau³ [...] e ele teve um cuidado por entender que era uma cultura diferente, porque quando se vem de culturas africanas é mais tranquilo ser atendida por uma mulher. É uma cultura mais

3 O Papanicolau é um exame simples e rápido que colhe células do colo do útero para análise em laboratório, com o objetivo de prevenir contra o câncer de colo de útero.

tradicional e daí já me perguntaram isso. Mas, para mim, especificamente foi tranquilo (Isis, outubro de 2019).

O relato demonstra a importância da competência cultural dos profissionais da saúde, constantemente elencada como relevante atributo nos atendimentos, não somente pela barreira linguística, mas também pela necessidade de que os profissionais tenham conhecimento das políticas públicas de atenção a povos específicos (SANTINHO, 2012; REIS; COSTA, 2014). É importante ser frisado que a abordagem profissional não está isenta da influência de discursos hegemônicos sobre os usuários, ocasionando, em alguns casos, a percepção, por parte dos imigrantes, de certa insensibilidade ou falta de reciprocidade.

Diante desta questão, uma das habilidades profissionais necessárias é o reconhecimento e consideração às diferenças espaciais que produzem os sujeitos migrantes usuários dos serviços de saúde. O reconhecimento acerca dos deslocamentos internacionais – que interconectam diferentes lugares do espaço – e dos diferentes contextos de produção de sujeitos, que ocorrem por meio do mesmo fenômeno, torna-se uma ferramenta relevante no que se refere ao cumprimento das orientações oriundas dos Direitos Humanos e das políticas públicas brasileiras. Neste sentido, a importância ética da escuta pelos profissionais da saúde e dos discursos e saberes relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres imigrantes pode revelar tanto um olhar etnocêntrico do saber ocidental sobre os saberes do “outro”, quanto um canal de comunicação sensível, com a valorização de saberes situados fora da esfera econômica ocidental (PEREIRA; ALMEIDA, 2005).

Assim, ao que parece, quando os usuários são estrangeiros, ações elementares, como cadastramento e acompanhamento de processos terapêuticos, mostram maior complexidade, como aponta Risson (2016), ao evidenciar que nos processos de inclusão de pacientes na atenção básica ocorrem práticas preconceituosas, incluindo atos de racismo e inclusão precária. Esses eventos, que causam sofrimento social, são originários de ações em que os profissionais exercem uma espécie de racialização, sem qualquer conexão emocional com imigrantes, mesmo em situações dramáticas. Uma das interlocutoras da pesquisa – mulher de 50 anos – vivendo há dois em Roraima e há três meses em Porto Alegre, relata como se dava a relação com os profissionais de saúde em Boa Vista:

[...] recebemos um pouco de rechaço e maus tratos, porque alguns profissionais da saúde, por exemplo, diziam que tudo o que tinham, tinham que dar aos venezuelanos e que, aos brasileiros, já não tinham mais para dar. Então, os remédios que eles davam, quando íamos buscá-los, eles nos olhavam feio, nos deixavam por último. Eu me coibi de ir a um posto para pegar remédios por isso, para evitar isso... Porque não é fácil ser tratado assim, qualquer ser humano se sentiria mal (Maria, agosto de 2019).

O sentimento de incompreensão, do mesmo modo, pode ser percebido na história de outra participante, também venezuelana, que viajou grávida com a família (marido e filho) para o Brasil. Ela pariu seu segundo filho na cidade de

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha



Boa Vista, durante o processo de deslocamento. O relato sobre o parto normal de seu segundo filho é testemunho de uma experiência traumática. Segundo conta, ao chegar à unidade de saúde, os profissionais riram por ela não entender português. No hospital, ela e o marido se sentiram isolados e abandonados enquanto ela gritava de dor pelos corredores e pedia por uma cesariana.

Na situação, os profissionais não conversavam, pediam que ela se acalmasse, mas não explicavam satisfatoriamente os motivos de tanta dor. Ao final de doze horas de contrações, deu a luz, por meio de parto normal. Este processo é algo que não desejava e que foi muito sofrido: “se eu tivesse tido meu primeiro filho de parto normal, certamente eu não teria coragem de ter um segundo” (Antônia).

Evidencia-se no relato de Antônia que o principal problema de atendimento esteve relacionado à comunicação. Certamente, se a equipe de saúde estivesse preparada para o acolhimento de imigrantes, conforme intenta em lei, a experiência poderia ter sido vivenciada a partir de outros percursos. Provavelmente, o parto ainda seria feito de modo natural, contudo, o apoio necessário garantiria outra percepção em relação ao atendimento.

Outra participante, natural de Guiné Bissau, residente no Brasil há mais de uma década, casada e mãe de um menino de três anos, fez todo o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e o parto em um hospital público. A experiência de ter vivido a gravidez, as práticas em torno do pré-natal e as intervenções relativas ao parto na condição de uma mulher imigrante também demonstram como estas situações podem ser bastante difíceis:

[...] eu cheguei lá com pouca dilatação, às 5h da tarde. Estourou minha bolsa e eu fui para o hospital. Como eu sou um pouco medrosa, no início, queria me tirar sangue e eu não aceitava [...] eu cheguei e comecei a ter contrações, mas não tinha dilatação para dar à luz. Por causa das contrações, eu comecei a gritar, meu marido estava junto, e eles só controlavam o bebê, a dilatação e a respiração. [...] cada vez que eles vinham ver como estava, só tinha dois [dedos] de dilatação, não avançava. O medo continuava, mas eles não me deram anestesia, não deram aquele medicamento que induz o parto e eu não sei por que eles não fizeram isto, se foi porque eu chorava muito, se eles achavam que eu poderia não aguentar... Então eu fiquei lá até às 4h da madrugada. Até que chegou o momento que eles perceberam que a criança estava sofrendo, estava com menos batimentos e disseram: vamos fazer uma cesariana de emergência (Sonia, outubro de 2019).

A participante relata ainda o fato de seu pré-natal não ter sido feito por um único médico. Para ela, o fato de não suportar a dor poderia estar ligado à falta de vínculo com o médico responsável e também à forma como os profissionais “naturalizaram” a sua dor, talvez por ser estrangeira:

Poderia ter sido bom o acompanhamento com um único profissional ao longo do pré-natal. Até para poder se criar um vínculo. E a

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha

questão do incentivo ao parto normal e os relatos das experiências de algumas mulheres que eu conheço... Porque muitas mulheres tem essa dificuldade de ter uma dilatação rápida [...]. Agora, eu tenho muito medo de ter outro filho por causa disso. Eu fico pensando que eu vou ter outro filho só quando eu tiver condições de já marcar a cesariana. Não quero mais sofrer de novo desse jeito. Mas teve gente que me contou que tiveram sorte e não sentiram tanta dor, pois deram anestesia e foi menos sofrido. Não tiveram dilatação, mas também não sentiram dor (Sonia, outubro de 2019).

A saúde de um sujeito imigrante é perpassada pela qualidade do encontro cultural, pela relação desenvolvida com os nativos e profissionais de saúde, pela (in)compatibilidade idiomática e pelas possibilidades de garantia de renda. Estes são alguns dos empecilhos existentes, e isso tende a se aprofundar à medida que outros fatores se somam ao processo, como ser mulher migrante (RIBEIRO, 2019). O excerto de entrevista que segue faz uma alusão a mais uma dessas incompreensões ou estranhezas vividas pelas mulheres nos itinerários de saúde ligados ao controle da saúde sexual e reprodutiva. A interlocutora é natural da República do Congo e passou a morar em Porto Alegre em 2017, depois de chegar ao Brasil por uma solicitação de refúgio e conseguir ingressar na universidade, via processo especial para portadores de visto humanitário.

O que eu achei estranho? Acho um pouco estranho que ultimamente eu fui numa ginecologista na emergência do hospital [...] e foi estranho porque eu cheguei na triagem e a primeira pergunta foi: você está grávida? (risos) Claro que não! Não é porque eu estou aqui que eu sou obrigada a estar grávida! E não somente ele me perguntou isso, mas quando eu fui ver a ginecologista ela me pergunta a mesma coisa, se eu estava grávida. E ela ainda falou assim: “mas como que tu fazes para não ficar grávida?” Ela me perguntou isso! Eu respondi: “eu me cuido, uso preservativos, como qualquer mulher normal! Não é porque eu sou estrangeira que eu não conheço, né!?” (Lua, setembro de 2019).

Essa interlocutora entendeu a abordagem que recebeu, a partir de uma espécie de presunção por parte dos profissionais, de que, se ela estava acessando o serviço de saúde, estaria grávida, e não conheceria as práticas de contracepção. Ora a mulher imigrante, ao ser atendida em uma unidade de saúde ou hospital, é acolhida com base em protocolos, planos, projetos e leis que determinam o atendimento em saúde, ora é recebida por sujeitos cujas ações são afetadas por aquilo que se pensa e se replica sobre os migrantes nas sociedades anfitriãs. Martin, Goldberg e Silveira (2018) e Fassin (2000) chamam a atenção para o modo como o imigrante é normalmente visto pelas sociedades de acolhimento, destacando o lado negativo desta visão: como ameaças sociais, portadores de doenças que vêm aumentar os riscos de problemas sociais e econômicos.

As situações relatadas até aqui mostram que a falta de empatia – por

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha

incompreensão ou falta de comunicação – revela um conjunto de prescrições e regras que determinam os modos como as imigrantes são tratadas nos contextos de saúde. Isso ocorre por meio de uma gramática violenta que implica negativamente na subjetividade dessas mulheres e na articulação com as novas dinâmicas espaciais, porque associam momentos importantes de suas vidas com sofrimentos e intransigências dos lugares onde passaram a viver. As violências evidenciadas através dos relatos não se tratam de eventos extraordinários, exercidos em situações especiais (PEREIRA, 2010). Os exemplos, ao contrário, demonstram a existência de uma violência sutil, inscrita na ideia de (falta) de empatia que revela uma gramática emocional, que é sustentada por noções de dor, sofrimento e vulnerabilização na gestão da vida dessas mulheres imigrantes (DAS, 2011; FASSIN, 2018).

Ao mesmo tempo em que têm seus corpos e subjetividades controlados pelas estratégias biopolíticas de gestão da vida, também estão submetidas a certa privação de conexão emocional, quando se referem como “falta de empatia” às práticas de preconceito. Neste sentido, são diversos fatores que colocam a condição feminina em desvantagem perante as vivências de saúde relativas à reprodução e à sexualidade, seja pela prevalência de um discurso biomédico – que vê o corpo feminino como *locus* experimental para toda forma de contracepção – seja pelos ditames sociais cuja cultura machista, por excelência, culpabiliza e penaliza a mulher por comportamentos que aos homens são considerados, muitas vezes, positivos.

É possível afirmar que as situações às quais estas mulheres são submetidas demonstram a força de estratégias biopolíticas e necropolíticas, principalmente quando não existem (ou são fracas) redes de apoio institucional que possam mediar os processos de saúde e doença nos territórios de origem, trânsito, destino e retorno. Se, por um lado, as políticas públicas brasileiras, sobretudo as relativas à saúde, buscam afirmar a vida, declarando a saúde como direito de todos e dever do Estado; por outro, as práticas cotidianas de cuidado e atenção, em decorrência de contingenciamentos, (sub)financiamentos, falta de profissionais, austeridade fiscal e financeira, dentre outros fatores, denotam aquilo que Mbembe (2011) chama de necropolítica. Estas são as formas contemporâneas que subjugam a vida ao poder da morte e reconfiguram profundamente as relações entre resistência, sacrifício e terror.

Conforme discutido anteriormente, tais dinâmicas marcam as espacialidades nacionais e transformam as vidas de migrantes, ao mesmo tempo em que são transformadas por eles. Índícios de violências como os relatados caracterizam modos de ser e de estar em diferentes parcelas do espaço, definindo índices sanitários.

Considerações Finais

Os itinerários terapêuticos relativos à saúde sexual e reprodutiva para as mulheres imigrantes participantes dessa pesquisa – sobretudo as refugiadas – apresentam exemplos de sofrimento social, porque remetem a experiências de violência. Tais experiências estão vinculadas tanto a estratégias de produção da vida (biopolítica), quanto da morte (necropolítica). Dentre os fatores que atrapalham o andamento dos itinerários terapêuticos propostos, estão aqueles

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria,
Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha



relacionados à variação de profissionais durante o andamento dos processos de saúde e à incompreensão que se apresenta na relação usuário/sistema e sujeito/profissional.

A garantia a uma assistência à saúde integrativa e integral das mulheres, que leve em consideração as especificidades dos territórios por onde passaram e dos seus processos subjetivos é outro caminho a ser percorrido, pois o que se apresenta são “trechos”, pedaços incompletos de cuidado, de vínculo e amorosidade. Projetos foram e estão sendo desenvolvidos, tanto na cidade onde se realizou a pesquisa quanto em outros recantos do Brasil, no entanto, esse percurso não está interconectado – são ações políticas espaçadas, sem articulação de âmbito nacional, e que ainda estão sendo desmanteladas ou enfraquecidas.

A presença de organizações não estatais em colaboração com o governo local pode ser uma pista de como poderemos garantir direitos às mulheres que já os tiveram negados em seus territórios de origem, ou mesmo em outros que possam ter permanecido.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei n. 13.445**, de 24 de maio de 2017, Institui a Lei de Migração. Brasília: Presidência da República, 2017.

BRAUN, Bruce. Thinking the City through SARS: Bodies, Topologies, Politics. In: H. Ali; R. Keil (Eds.), **Networked Disease: Emerging Infections in the Global City**. Wiley-Blackwell: Oxford, 2009. p. 250-266.

DARSIE, Camilo. Modos de Pensar o Espaço a partir da Prevenção e do Controle de Doenças: espacialidades, informações, monitoramento e molecularidade. In: Claudionei Lucimar Gengnagel. (Org.). **Ensino de Ciências Humanas: reflexões, desafios e práticas pedagógicas**. 1 ed. Chapecó: Livrologia, 2021, p. 185-198.

DARSIE, Camilo. Biopolíticas da COVID-19. **Journal of Infection Control**, v. 9, p. 1, 2020. Disponível em: <<https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/350/pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

DARSIE, Camilo; HILLESHEIM, Betina; WEBER, Douglas Luís. O Discurso de Controle de Doenças da Organização Mundial da Saúde e a Produção de Espacialidades Nacionais. **Interface**, Botucatu, v. 25, e200587, 2021. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832021000100260&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mai. 2022.

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha



DAS, Veena. O Ato de Testemunhar: violência, gênero e subjetividade. **Cadernos Pagu**, v. 37, p. 9-41, jul.- dez. 2011.

DIAS, Sônia Ferreira; ROCHA, Cristianne Maria Famer; HORTA, Rosário. **Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras**. Um Estudo Qualitativo. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), 2009.

FASSIN, Didier. **Repenser les Enjeux de Santé Autour de l'Immigration**. H&M: Santé, le traitement de la différence, n. 1225, p. 5-12, mai.-jun. 2000.

FASSIN, Didier. **La Vie - Mode d'emploi critique**. Seuil: Condé-sur-Noireau, 2018.

FAVRET-SAADA, Jeanne; ISNART, Cyril. Entrevista com Jeanne Favret-Saada realizada por Cyril Isnart para o Journal des Anthropologues durante o Colóquio sobre a Empatia na Antropologia, Aix-En-Provence, 2007. **Debates do NER**, ano 18, n. 32, p. 291-307, jul./dez. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

GONZALEZ, Philippe. **Être Affecté**: petite phénoménologie de la «prophétie» charismatique (et de ses conséquences), Sociologie, Dossiers, Affecter, e tre affecté. Autour des travaux de Jeanne Favret-Saada, mis en ligne le 24 juin 2014, consulté le 26 septembre 2014. Disponível em: <<http://sociologies.revues.org/4696>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia e Saúde Coletiva no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, pp. 869-879, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016167769>>. Acesso em 13 mai. 2022.

KECK, Frédéric. From Mad Cow Disease to Bird Flu: Transformations of food safety in France. In LAKOF, Andrew; COLLIER, Stephen (Eds.). **Biosecurity Interventions: Global health and security in question**. New York: Columbia University Press, 2008, p. 195-226.

KIRST, Carina. **Relatos de uma Viagem pela Política Nacional de Humanização: problematizações acerca da educação o e produção de trabalhadores da Saúde**. Dissertação de Mestrado em Educação pela Universidade de Santa Cruz do Sul, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1749>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille

Mbembe. **Arq. bras. psicol.**, v. 70, p. 20-33, 2018.

LIMA, Juliana Domingos de. Direito Reprodutivo e Sexual das Mulheres: a posição do país na ONU. Caderno Expresso, **Nexo Jornal**, 28/03/2019. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2019/03/28/Direito-reprodutivo-e-sexual-das-mulheres-a-posi%C3%A7%C3%A3o-do-pa%C3%ADs-na-ONU>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MARANDOLA JÚNIOR, Eduardo e Gallo, Priscila Dall Marchiori. Ser Migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. **Revista Brasileira de Estudos de População**. v. 27, n. 2, pp. 407-424, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000200010>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Imigração, Refúgio e Saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde Soc.**, v. 27, n. 1, p. 26-36, 2018.

MASSEY, Doreen. Theories of International Migration: a review and appraisal. **Population and Development Review**, v. 1, n. 1, p. 411-466, 1993. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2938462>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MASSEY, Doreen. **Pelo Espaço**: uma nova política da espacialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2009.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Madrid: Mesulina, 2011.

NIELSSON, Joice Graciele; STURZA, Janaína Machado; WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi. O Direito ao Acesso à Saúde Reprodutiva de Mulheres Migrantes: desvelando processos de precarização da vida. **Revista Derecho y Salud** 3, v. 3, n. 3, jan-dez. 2019. Disponível em: <<https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/62>>. Acesso em: 27 mai. 2022.

NOGARA, Tiago Soares; WOBETO, Victor Leão. Implicações da Crise Migratória Venezuelana para as Políticas Brasileiras de Segurança e Defesa: Perspectivas para o Equacionamento de Conflitos. **Espaço Aberto**, v. 9, n. 1, p. 23-42, 2019.

OLIVEIRA, Eduarda Azevedo; SOUZA, Fernando Machado de. Os Refugiados e a Nova Lei de Migração. Atuação: **Revista Jurídica do Ministério Público Catarinense**, v. 14, n. 31, p. 76-96, dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo**. Cairo: ONU, 1994. Disponível em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 12 mai.

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha



2022.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. Geografia da Saúde por Dentro e por Fora da Geografia. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 17, p. 121-132, 2021. Disponível em: <<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/58055>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência, Gênero e Cotidiano: o trabalho de Veena Das. **Cadernos Pagu**, n. 35, p. 357-369, dez. 2010.

PEREIRA, Ondina Pena; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. A Formação Médica segundo uma Pedagogia de Resistência. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 69-79, fev. 2005.

PERES, Roberta Guimarães; BAENINGER, Rosana. Migração Feminina: um debate teórico e metodológico no âmbito dos estudos de gênero. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XVIII, Águas de Lindóia/SP, **Anais...** Águas de Lindóia/SP: ABEP, 2012, p. 1-16.

REIS, Alcinda Sacramento Costa dos; COSTA, Maria Arminda Mendes. Atender a los Inmigrantes: de las interacciones en el contexto a la construcción de competencias culturales en enfermeros. **Rev. Enf. Ref.**, v. IV, n. 2, p. 61-69, jun. 2014.

RIBEIRO, Sabrina. **Saúde de Mulheres Imigrantes no Brasil: Uma Análise Comparativa dos Cuidados em Saúde com os seus países de origem**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2019.

RISSON, Ana Paula. **Cartografia da Atenção à Saúde de Imigrantes Haitianos Residentes em Chapecó, SC**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, SC, 2016.

ROCHA, Cristianne Maria Famer; DARSIE, Camilo; GAMA, Ana; DIAS, Sônia. Migração Internacional e Vulnerabilidade em Saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, MG, v. 8 n.15, p. 190-200, 2012. Disponível em: <<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/17881/11173/79028>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

ROSA, Rita de Cassia Quadros da, *et al.* Gênero, Migração e Vulnerabilidade: corpos de mulheres em deslocamento. **Revista Eletrônica Científica da UERGS**, v. 5, n. 2, p. 138-146, 2019.

SANTINHO, Cristina. A Importância da Competência Cultural no Atendimento de Saúde a Refugiados e Requerentes de Asilo. **Forum Sociológico**, n. 22, p.73-81, 2012.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. A Inclusão dos Migrantes Internacionais nas Políticas do Sistema de Saúde Brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço**. São Paulo: EDUSP, 2009.

SCHWINN, Simone Andrea; COSTA, Marli Marlene Moraes 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. **Revista Signos**, v. 37, n. 2, dez. 2016.

SILVA, Joseli Maria. Um Ensaio Sobre as Potencialidades do Uso do Conceito de Gênero na Análise Geográfica. **Revista de História Regional**, v. 8, n.1, pp.31-45, 2003. Disponível em: <https://www.faecpr.edu.br/site/documentos/revista_historia_regional7.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SILVA, Joseli Maria; CHIMIN JUNIOR, Alides. Baptista.; PERACETTA FILHO, Emilson.; ROSSI, Rodrigo. Geografia e Gênero no Brasil: uma análise da feminização do campo científico. **Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 3, n. 2, p. 38-62, 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/atelie/article/view/7333>>. Acesso em: 11 maio. 2022.

SILVA, Joseli Maria; ORNAT, Marcio Jose. Rumo à uma Geografia Feminista Decolonial: entrevista com Sofia Zaragocin Equador. **Revista Latino Americana de Geografia e Gênero**, v. 9, n. 1, p. 195-204, 2018. Disponível em: <<https://revistas.uepg.br/index.php/rlagg/article/download/14915/209209212876>>. Acesso em 12 mai. 2022.

SILVA, Joseli Maria; ORNAT, Marcio Jose. Geografia e Gênero na Argentina: Uma Entrevista com Diana Lan. **Revista Latino Americana de Geografia e Gênero**, v. 10, n. 2, p. 252-260, 2019. Disponível em: <<https://revistas.uepg.br/index.php/rlagg/article/download/14915/209209212876>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SIMON, Carolina Russo; BORSOI, Bruna Fernandez Guimarães. Uma Geografia para Todas as Saúdes: feminismo como direção para promoção da saúde. **Metodologias e Aprendizado**, v. 5, p. 49-66, 2022. Disponível em: <<https://publicacoes.ifc.edu.br/index.php/metapre/article/view/2644>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SOUZA, Camilo Darsie de. **Educação, Geografia e Saúde: geobiopolíticas nos discursos da Organização Mundial de Saúde e a produção de mundialidade pelo controle e prevenção de doenças**. 2014. 234 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

TEIXEIRA, Ivana dos Santos; ROLLO, Rosane Machado; ROCHA, Cristianne Maria Famer. **Relatório de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

VICTORA, Ceres e COELHO, Maria Claudia Coelho. A Antropologia das Emoções: conceitos e perspectivas teóricas em revisão. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 25, n. 54, p. 7-21, 2019.

WEBER, Douglas; DARSIE, Camilo. Vidas Clandestinas: espacialidades que educam/produzem sujeitos migrantes. *In*: SILVEIRA, Éder da Silva; MORETTI, Cheron Zanini; PEREIRA, Marcos Villela (org.). **Educação clandestina**. Educação e clandestinidade. Porto Alegre: Editora da PUCRS, 2019. v. 1, p.115-128. Disponível em: <<https://editora.pucrs.br/livro/1275/>>. Acesso em: 11 mai. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: WHO, 2002.

Contribuição de Autoria / Contribución de autoría

Ivana Teixeira: Escrita (primeira redação), curadoria de dados, análise formal, conceituação, metodologia, coleta de dados, revisão de versões.

Marisângela Spolaôr Lena: Escrita (segunda redação), análise formal, conceituação, revisão de versões.

Mateus Aparecido de Faria: Escrita (terceira redação), introdução de dados históricos e pesquisa bibliográfica; revisor ortografia e gramática, revisão de versões.

Camilo Darsie: Escrita (quarta redação), conceituação, análise formal, revisão de versões.

Cristianne Maria Famer Rocha: Administração do projeto, escrita, metodologia, supervisão, revisão de versões.

Recebido em 10 de julho de 2021.

Aceito em 13 de maio de 2022.

Ivana Teixeira, Marisangela Spolaôr Lena, Mateus Aparecido de Faria, Camilo Darsie, Cristianne Maria Famer Rocha

