

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-graduação em Psicologia Social

Rocio del Pilar Bravo Shuña

**O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres
migrantes usuárias do SUS**

São Paulo

2023

Rocio del Pilar Bravo Shuña

**O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres
migrantes usuárias do SUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob a orientação do Professor Doutor Luis Guilherme Galeão-Silva, como requisito parcial para a Obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Social.

Linha de pesquisa: Processos psicossociais básicos: a relação indivíduo-grupo

São Paulo

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bravo Shuña, Rocio del Pilar

O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS / Rocio del Pilar Bravo Shuña; orientador Luis Guilherme Galeão-Silva. -- São Paulo, 2023.

131 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. mulheres migrantes. 2. acesso à saúde. 3. cuidados. 4. psicologia social. 5. SUS. I. Galeão-Silva, Luis Guilherme, orient. II. Título.

Rocio del Pilar Bravo Shuña

Título: O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof (a). Dr (a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Tese defendida em: __/__/__

*Dedico este trabalho a minha mãe e a meu pai que me ensinaram a sonhar e a fazer, a resistir e a lutar.
¡Muchas gracias Selmith!
¡Muchas gracias Jorge! ¡Presente! ¡Siempre presente!*

Dedico também a minhas interlocutoras e as mulheres que me acompanharam e acompanham neste percurso de (sobre)viver e lutar. Meu carinho e admiração!

AGRADECIMENTOS

A minha mãe da qual aprendi a me lançar no mundo e arriscar pelo que um deseja mesmo a contracorrente ¡Muchas gracias mamá!... A meu pai, por me ensinar de arte, poesia, música instrumental andina, história crítica até artes marciais para me defender na rua, ele que agora não compõe o plano material ¡Muchas gracias papá!. A meus irmãos: Mimi, Jai, Gugui e Miguel pelo carinho, risos e debates do mundo, por essa complexidade de seres que são e que me fazem repensar esse local no mundo.

A Yani, uma amiga-irmã que ganhei no mundo e que me acompanha nas alegrias, tristezas e resistências de (sobre)viver. A Ceia, que me acompanhou, no seu momento, na escrita, nas alegrias, reflexões e carinhos.

O Luis Galeão-Silva por me acolher como sua orientadora, pelos debates em psicologia crítica para construir uma ciência mais posicionada. ¡Muchas gracias Luís!

Ao pessoal do Grupo de Psicologia Crítica, seus debates e reflexões me ajudaram muito a refletir sobre os caminhos da pesquisa.

A Rede MILBi+, um grupo de migrantes lésbicas, bissexuais e pansexuais super potentes, do qual me sinto orgulhosa de pertencer, ser, viver, fazer lutando! aprendo muito com vocês! Em especial meus agradecimentos a Mapu, Verito, Key, Pata, Nuria, Flor, Yury e Luciana. ¡Las Amo!

A MCC, um grupo de pessoas nordestinas maravilhosas que habitam no meu coração desde que cheguei no Brasil, vocês me sacam um sorriso, uma gargalhada, mesmo na distância! Xêro no cangote!

As amigas que tenho da militância e que me trazem grandes reflexões sobre a migração e migração de mulheres: As Warmis: Joby, Andrea, Samantha, Mariela e Cori. As do Coletivo Sí, yo Puedo, as irmãs a Veronica e a Rocio. De PAL, a Oriana presente! E a Frida. A de Associação de Residentes Bolivianos, as irmãs Rosana e Ruth Camacho. As que conheci no CAMI, a Isabelita, a Maricela e a Jennifer. As manas das Diásporas Africanas, em especial a Maria Fernanda. Do Projeto Canicas: o Fábio e o Nicolas. E da Ocupação, Remberto ‘Cholita Drag’.

As pessoas maravilhosas da Secretaria da Pós-graduação em Psicologia Social e da Secretaria da Pós-graduação do IP. Obrigada! pela paciência em atender-me e esclarecer minha vida nos assuntos “burocráticos

Aos membros da Banca de Defesa, Luís Galeão, Veronica Quispe Yujra, Eugenia Brage, Tatiana Waldman e Aluísio Lima por ler e fazer contribuições a este estudo.

A todas as interlocutoras diretas e indiretas que compartilharam suas histórias e seus sentires sobre o tema deste estudo. Meu grande carinho e admiração pelas suas lutas cotidianas!

A CAPES pela bolsa concedida mesmo em época de desmonte orçamentário federal, meu desejo é pela defesa institucional que leve a seu fortalecimento!

SHUÑA, Rocio D.P. Bravo (2023). O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS. Tese. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. 131 fls.

Resumo

Este estudo busca compreender o cuidado como exercício de direitos à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS. O percurso epistêmico-metodológico realizado, parte da psicologia social crítica e de um olhar feminista interseccional de fazer ciência, reflexiva, localizada e posicionada, acolhendo e compreendendo o lugar de fala de cada interlocução. Ademais, de priorizar a escrita vivencial, em primeira pessoa, cujo referencial teórico foi inspirado nas reflexões e produções da Conceição Evaristo sobre escrevivências, a fim de ressaltar as vivências das dez interlocutoras, migrantes e residentes em São Paulo, entrevistadas com um roteiro semi-estruturado o que favoreceu os relatos livres de seu agenciamento do cuidado e de suas reflexões no acesso à saúde. Desse modo, observamos que diversas ferramentas, no plano individual e coletivo, são mobilizadas para conseguir atender os cuidados que nem sempre cobrem o necessário para terem uma vida digna, mas que colaboram com sua sobrevivência, de ela, da família e/ou de sua rede. Também, as suas vivências reafirmam como o cuidado e sua responsabilização continuam sendo prioritariamente feminino, algo que não muda com a migração, incluso pode ser maior para elas. Por outro lado, entraves burocráticos, xenofobia e racismo podem se apresentar quando procuram os cuidados nos serviços públicos de saúde, o que também dificulta sua vinculação com a instituição e coloca em avaliação tanto o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde como a Política Nacional de Humanização. Por último, a pesquisa reafirma o papel socioeconômico que tem o cuidado e que são mulheres que têm assumido esse papel há séculos. Nesse sentido, para que o estado assuma suas funções de ente garantidor de cuidados, de uma vida digna para todas as pessoas, incluindo migrantes, se propõe o cuidado como princípio de governo.

Palavras-Chave: mulheres migrantes; acesso à saúde; cuidados; psicologia social; SUS;

SHUÑA, Rocio D.P. Bravo (2023). El cuidado como ejercicio de los derechos a la salud y a la vida de mujeres migrantes, usuarias del SUS. Tese. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. 131 fls.

Resumen

Este estudio busca comprender el cuidado como ejercicio de los derechos a la salud y a la vida de las mujeres migrantes, usuarias del SUS. El camino epistémico-metodológico realizado, parte de la psicología social crítica y de una perspectiva feminista interseccional de hacer ciencia, reflexiva, ubicada y posicionada, acogiendo y comprendiendo el lugar de enunciación de cada interlocución. Además, prioriza la escritura vivencial, en primera persona, cuyo marco teórico se inspiró en las reflexiones y producciones de Conceição Evaristo sobre ‘escrivências’, con el fin de resaltar las experiencias de las diez interlocutoras, migrantes y residentes en São Paulo. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas que favorecieron los relatos libres de su agencia de cuidado y sus reflexiones sobre el acceso a la salud. De esta forma, observamos cómo se movilizan diversas herramientas, a nivel individual y colectivo, para poder brindar cuidados que no siempre cubren lo necesario para tener una vida digna, pero que colaboran con su supervivencia, la de ella, la de su familia. y/o su red. Asimismo, sus experiencias reafirman cómo el cuidado y su responsabilidad siguen siendo primordialmente femeninos, algo que no cambia con la migración, e incluso puede ser mayor la carga para ellas. Por otro lado, pueden surgir trabas burocráticas, xenofobia y racismo en la búsqueda de atención en los servicios públicos de salud, lo que también dificulta la vinculación con la institución y pone en revisión tanto el principio de integralidad del Sistema Único de Salud como de la Política Nacional de Humanización. Finalmente, la investigación reafirma el rol socioeconómico del cuidado y que las mujeres han asumido este rol durante siglos. En este sentido, para que el Estado asuma sus funciones como garante del cuidado, de una vida digna para todas las personas, incluidas las personas migrantes, se propone el cuidado como principio de gobierno.

Palabras claves: mujeres migrantes; acceso a la salud; cuidados; psicología social; SUS;

SHUÑA, Rocio D.P. Bravo (2023). Care as an exercise of the right to health and life of migrant women using the SUS. Thesis. Graduate Program in Social Psychology. Institute of Psychology. University of São Paulo. 131 pages

Abstract

This study seeks to understand care as an exercise of the rights to health and life of migrant women using the SUS. The epistemic-methodological journey carried out, departs from critical social psychology and an intersectional feminist look at doing science, reflective, located and positioned, welcoming and understanding the place of speech of each interlocution. In addition, to prioritize experiential writing, in the first person, whose theoretical framework was inspired by the reflections and productions of Conceição Evaristo on writing, in order to highlight the experiences of the ten interlocutors, migrants and residents of São Paulo, interviewed with a semi-structured script. structured, which favored the free reports of their agency of care and their reflections on access to health. In this way, we observe that several tools, at the individual and collective level, are mobilized to be able to provide care that does not always cover what is necessary to have a dignified life, but that collaborate with her survival, hers, her family and/or her network. Also, their experiences reaffirm how care and accountability continue to be primarily female, something that does not change with migration, and may even be greater for them. On the other hand, bureaucratic obstacles, xenophobia and racism can arise when seeking care in public health services, which also makes it difficult to link with the institution and puts both the principle of integrality of SUS and the National Humanization Policy under review. Finally, the research reaffirms the socioeconomic role of care and that women have assumed this role for centuries. In this sense, for the state to assume its functions as a guarantor of care, of a dignified life for all people, including migrants, care is proposed as a principle of government.

Key words: migrant women; access to health; care health; social psychology; SUS;

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
---------------------------	-----------

1.1. Os cuidados que circulam	12
1.2. São Paulo como cenário de pesquisa.....	14
1.3. A relevância de estudar os cuidados de mulheres migrantes.....	19
- Produções acadêmicas na área da psicologia.....	29
1.3. Objetivos da pesquisa	30
2. Percursos Epistêmico- Metodológicos	32
2.1. A pesquisa qualitativa	34
2.2. O processo de reflexão analítica	37
2.3. A jornada da pesquisa	42
As interlocutoras	44
3. Histórias sobre (im)possibilidades do cuidado.....	61
3.1. O cuidado, para quem?	61
3.2. O cuidado onde?	72
3.2.1. O cuidado em comunidade	72
3.2.2. O cuidado em instituições de saúde	82
- O primeiro encontro	82
- A procura por acompanhamento médico	87
4. O cuidado como princípio de governo.....	102
5. Alguns apontamentos finais	114
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE.....	131

O cuidado como exercício do direito à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS

Dime ¿Qué frontera es esa?
 (i)¿Qué crearon?(!)
 ¿Qué creíste de su existencia?
 Aquellas que te llaman de ‘Extranjera’
 Una posición, una imposición
 [...]

Rocio Bravo Shuña, poesía ‘Sueño Territorial’ (2018)

1. Introdução

Compreender o cuidado como exercício do direito à saúde e à vida de mulheres migrantes, usuárias dos equipamentos públicos de saúde da cidade de São Paulo nos conduz a um emaranhado de debates e reflexões que serão analisados a partir dos estudos sobre gênero, migração e teoria crítica tendo em conta que a experiência de ser mulher sofre atravessamentos importantes quando observamos elementos como nacionalidade, raça/etnia, orientação sexual, escolaridade e meios de vida. Como também, o processo de se reconhecer como sujeitos de direitos, se apropriando e defendendo o acesso aos serviços públicos de saúde.

Desse modo, faz sentido trazer a diálogo a minha experiência como mulher migrante, ativista e usuária do serviço público de saúde tanto para relevar os primeiros caminhos da pesquisa como para compreender a complexidade das interações e interpretações que me interpelam as experiências e agências¹ colocadas pelas mulheres migrantes, interlocutoras desta pesquisa.

Como indica a historiadora e feminista Joan Scott (1999) é por meio da experiência que os sujeitos se constituem, posicionam, identificam, criam sentimentos e agem. Destarte, o tema em questão se constrói num cenário dinâmico espaço-tempo, presencial e virtual, com outras mulheres migrantes e seus diversos jeitos de pensar e vivenciar seus cuidados. É preciso assinalar que parte da pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia do Covid-19.

Para dar abertura a esta discussão, vou dividir as primeiras experiências com o tema e com o campo de pesquisa em quatro momentos que serão a base para sua (re)estruturação: os

¹ A agência é a capacidade de operar, mediada social e culturalmente, realizando ações que têm efeitos nos outros, efeitos que contêm dimensões de poder. Por outro lado, é certo que existe agência na resistência, mas esta capacidade não só remite a isso (PISCITELLI, 2012); existem diversos tipos de agência envolvidos em qualquer ação, por isso seu caráter complexo e ambíguo (ORTNER, 2007).

cuidados que circulam, a cidade de São Paulo como cenário da pesquisa, a relevância de estudar sobre os cuidados das mulheres migrantes e os objetivos da pesquisa.

1.1. Os cuidados que circulam

Minha história familiar está marcada pela migração interna carregada de ancestralidades indígenas. Meus pais migrantes internos, provindos de zonas rurais esquecidas pelo governo central deslocaram-se² para a capital do país, Lima, a fim de melhorarem suas condições de acesso aos serviços públicos e empregabilidade tentando não esquecerem suas tradições culturais, como o curandeirismo e ensinamentos da medicina tradicional.

Como tal, recebi desde criança uma mistura de cuidados no corpo que vão entre medicamentos receitados num posto saúde, água benta, chás e cataplasmas feitos com as mais diversas ervas medicinais acompanhadas muitas vezes de cânticos e orações que me mostravam um universo de sincretismo cultural e religioso, práticas alternativas medicinais que nos últimos anos era possível achar também nos equipamentos de saúde em Perú.

Na migração isso me fez muita falta, em especial nos três primeiros anos da minha estadia no Brasil. Foi todo um percurso reunir uma lista de nomes dos chás, as benzedeiras locais até conhecer as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS)³ no SUS e as unidades que davam o serviço próximo à minha moradia. Porém, como migrou cada certo tempo de bairro, sempre é preciso atualizar meu listado com novas informações locais.

Em geral, têm sido as mulheres migrantes andinas como eu que me auxiliaram com estas informações, compartilhando até folhas de coca natural como modo de nos cuidar e prevenir qualquer doença. Assim, as migrações geram no lugar de acolhida diversas mudanças que vão além do aumento populacional. As pessoas que migram trazem uma visão do mundo carregada de tradições e perspectivas sobre cuidados, saúde, a doença e o bem-estar.

Dita visão, transmitida dentro de um contexto sociocultural, também carrega a responsabilidade de ser quem cuida. Assim, se vai aprendendo no caso das mulheres essa

² Lima, a capital do Perú, tem sido há séculos o centro de operações do poder capitalista, onde ainda se perpetuam ações que ecoam em desigualdades nos diferentes territórios do país. Durante as décadas 60 a 80, aumentou o número de migrações internas de diferentes locais do Perú para a capital. Dito êxodo gerou mudanças e agenciamentos, como ocupações, luta por direitos laborais, ademais de debates sobre gênero, território e xenofobia. (IGUÍÑIZ, 1987; BARBA; MARTOS; FONSECA, 1997; QUIJANO, 2007; SHUÑA, 2014)

³ Legislação na plataforma do Ministério da Saúde. Link: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/Mzc=%22>

labor. No meu caso, desde os onze anos fui assumindo progressivamente as tarefas de cuidados do lar, como era a única filha mulher meus tempos entre cuidar o lar e estudar por vezes se disputavam, percebendo desde pequena as implicâncias que significava a categoria ‘mulher’. Era um processo muito comum no bairro onde morava ver como as mães iam transmitindo esses mesmos ensinamentos e aprisionamentos a suas filhas.

A minha migração também implicava a possibilidade de sair do ciclo de responsabilização total do cuidado do outro, a fim de prestar atenção aos cuidados de mim, de meus afetos, que por ser mulher bissexual por anos ficaram relegados à clandestinidade. Assim, por vezes lida como "arriscada" por me expor aos perigos do machismo e a LGBTQI+fobia, outras como “herói” por ter a sorte ainda de me manter viva para contar meu cotidiano de constante (re)existência. Discursos que parecem se contradizer, ao esperar, quase “naturalmente” que a mulher sofra algum tipo de violência, na vez que se reconhece suas potencialidades emancipatórias de transitar no mundo.

Por conseguinte, nossos discursos, definições, crenças, identidades e comportamentos são modeladas no meio de relações territoriais, históricas e econômicas de saber/poder⁴, de macro e micropolíticas que atravessam circuitos (des)integrados como a cultura, a família, a igreja, a escola, equipamentos públicos para controlar corpos genderizados.

Como menciona Henrietta Moore (1997):

[...] a luta em torno do gênero e das relações de gênero também é uma luta em torno da identidade familiar, religiosa e nacional no contexto de dominação política e econômica [...] Todas as formas de mudança social implicam a reelaboração das relações de gênero em maior ou menor grau. Isso porque as mudanças nos sistemas de produção implicam mudanças na divisão sexual do trabalho; conflitos políticos implicam a reconfiguração das relações de poder dentro e além da esfera doméstica; e o gênero, como uma forma poderosa de representação cultural, é envolvido nas lutas emergentes em torno do significado e nas tentativas de redefinir quem é o quê são as pessoas. Em nenhum lugar isso ficou mais claro do que nas transformações nas relações de gênero pretendidas em muitos países (anteriormente) socialistas e comunistas (Moore 1988:136-49). O fato de que as políticas almejadas por esses países tenham tido apenas um sucesso parcial demonstra que os políticos, assim como os cientistas sociais, ainda precisam compreender como e por que as relações

⁴ Segundo o Michel Foucault o saber é um conjunto de elementos, práxis, práticas discursivas que adquirem ou não um status científico dependendo de suas origens, seus modos de comunicar e do contexto histórico e sócio-político onde transita. Assim, o saber [...] é o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico); um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...] (FOUCAULT, 2013, p. 220). De modo que “[...] não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2010, p.30). Entendendo, com o autor, o poder não como algo meramente vertical, nem institucional e sim como algo que está em toda parte, multidirecional (BORDIN, 2014; FOUCAULT, 2010, 2012, 2013).

de gênero poderão ser transformadas nas sociedades atuais e nas do futuro (MOORE, 1997, p.15).

Destarte, é crucial compreender que os cuidados de mulheres⁵ migrantes, a sua (re)significação e suas práticas num novo país, envolve questões de gênero num cenário complexo de diferentes raças/cores/etnias, nacionalidades, classes sociais, (des)igualdades e (in)certezas político-econômicas. Portanto, ter iniciado o diálogo desta pesquisa contando parte da minha experiência migratória pode nos ajudar a esmiuçar e prestar mais atenção sobre os lugares de fala, as nuances, as diferenças e (des)igualdades que envolve as possibilidades de cuidados como exercício de direito a saúde e à vida de mulheres migrantes que estão no Brasil, e especificamente na cidade de São Paulo.

1.2. São Paulo como cenário de pesquisa

Migrei de Recife para São Paulo a fins de 2014, o processo de integração nesta cidade foi diferente, era uma cidade muito maior, com um fluxo grande de pessoas todo o tempo circulando, todas muito diversas, todas muito atarefadas. A princípio, para mim, conseguir orientações desta grande cidade foi difícil. A primeira vez que estive na Estação Brás eu me perdi, tinha que me deslocar da CPTM para o Metrô, esse percurso eu não sabia como fazer, depois de muitos intentos de tentar que alguém me orienta-se, uma menina com sotaque nordestino se dispôs a me ajudar e me explicou que ia fazer o mesmo percurso e que poderia acompanhá-la e assim, consegui chegar a meu destino. Talvez, porque ambas coincidimos na experiência de migrar que ela se reconheceu também em mim e se dispôs a me ajudar.

Na procura por habitar a cidade, fui procurando espaços de inteligibilidade, assim fui conhecendo e me envolvendo em organizações e coletivos de ou para migrantes com incidência política que não tinha visto em Recife. Na época, 2015, estavam acontecendo audiências públicas em prol da criação de uma política específica para a população migrante dentro do Município. No par, um grupo de ativistas se estava articulando para a elaboração de um documento-base da Lei de Migração que viesse a suprir o Estatuto do Estrangeiro.

⁵ É preciso assinalar que o gênero não é o mesmo que mulher. Embora, como assinala Adriana Piscitelli (2004), o conceito sobre gênero tenha se desenvolvido nos seus inícios, no marco dos estudos sobre a mulher. Trazer a debate as questões de gênero na migração, nos permite prestar atenção aos tensionamentos e discursos presentes nas cenas de cuidado e que ainda se inclinam a “naturalizar” a binaridade e persistem em padronizar corpos, papéis e comportamentos (PISCITELLI, 2004; NOGUEIRA, 2003; AZEREDO, 2010; BUTLER, 2006).

As audiências eram organizadas pela Coordenação de Políticas para Imigrantes e Promoção do Trabalho Decente – CPMigTD, instituída no ano 2013 dentro da pasta da Secretaria de Direitos Humanos, era o resultado de uma conquista da sociedade civil em prol dos direitos de pessoas migrantes. Em ditas audiências, a presença de mulheres migrantes com voz e vez me motivou a somar na construção de uma lei que pudesse contemplar também as mulheres. Embora, se estivessem falando ainda de mulheres cis⁶ predominantemente heterossexuais nos debates. O que vejo refletido no documento final, ao não se colocar termos como orientação sexual e identidade de gênero dentro do teor da lei. “[Essa] visão homogeneizante da figura do migrante faz com que seja difícil enxergar diferentes especificidades dentro das pessoas que migram [...]” (SHUÑA; CARBASSA, 2020, p. 170-171).

No ano 2016 foi sancionada a Lei Municipal nº 16.478 e seu respectivo Decreto nº 57.533, que institui a Política Municipal para a População Imigrante e que, entre outras disposições, o artigo 14 Inciso IV reforça a importância da atenção integral à saúde da mulher migrante, promoção e respeito aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos, promovendo o parto humanizado e intercultural e criando ações de prevenção e combate à violência obstétrica. Além da contratação de mediadores culturais por parte do poder público para os equipamentos públicos de maior afluência de migrantes.

A Lei Municipal para a População Migrante na cidade de São Paulo ia numa visão contrária ao então Estatuto do Estrangeiro, ao colocar a população migrante como sujeitos de direitos e não como um caso de defesa nacional como em dito estatuto. De modo que, após a aprovação da lei municipal se somaram mais forças na articulação e mobilização no congresso do projeto e logo Lei de Migração nº 13.445, aprovada em 24 de maio de 2017, no meio do caos político do impeachment contra Dilma Rousseff e assunção de Michel Temer no poder, que veto trinta pontos importantes da proposta da lei. A modo de exemplo, veto a livre a circulação da população indígena pelos territórios de fronteira:

⁶ A inflexão “cis” é utilizada para indicar uma pessoa cis ou cisgênera, como alguém que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer. E a inflexão “trans” utilizada para indicar uma pessoa trans ou transgênero como aquela que não se identifica com o gênero atribuído no nascimento (VERGUEIRO, 2016; BAGAGLI, 2017). Assim, como afirma Sandra Azeredo (2010), teorizar o gênero tem sido uma tarefa complexa, constante e necessária para ampliar e ressignificar dita categoria no caminho também de criar novas linguagens, novas formas de inteligibilidade e inclusão da diversidade.

2º do art. 1º

“§ 2º São plenamente garantidos os direitos originários dos povos indígenas e das populações tradicionais, em especial o direito à livre circulação em terras tradicionalmente ocupadas.”

Razões do veto

“O dispositivo afronta os artigos 1º, I; 20, § 2º; e 231 da Constituição da República, que impõem a defesa do território nacional como elemento de soberania, pela via da atuação das instituições brasileiras nos pontos de fronteira, no controle da entrada e saída de índios e não índios e a competência da União de demarcar as terras tradicionalmente ocupadas, proteger e fazer respeitar os bens dos índios brasileiros” (BRASIL, 2017)

Dito o veto, retoma o discurso do Estatuto do Estrangeiro para colocar a migração como um caso de defesa nacional e soberania e, por outro, a 'defesa de bens' de um grupo que os chama de 'índios' como via para sustentar o veto. Um veto que não mostra como o poder público brasileiro representa as suas comunidades tradicionais e quanto na prática desconhecem elas e as ignoram. Ter vetado esse artigo na Lei de Migração, limitou o trânsito de pessoas indígenas migrantes, devido a que a Lei de Migração não consegue contemplar essa dinâmica social e a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais está dirigida só ao povo indígena nacional.

Em relação a isto, Nancy Fraser (2002) se preocupa pelo 'falso reconhecimento' (p.12) nas políticas de identidade que pode levar a não reconhecer a diversidade interna dentro dos próprios grupos que são seu público-alvo, no caso acima a população migrante internacional. De modo que, os discursos e ações voltadas para dita população acabam por reforçar estereótipos, e excluindo outras realidades migrantes, como os Warao, as pessoas migrantes LGBTQI+, entre outras (SHUÑA; CARBASSA, 2020).

No ano 2019, se realizou a 2ª Conferência de Políticas para Migrantes organizada pela CPMigTD em conjunto com a sociedade civil. A 1ª Conferência aconteceu no ano 2013 e foi relevante para dar alguns passos no reconhecimento da população migrante, produto dessa conferência se conseguiu em 2014, a criação do Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI - Oriana Jara). A segunda conferência trouxe a relevância a presença de mais mulheres com voz e vez, como representantes da Rede de Mulheres Migrantes Lésbicas, Bissexuais e Panssexuais – Rede MILBi+, que colocaram a debate temas pouco falados ou esquecidos quando se pensa migração, como é a orientação sexual e a identidade de gênero. Contribuições que ficaram registradas no Plano Municipal de Políticas para Migrantes (PMPM) 2021-2024.

Cabe ressaltar desse plano o Eixo V: Mulheres e população LGBTI+: acesso a direitos e serviços, que insta ao diálogo intersetorial entre políticas públicas para mulheres, população LGBTI+ e população migrante. A modo de contribuir no atendimento que considere ditas intersecções, dos quais relevarei dois relacionadas especificamente à saúde:

[Ação 47] Capacitar servidoras/es públicos e equipes técnicas dos serviços da rede socioassistencial e de saúde para promover o atendimento humanizado não cisheteronormativo às mulheres e à população LGBTI+ imigrante, garantindo-se, ainda, o respeito à diversidade cultural, religiosa e a práticas tradicionais de autocuidado em saúde.

[Ação 49] criar e implementar programas sociais e protocolos específicos para o apoio a imigrantes gestantes e/ou em contexto de monoparentalidade, incluindo a ampliação da oferta de centros de acolhida especializados para esse público. (SÃO PAULO, 2020)

Como vemos ditas ações, segundo o plano com caráter prático-operativo, vislumbram um caminho promissor para a inclusão e integração de também mulheres cis ou trans não-heterossexuais, ademais de colocar um olhar ampliado sobre os corpos grávidos, que nem sempre se reconhecem como mulheres, propondo uma desconstrução da cis-heterossexualidade como norma (BUTLER, 2012; FUCHS, HINING, TONELI, 2021) que intervém também nos processos de reconhecimento de pessoas que migram.

A conferência realizada em novembro de 2019, se esperava que 2020 fosse o ano de materializar o plano na prática, porém não aconteceu, outras prioridades geradas pela **pandemia** podem ter intervindo para que recém seja instituído em dezembro de 2020, via Decreto Municipal nº 59.965.

Na saúde, os dados abertos que se tem especificamente sobre o acesso da população migrante nos serviços públicos de saúde do Município são os levantados no Boletim CEInfo do ano 2015. Os dados mostram algumas características aproximadas da população migrante atendida, são aproximadas devido a que antes do ano 2014, não era obrigatório registrar a nacionalidade da pessoa usuária. Assim, termos o número de 39.474 usuários imigrantes cadastrados no cartão nacional de saúde; 90% de mães bolivianas, paraguaias e haitianos utilizaram estabelecimentos do SUS para o parto e o 3% dos nascidos vivos registrados entre os anos 2012 e 2014 foram de mulheres não brasileiras (SÃO PAULO, 2015).

Durante a **pandemia**, a emergência por cuidados trouxe tanto a mobilização de redes de apoio e solidariedade para migrantes em situação de vulnerabilidade e vulneração de direitos, como a de representantes de coletivos, movimentos de e para migrantes, pessoal

acadêmico e profissionais e gestores de saúde, para pensar a construção e operacionalização de políticas públicas de saúde voltadas à população migrante, se constituindo assim a Frente Nacional pela Saúde de Migrantes - FENAMI. Um conjunto de plenárias regionais foram mobilizadas para pensar propostas que pudessem ser levadas a órgãos públicos, das 172 propostas compiladas a nível nacional ressaltou em especial dez:

- [1] 4. Aprimoramento e avaliação contínua das bases de dados administrativos do governo (e.g. STI, SISMIGRA, RAIS, CAGED, CTPS, DATASUS, CadÚnico, PNAD, Censo) com inclusão de variáveis, tais como “nacionalidade” e “idioma”, e compartilhamento entre bases de informações que contemplem as especificidades de gênero, raça e etnia das populações migrantes e refugiadas.
- [2] 42. Capacitar agentes de promoção de saúde para intervenções culturalmente sensíveis e/ou interculturais, antirracistas, anti-higienistas, anti-machistas, anti-LGBTQIA+fobia e anticoloniais, e estimular a articulação intersetorial entre setores públicos e da sociedade civil para mediação intercultural (Saúde, FUNAI, SPM, entre outros).
- [3] 46. Desenvolver parcerias entre instituições públicas e privadas com o intuito de geração de emprego e renda para a população LGBTQIA+, especialmente a população T (travestis, transexuais, transgêneros), mulheres, crianças e adolescentes, população idosa, povos indígenas (como da etnia Warao), afrodescendentes, dentre outros grupos vulneráveis, que possuem demandas específicas.
- [4] 48. Desenvolvimento de estudos, pesquisas e capacitação de profissionais de saúde de modo a qualificar os cuidados a famílias e pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade e ao universo LGBTQIA+.
- [5] 51. Revisão de instrumentos e mecanismos de coleta de dados que incluam aspectos relacionados à raça, cor, etnia, LGBTQIA+, moradia e origem, de forma a incluir as novas possibilidades e a nova conjuntura social e cultural em tempos de pandemia, com o intuito de possibilitar visibilidade positiva à pluriversidade e subsidiar políticas públicas para as populações atendidas.
- [6] 54. Compreender as redes de circulação das comunidades migrantes em função das estratégias de vida e práticas e alternativas de saúde, população LGBTQIA+ e outras.
- [7] 65. Repensar, junto à sociedade civil, as políticas públicas de cuidado e de proteção às mulheres no Brasil, apontando para as particularidades de mulheres migrantes e refugiadas, com atenção ao cuidado em saúde mental.
- [8] 81. Promover conscientização sobre os efeitos do acúmulo de jornadas de trabalho doméstico e externo à residência sobre as mulheres migrantes, debatendo especificamente a incidência das duplas e triplas jornadas de trabalho sobre mulheres racializadas.
- [9] 151. Observação e fortalecimento dos cuidados com a saúde mental e física das mulheres e população LGBTQIA+, com especial atenção a trans e travestis migrantes, no contexto da pandemia de Covid-19
- [10] 154. Repensar as políticas públicas de cuidado e de proteção às mulheres de maneira coletiva, envolvendo sociedade civil, migrantes e governo, e apontando para as particularidades de mulheres migrantes, com atenção ao cuidado em saúde mental. (FENAMI, 2021)

Observamos nestas propostas primeiro a necessidade de adaptar as plataformas de coletas de dados públicos para a produção de informações que considerem as especificidades e intersecções da população migrante, algo que foi também apontado também pelo GT de Saúde da População Migrante da Secretaria Municipal de Saúde, composta por profissionais e

gestores públicos de saúde, pessoal acadêmico, coletivos e movimentos de e para migrantes, no qual eu participo como representante da Rede MILBi+.

Ademais, incorpora no debate a importância de rever as políticas de cuidado existentes para trazer as particularidades das mulheres migrantes, embora que ainda deixe o olhar dos cuidados para elas. Por outro lado, considera propostas considerando, entre outras interseções, a identidade de gênero e orientação sexual. Além de ampliar o olhar da saúde para pensar estratégias de vida como geração de emprego e renda (meios de vida).

Portanto, pelo panorama que tem a cidade de São Paulo e a incidência em termos de políticas públicas para a população migrante. E considerando que a migração das mulheres tem sido um tema progressivamente colocado em debate em ditas políticas, hora com um reconhecimento limitado, ou um ‘falso reconhecimento’ (FRASER, 2002), hora abrindo brechas para repensar a categoria “mulher” na migração. Daí a relevância que teve esta cidade como cenário da pesquisa para entender os cuidados como direito à saúde e a vida.

1.3. A relevância de estudar os cuidados de mulheres migrantes

Segundo dados registrados pelo Banco Mundial (2022) quase 2,4 bilhões de mulheres no mundo não têm os mesmos direitos econômicos que os homens. Sendo que elas fazem o 75% de todo o trabalho de cuidados não remunerado do mundo (OXFAM, 2020). O que apresenta uma realidade desigual e perversa para a saúde e a vida das mulheres.

Em 2019, segundo dados das Organização das Nações Unidas, se reportou 272 milhões de imigrantes em todo o mundo⁷, destes o 48% foram de mulheres, o 74% de mulheres que migram trabalham na área de serviços, como o serviço doméstico, a menudo em condições precárias, com ausência de meios de assistência e proteção social, falta de conhecimento da legislação laboral, ademais de sobrecargas de tarefas de cuidado. A **pandemia** veio a aumentar ainda mais os trabalhos de cuidado, com labores de cuidado para o círculo familiar, os meios de vida reduzidos a causa de demissões e de que isolamento obrigatório obrigará alguns serviços fecharem, deixando ainda a sua vida mais vulnerável.

No Brasil, segundo o Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais-OBMigra, na década entre 2011 e 2020, os dados da Polícia Federal SISMigra registrou um total de 986.919 imigrantes, dos quais 37% (363.321) são mulheres. As cinco

⁷ Veja o link:

<https://brazil.iom.int/pt-br/news/estudo-da-onu-aponta-aumento-da-populacao-de-migrantes-internacionais>

nacionalidades que concentram uma maior porcentagem são: Venezuela seguida de Haiti, Bolívia, Colômbia e Estado Unidos. Em relação ao refúgio no mesmo período, dados da Polícia Federal STI-MAR, recebeu 267.449 solicitações de refúgio, 62% homens e 38% mulheres, provenientes principalmente de nacionais da Venezuela, seguida de Haiti, Cuba, Angola e China. E o número de 53.235 refugiados reconhecidos, 60% homens e 40% mulheres, cujas nacionalidades são principalmente da Venezuela, seguida de Síria, República Democrática do Congo, Líbano e Paquistão. Os Estados que concentram mais imigrantes são: São Paulo, seguido de Rio de Janeiro e Roraima. E solicitantes de refúgio: Roraima, seguido de São Paulo, Mato Grosso do Sul e Acre. As mulheres, embora com percentual menor aos homens, é significativa em razão de que foi aumentando ao longo de uma década (CAVALCANTI ET AL., 2021).

Outro dado relevante é no quesito saúde, o número de filhos nascidos vivos de pessoas migrantes totalizou 104.576, numa década, apresentando um grande crescimento de nascimentos nas cidades de Pacaraima e Bela Vista. Ademais, o relatório ressalta a importância dos agentes comunitários de saúde para o acesso ao serviço de saúde de migrantes, e da importância de unificar a base de dados dos registros administrativos de saúde a fim de fornecer informações sobre esta população (CAVALCANTI ET AL., 2021).

Em termos da inserção de mulheres ao mercado laboral formal, se observa que durante o primeiro ano da **pandemia**, em 2020, as mulheres foram afetadas pelo desemprego, apresentando um saldo negativo entre admissões e desligamentos, durante os meses de abril, maio e junho, e se recuperando lentamente entre os meses de julho, agosto e setembro, até alcançar um patamar medianamente estável em outubro, novembro e dezembro, porém os mercados de serviços como restaurantes, hotéis, lanchonetes, comércio varejista e de confecção de roupa mantiveram saldos negativos durante o ano. Em relação aos Estados que mais contratou migrantes durante esta década, foram o Estado de São Paulo, seguido de Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (CAVALCANTI ET AL., 2021).

Durante a **pandemia**, segundo dados do estudo realizado por Gênero e Número e SOF Sempre Viva Organização Feminista em 2020, 50% das mulheres brasileiras passaram a cuidar de alguém na pandemia, 41% que seguiram trabalhando durante a pandemia sentiram que trabalhavam mais durante a quarentena, 58% das mulheres que ficaram desempregadas, são negras.

O Relatório do Atlas da Violência registrou, na década de 2009 a 2019, 50.056 assassinatos de mulheres, sendo 67% mulheres negras, com alto índice nos Estados de

Roraima, seguida de Amazonas e Pará (CERQUEIRA, 2021). Lembremos, que ditos estados tem sido porta de entrada de migrantes internacionais, nos últimos anos.

Segundo o Mapa da desigualdade na cidade de São Paulo do ano 2022, o bairro que apresenta mais denúncias de violência contra a mulher, violência racial e violência contra população LGBTQIAP+ e casos de feminicídio é Barra Funda, ademais assinala que durante a pandemia os registros de violência aumentaram significativamente.

Outros dados relevantes a trazer se relacionam com situações de violência de gênero contra mulheres lésbicas, trans e gênero-diversas no Brasil. Assim, o I LesboCenso Nacional realizado entre 2021 e 2022, mostra que o 79% já sofreu algum tipo de lesbofobia, os principais tipos de violência sofridas são assédio moral 33,7%, assédio sexual 21,74% e violência psicológica 19,57%. No quesito saúde, 24,98% assinala ter sofrido algum tipo de discriminação no atendimento ginecológico, 72,94% tiveram receio de falar de sua orientação sexual/sexualidade no atendimento de saúde e 81,62% não usou proteção para ITS/HIV/Aids. E, os dados da pesquisa Trans Murder Monitoring (2021) novamente assinalam o Brasil, como o principal país que mais se registram mortes a pessoas trans, correspondendo ao 33% de mortes acontecidas no mundo. E embora, que ditos números sejam muito distantes da realidade se considerarmos os crimes que não são reportados nem registrados como tal pelos órgãos públicos, constituem informações alarmantes que se precisa analisar e continuar a coletar para que instâncias públicas assumam responsabilidades a respeito.

O tráfico de pessoas é outro problema gravíssimo no plano nacional e internacional. O Relatório Nacional sobre Tráfico de Pessoas, que traz dados de 2017 a 2020. Nesse período, foram registrados 880 trabalhadores migrantes em condições análogas à escravidão. A Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (Decreto nº5.498, de 26 de outubro de 2006) prevê em suas diretrizes a inserção de ações de saúde integradas às demais políticas que possibilitem o acolhimento e o atendimento das necessidades daquelas pessoas que sejam resgatadas das diversas situações de tráfico existentes (BRASIL, 2013).

Assim, esse cenário de violências nos faz refletir o que Berenice Bento assinala “[...]Esse é meu susto: o rosto, o corpo, a pele, a língua, atributos ditos humanos, não bastam para assegurar o direito à vida [...]” (BENTO, 2018, p. 18). Não basta existir para ser considerado como uma pessoa com direitos, a situação de violência contra as mulheres, as quais ademais assumem a responsabilidades de cuidado, nos apresenta uma situação cotidiana de constante sobrevivência e resistência, frente a uma estrutura socioeconômica completamente desigual, onde 22 homens detêm mais riquezas que de todas as mulheres que

há no continente africano, de que 2153 pessoas detêm mais riqueza que 4,6 bilhões de pessoas no mundo (OXFAM, 2020).

Assim, muitas mulheres têm se movimentado para denunciar as estruturas que as colocam em situações desiguais dentro da sociedade, da constante violência cotidiana em a que vivem e dos crimes cometidos contra elas. Construindo assim o movimento feminismo, movimentos de trabalhadoras, movimentos de mulheres negras, movimentos de mulheres migrantes e outros, a fim de desconstruir o papel de mulher-mãe-cuidadora, objeto do mundo privado, para exigir espaços de visibilidade e ação nas políticas públicas, sendo a saúde o direito mais básico para pensar na continuidade da vida das mulheres.

Em 1948, após o término da Segunda Guerra Mundial e construída a Organização das Nações Unidas ONU, a Comissão de Direitos Humanos da ONU sob a presidência de Eleanor Roosevelt, viúva de Franklin Roosevelt, elabora o teor da Declaração Universal dos Direitos Humanos que foi adotada em dezembro do mesmo ano, sendo Brasil um dos países signatários. Em cuja declaração, as mulheres são também consideradas em igualdade de direitos que os homens, ao reafirma-se no primeiro e no segundo artigo que todos nascemos livres e iguais, em dignidade e direitos sem distinção alguma, nem de sexo, raça, cor, língua, origem nacional ou social, de fortuna, ou outro estatuto.

Com respeito à saúde no Artigo 25º da Declaração dos Direitos Humanos menciona que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de lhe garantir a ela e também a sua família a saúde e o bem-estar, essencialmente alimentação, vestuário, moradia, assistência médica e serviços sociais primordiais. Assim como durante a maternidade e à infância ter direito a cuidados e a assistência específicas. O que indica que o direito à saúde é inerente ao direito à vida com igualdade, liberdade e dignidade presentes nos Artigos 1º ao 6º da mencionada declaração. E que ao relacionar com Artigo 13º referido ao direito de se deslocar livremente dentro e fora do país, poderíamos supor que isto não exclui os outros direitos, como o direito à saúde.

A incorporação da saúde da mulher com toda sua diversidade, nas políticas nacionais de saúde continua sendo pauta dos movimentos feministas. Os primeiros programas de saúde entre os anos 30 a 70 eram restritos ao papel de uma mulher reprodutora, cuidadora dos filhos e da família, sendo só foco de cuidados quando gestantes ou junto com suas crianças, fora desse padrão elas não eram prioridade para receber assistência. Além disto, os programas tinham uma organização vertical cujos objetivos eram definidos pelo nível central sem

considerar qualquer avaliação das necessidades locais e por tal carente de integração entre eles, o que não gerava nenhum impacto na vida das mulheres. Situação que é colocada em alerta pelo movimento para aguçá-la a necessidade de trazer aquilo que era considerado privado ao plano público, a fim de revelar como as iniquidades existentes nas condições de vida, nas relações de gênero, no acesso e uso de métodos contraceptivos e no processo de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, adicionado à sobrecarga de trabalho doméstico e de criação dos filhos afetam a saúde da população feminina (BRASIL, 2004).

Portanto, se exigiu ao governo mudanças nas estruturas da assistência à saúde da mulher mais além do plano gravídico-puerperal, considerando as mulheres em toda sua diversidade e em seus diferentes ciclos de vida. Em resposta a esta demanda, o Ministério de Saúde criou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que introduziu como princípios e diretrizes a integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. E que em 1988, estes conceitos serviram de alicerce para a formulação do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2004).

No Brasil a execução do direito à saúde, seu ordenamento jurídico e operacionalização encontra-se em constante (re)elaboração, (re)avaliação e luta por parte de movimentos sociais e sanitaristas por manterem os avanços no SUS. Nos últimos anos o governo local, estadual e federal de turno tem duvidado da importância que tem esta agenda para a vida das pessoas, de modo que embasados em ideais neoliberais e de discursos sobre a “crises” econômica atual tem justificado e diminuído o orçamento nesta área, afetando o normal funcionamento e ampliação de serviços de atendimento à saúde. De tal forma que a manutenção do SUS sempre se encontra em constante tensão.

Lembremos que antes do SUS, quem tinha direito à saúde eram em sua maioria trabalhadores com carteira assinada, mesmo assim o gerenciamento deste serviço não conseguia atender com qualidade a todos. Quando casos de epidemia o governo militar não tinha ferramentas nem orçamento destinado à saúde para que pudesse agir, se diz que entre os anos 1970 e 1984, o orçamento destinado ao Ministério da saúde não chegava nem ao 1,82%. Após o fim da ditadura, foi criado no ano 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como forma de consolidar as já existentes Ações Integradas de Saúde (AIS), o que serviu de base para que na Constituição Federal de 1988 no Artigo 6º que estabelece o rol dos direitos sociais como a saúde e de forma mais detalhada no Título VIII da Ordem Social Seção II da Saúde com os artigos de 196º ao 200º o governo assumiu o dever de assegurar por

meio de políticas sociais e econômicas o direito fundamental de todos à saúde, assim como o acesso universal, integral, equitativo, descentralizado e participativo, gerenciando suas ações e os serviços de saúde por meio de SUS. Sendo que no Artigo 5º diz também que o Brasil garante aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, portanto também o direito à saúde, algo que se reafirma na Lei de Migração no Artigo 4º Inciso VIII.

Em 1990, por meio da Lei nº 8.080 o SUS é operacionalizado, detalhando entre outras providências, seus princípios e diretrizes de funcionamento e gestão. Cabe ressaltar desta lei dois artigos relacionados com a temática de nossa dissertação o primeiro, o Artigo 3º (caput alterado pela Lei nº 12.864 em 2013), que relaciona claramente que os níveis de saúde exteriorizam a organização social e econômica do país, possuindo a saúde como determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a renda, o trabalho, a moradia, a educação, o saneamento básico, o transporte, o lazer, a atividade física e o acesso a bens e serviços elementares. E o segundo, o Artigo 7º inciso XIV (caput alterado pela Lei nº 13.427 em 2017) de dita lei que faz ênfases na assistência específica para mulheres e pessoas vítimas de violência doméstica para terem acesso além de acompanhamento psicológico a cirurgias plásticas reparadoras em concordância com a Lei nº 12.845 referenciada recém no ano 2013. Por outro lado, a fim de complementar uma gestão democrática do SUS, se promulgou a Lei nº 8.142, com o propósito de incluir a participação da comunidade nessa tarefa, abrindo uma porta para o controle social na administração dos serviços públicos de saúde.

Cabe lembrar também que o Brasil se aderiu ao *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos* e ao *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* de 1986 recém no ano 1992 por meio do Decreto Legislativo nº 226, e promulgou o teor do pacto no Decreto nº 591 do mesmo ano. Ressaltou neste pacto três artigos: o Artigo 3º onde os estados se comprometem a assegurar a homens e mulheres igualdade no gozo de direitos econômicos, sociais e culturais assim como no Artigo 7º a equidade no salário e na remuneração, sem nenhuma distinção entre homens e mulheres. E o Artigo 12º, relacionado especificamente a saúde onde se reconhece o direito da pessoa de usufruir o mais elevado nível possível de saúde física e mental e pelo qual o estado deverá adotar as medidas necessárias para assegurar o pleno exercício deste direito.

Outro documento internacional importante em relação a saúde é o Protocolo denominado de São Salvador, protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, subscrito em 1988 em

Salvador, e que o Brasil se aderiu no ano 1996 passando a vigorar por meio do Decreto nº 3.321 no ano 1999. No mencionado protocolo se destaca o Artigo 6º, que diz que o estado deve se comprometer a realizar e/ou reforçar programas que permitam o atendimento da família, e pelo qual a mulher tenha possibilidade de exercer o direito ao trabalho. O Artigo 9, que fala do direito à licença maternidade antes e depois do parto. E o Artigo 10, sobre o direito à saúde, saúde entendida como a satisfação e usufruto do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. Entendendo a saúde como um bem público que o estado deve garantir por meio de algumas medidas como a assistência primária e extensão dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado em especial de grupos de mais alto risco e vulnerabilidade; a imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e tratamento de doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza. Assim como promover a educação da população em termos de prevenção e tratamento de doenças.

No ano 1996, o Ministério de Saúde por meio da Portaria nº 2.203 aprovou a Norma Operacional Básica (NOB) a fim de redefinir a forma de gestão do SUS e as medidas de regulamentação das relações entre as três esferas de gerenciamento do sistema. Posteriormente, no ano 2001, a norma é ampliada por meio da Portaria nº 95 que instaura a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) onde se define melhor o processo de descentralização e regionalização do SUS, criando mecanismo e critérios para fortalecer a administração do sistema nos estados e municípios, ademais de que incorpora dentro suas estratégias de atenção à saúde da mulher, embora ainda se define como responsabilidade mínima dar assistência pré-natal, parto e puerpério.

A descentralização e implementação das ações do SUS como o Programa da Saúde da Família (PSF) hoje conhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada pela Portaria nº 648/2006, a fim de reorganizar e reestruturar a Atenção Básica segundo os preceitos do SUS cuja visão é ampliar sua capacidade resolutive a nível nacional, na promoção de saúde e prevenção de doenças; e que tem dentro de suas áreas estratégicas a saúde da mulher. Para isto, o PSF deve contar com uma equipe mínima multidisciplinar composta por: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde encarregados de fazer os primeiros mapeamentos da região atendida. Também podem compor nesta equipe profissionais da Saúde Bucal. O que é estranho neste programa é a falta de um psicólogo na equipe mínima exigida sendo isto uma limitação para a atuação da equipe no sentido de somar no

atendimento integral da saúde, incluindo-se a saúde mental como uma prioridade, ainda mais na vivência de uma pandemia.

Vinte anos depois, em 2004, a PAISM se renova com o nome de Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Neste documento se salienta a necessidade de um trabalho integral desde uma perspectiva de gênero para avaliar como as desigualdades organizam e expõem distintos padrões de sofrer, adoecer, procurar pela cura ou não, e a morte. Sendo assim, a PNAISM exorta a considerar o gênero, incluindo não só mulheres heterossexuais e sim também lésbicas e bissexuais, na análise do perfil epidemiológico, no planejamento de ações e no aperfeiçoamento de melhores condições de vida e acesso aos direitos da mulher como cidadã (BRASIL, 2004).

Considerando que a integralidade em saúde como Paulo de Tarso Puccini e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2004) assinalam:

[...] pode ser desenvolvida não, apenas, como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de "oferta organizada" de serviços [...] A integralidade do cuidado deixa de ser, portanto, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas, o cuidado e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para a sua realização. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. Esse reconhecimento espalha-se como rastilho de afetividades e de necessidades radicais dos indivíduos, contaminando a atmosfera tonal do convívio cotidiano com uma nova força estruturante e de defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde. (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1351)

Assim, a proposta de materializar a integralidade em saúde desde uma perspectiva de gênero, que convida está política, amplia o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos, como indica Patrícia Flores de Medeiros e Neuza Maria de Fátima Guareschie (2009):

[...] O gênero aparece marcando a diferença para obter um tratamento mais igualitário na sociedade, isto é, a mulher não apenas vista como um corpo no social, mas no social por seu corpo. A diferenciação do corpo, tomado no cuidado em saúde, promovendo direitos, integrava um anseio pelo direito de ter/viver uma sexualidade, uma marcação política de um sujeito político e de alguns de seus direitos, que passam a ser assegurados, visibilizados culturalmente, pela organização

integrada de vários segmentos sociais, denominada engajamento no coletivo. A integralidade passa a ser colocar esse sujeito no social, e não apenas atender a seu corpo. As mulheres passam a figurar de outro jeito no social: que constroem e são construídas como cidadãs da saúde. (MEDEIROS; GUARESCHIE, 2009, p.41)

Ao olhar as mulheres como cidadãs da saúde, se colocam como agentes ativos de sua própria saúde. O que constitui um avanço significativo em políticas públicas. Porém, a mais de duas décadas de formulado a PAISM/PNAISM continua sendo um ideal sua completa implantação, sendo ainda bandeira de luta para os movimentos feministas e movimento de mulheres negras.

É sabido que a execução de uma política pública não é linear mesmo com a construção de portarias, ementas, declarações e programas estas não são suficientes para mudar as estruturas sanitárias e muito menos num sistema econômico político capitalista neoliberal. Disputas políticas e ideológicas apareceram para pôr em dúvida sua importância, implantação e implementação. Como indica Regina Helena Simões Barbosa (2006):

No contexto do Estado Neoliberal, em que o mercado regula demandas e necessidades da sociedade, as políticas de saúde têm se voltado, particularmente nas últimas décadas, para a redução do gasto público em saúde, paralelamente à crescente privatização deste setor, entre outros. Concomitante, ocorre uma precária e limitada focalização da assistência nos grupos mais “vulneráveis” [...] O PAISM, como todo o Sistema Único de Saúde (SUS), vem sofrendo com os problemas decorrentes da falta de financiamento que inviabiliza entre outras, ações articuladas e integrais, no que diz respeito tanto à assistência ao ciclo gravídico-puerperal quanto aos outros problemas de saúde das mulheres, inclusive aqueles não relacionados à esfera reprodutiva (BARBOSA, 2006, p. 328)

Assim, como falávamos linhas acima uma estrutura de governo neoliberal precisa manter as inequidades para se poder sustentar, desmontando qualquer instituição que vise resguardar os direitos humanos, em especial das mulheres, com a justificativa de crises se começam a criar medidas como o ‘Teto de gastos públicos’, Emenda Constitucional nº 95/2016, por vinte anos, o que afeta diretamente a capacidade de gerir e garantir os direitos sociais, entre eles a saúde, a qualidade e efetivação do atendimento.

Frente a governos neoliberais, conservadores e fundamentalista, mecanismos para controlar e vigiar a vida das mulheres continuam se perpetuando. Como indica Madalena Valdivieso Ide (2017):

Resulta evidente que estas concepciones tienen como base la naturalización de la subordinación de las mujeres, la necesidad de su disciplinamiento, su deber de obediencia, para que el entramado de las relaciones de poder se mantenga dentro de sus límites funcionales [De modo que] Los cuerpos de las mujeres son definidos por

el estado, el mercado, las religiones, por la ciencia y por la industria farmacéutica y son definidos de manera utilitaria, para que sirvan a las necesidades y fines del sostenimiento de poder dominante (VALDIVIESO IDE, 2017, p. 182-183)

Portanto, se tem a emergência de lutar pela manutenção e criação de ações coletivas que exigem o reconhecimento e redistribuição para garantir os direitos da mulher. Como a Marcha das Mulheres, todos os 8 de março de cada ano, mulheres em diversas partes do mundo, de diferentes idades e diversidades, incluindo migrantes, se congregam nas ruas para exigir reivindicações e reconhecimento de seus direitos, direito à vida com dignidade, o direito a ter saúde, ao aborto legal e seguro, entre outras. Segundo Marco Aurélio Máximo Prado (2001):

Assumir que a emergência de ações coletivas, nas sociedades contemporâneas, constitui tentativa de significação do real, implica, como ponto de partida, assumirmos que o real não pode ser definido como uma objetividade transparente e completa[...] O real é tido, portanto, como um jogo complexo e intenso de disputas por formas de significação. Isto se torna relevante pois nos permite pensar que as ações coletivas não emergem somente pela exclusão de grupos do mundo político institucional ou mesmo do mercado, mas também por intencionar a criação de uma realidade múltipla, ou a constituição de novos elementos culturais, que podem exigir novos movimentos de institucionalização (PRADO, 2001, p. 167).

A inserção de mulheres migrantes nas lutas reivindicatórias de direitos para as mulheres tem reafirmado ou trazido novas pautas de debate nos movimentos locais, como o direito a migrar, o direito à saúde humanizada e intercultural, o direito ao aborto seguro.

A migração tem colocado desafios para as políticas públicas em saúde, como no cotidiano do atendimento e até pôr em xeque o próprio conceito de saúde na prática assistencial. Como indica Vincianne Adams (2004, p. 283) citado por Gavin Mooney (2014 p. 92) devemos considerar a saúde como “[...] o produto de estruturas sociais econômicas, políticas e religiosas, elas mesmas moldadas e constituídas culturalmente num terreno político disputado”. Portanto, a saúde e a cultura estão inevitavelmente vinculadas, de modo que instituições de saúde são também espaços políticos de encontro intercultural.

Colocando em debate um modelo de saúde biomédico de produção, de constantes correrias contra o tempo, onde a quantidade de atendimentos é mais valiosa que a qualidade, a atenção termina sendo mais clínica-individual e tecnicista que não consegue dar conta da complexidade da saúde (BARBOSA, 2006). Como assinala Ianni Regia Scarcelli (2016) a saúde:

[...] é um campo complexo, composto por muitos fatores inter-relacionados, complementares e em movimento. Demanda a busca de conhecimento de outros campos, assim como a capacidade de refletir sobre aspectos ligados à organização dos serviços de saúde, à constituição histórica dos saberes e práticas, às fundamentações teóricas, jurídicas e filosóficas acerca da construção desse saber, à contextualização da sociedade da qual estamos falando, às relações possíveis de serem feitas sobre saúde-sociedade, indivíduo-estado e instituições, entre outras [...] (SCARCELLI, 2016, p.190)

Dado isso, a migração também expõe essa estrutura de desigualdades existentes, como se formulam e operacionalizam políticas públicas que sustentam o direito à saúde, a cuidados, a vida, visibiliza as opressões que colocam as mulheres em lugares desiguais de atendimento assistencial. Assim como também saberes e práticas de cuidado que envolve entre outras coisas as relações de gênero, étnico-raciais, nacionalidade e de meios de vida nessa convergência de culturas e de diferentes cosmovisões de cuidar o corpo.

Um país diverso como é o Brasil, a responsabilidade de operacionalizar, gestar e efetivar o direito à saúde e à vida digna para todas as pessoas, incluída mulheres migrantes, é uma tarefa contínua que requer compromisso intersetorial e interdisciplinar.

-Produções acadêmicas na área da Psicologia

No campo acadêmico da psicologia, revisando o Catálogo de Teses e Dissertações da Capes, se encontram as seguintes produções *stricto sensu* sobre o tema:

Usando os descritores mulheres migrantes+cuidados, área de conhecimento - Psicologia, se observa 1743 dissertações e 423 teses, dos quais ressaltamos 10 dissertações e 5 teses, por dialogar de alguma forma com a pesquisa, embora não achamos uma produção que use especificamente esses dois descritores no título da pesquisa. De modo, que os debates que trazem estão relacionados com migração forçada de mulheres da Colômbia (PARDO, 2011) e a migração feminina cabo-verdiana na Itália (ÉVORA, 2003), o tráfico de mulheres (CLÍMACO, 2009), a migração de pessoas brasileiras a China (ORSOLIN, 2008) e a Japão (CARIGNATO, 1999, 2004; HIGA, 2006), os afetos familiares (OLIVEIRA, 2008; CASTILHO, 2010), o sentimento de solidão (ALMEIDA, 1997) e desarraigo (BRASIL, 1997), em especial se o local de destino não é hospitalário (MAYA, 2006). Ademais, de processos identitários são vivenciados (MENDES, 2005; BRASIL, 2012).

O levantamento acima não pretende ser um exercício do estado da arte, mas, nos permite vislumbrar o que se tem produzido na área de psicologia considerando os termos migração de mulheres e cuidados.

Outras leituras sobre o tema, assinalam que os empecilhos de gênero não desaparecem com a mudança de país e muitas vezes vêm-se exacerbadas (BINDER-FRITZ; RIEDER, 2014). A solidão da migração, a falta de suporte familiar, a precariedade no emprego ou pouco uso dos serviços de saúde fazem com que muitas delas sejam mais propensas a ter alguma DST/HIV, sofrer de estresse, depressão, violência e abuso sexual por parte de seus parceiros (PURI; CLELAND, 2007; ROCHA; DIAS; GAMA 2010; SILVA, 2017) e no caso de mulheres mais jovens o índice de ser vítima de tráfico de pessoas é ainda maior (TERESI, 2010; CABEZAS, 2016). Daí a importância da categoria gênero para estudar, entender a temática sobre cuidados (GOMEZ CANTARINO, 2016; ROSSA, 2017; ROSABONI; FERNANDES; PEÇANHA, 2018). Ao longo da tese, também vou trazer outras leituras que façam diálogo com as inquietações que as próprias interlocuções suscitam.

Pelo exposto até aqui, se faz relevante esta pesquisa na área de Psicologia Social, a fim de entender as intersubjetividades que estão envolvidas nos cuidados das mulheres, nas suas práticas, no seu acesso, na garantia tanto de direito à saúde como à vida. Entendendo que a saúde é um eixo chave do direito à vida e que deve ser visto com equidade, respeitando a diversidade no instante em que sujeitos plurais têm acesso a este direito (DIAS; GONÇALVES, 2007; PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012).

1.4. Objetivos da Pesquisa

Geral:

Compreender o cuidado como exercício de direitos à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS

Específicos:

- Entender quais são as possibilidades do cuidado de mulheres migrantes usuárias do SUS;
- Refletir sobre o lugar das mulheres migrantes nos espaços de garantia de direitos à saúde e a vida;
- Interpretar a luta social pela efetivação de direitos por meio do cuidado como princípio.

A partir destes objetivos são trilhados os seguintes capítulos: O segundo capítulo, explicou os percursos epistêmico-metodológicos e apresentou as interlocutoras da pesquisa. O terceiro

capítulo, vou trazer as histórias de (im)possibilidades do cuidado em diálogo com minha própria experiência também como migrante e também com leituras sobre cada tema que são interpelados no diálogo. No quarto capítulo, o cuidado como princípio de governo, coloca a debate o como o cuidado por sua potência e abrangência pode ser uma categoria útil para pensarmos a base de um governo mais inclusivo. No quinto capítulo, vou trazer algumas reflexões finais sobre a pesquisa realizada.

É importante também dizer que cada capítulo conta com alguns versos de poesia, a modo de ter uma via mais para o diálogo com vocês, assim apresentar os afetos que tenho das histórias doadas e o respeito pela luta por dignidade.

Boa leitura!

[...]
 A voz de minha filha
 recolhe todas a nossas vozes
 [...]
 A voz de minha filha
 recolhe em si
 a fala e o ato.
 O ontem- o hoje- o agora.
 [...]
 Conceição Evaristo, poesia 'vozes-mulheres' (2017)

2. Percurso epistêmico-metodológicos

Assistimos cenários de teses e antíteses que falam o que supostamente deve ser ciência e seus afazeres, onde debates antagônicos procuram protagonismo nos mais diversos lugares, acirrando desigualdades e opressões; portanto, cabe à academia junto aos movimentos sociais, criar estratégias de justiça social mais aguçadas com a sociedade, de modo a encaminhar os esforços teórico-metodológicos a serem vias de resistência, contestação e transformação.

Como Maria Galindo (2014) menciona “La teoría es un instrumento fundamental de la lucha. El horizonte hacia dónde queremos ir y la capacidad de nombrar ese horizonte es algo precioso e imprescindible [...]” (p. 20) já que o feminismo é ciente de que teorizar cria uma força tal de saber/poder (BORDIN, 2014; FOUCAULT, 2010, 2012, 2013) que é capaz de libertar ou oprimir.

Para Mary McCarnney Gergen (1993):

[...] as críticas feministas revelam numerosas instâncias em que as hipóteses que orientavam os cientistas condicionavam o tipo de resultados (ou realidades) que a pesquisa poderia produzir. E, porque essas hipóteses orientadas representam perspectivas masculinas predominantes, as realidades científicas tipicamente suprimem a voz feminina [...] (GERGEN, 1993, p. 50)

Deste modo, a ciência, suas teorias, métodos e instrumentos, foram por muito tempo sustentadas por regras chamadas de “imparciais” e “objetivas” que determinavam que conhecimento era científico ou não, que deveria ser estudado o não; a ciência construía-se desde um olhar androcêntrico branco heterossexual para dominar e explorar a natureza; natureza que é representado por ironia com uma imagem feminina - “a mãe natureza”. Daí que “[...] atacar o processo científico em função de sua pré-estrutura preconceituosa da compreensão não é meramente questionar o uso tradicional do método científico, mas a adequação básica do próprio método [...]” (GERGEN, 1993. p. 50).

Assim, entendemos que o método, o fazer científico, universalista, racional e objetivo não seria o caminho para olhar a diferença, as particularidades e as subjetividades (RAGO, 1998); algo que as correntes feministas dedicam especial atenção na construção de novas formas de comunicação e interpretação do mundo, de uma ciência mais localizada e posicionada. Nas palavras de Donna Haraway (2009) “A escrita tem um significado especial para todos os grupos colonizados [...] tem a ver com o poder sobreviver, não com base em uma inocência original, mas com base na tomada de posse dos mesmos instrumentos para marcar o mundo que as marcou como outras [...]” (p.88).

Como mulheres e especificamente como mulheres migrantes racializadas, na amplitude de ser e estar, com nossas diferenças e desigualdades, é ainda mais importante nos apropriarmos desses instrumentos que falam de nós, muitas vezes sem nós. Temos o compromisso de questionar a linguagem que é usada sobre nós, entender seu poder e sua cadência e assumir a responsabilidade de ressignificar e transformar essa linguagem. Como Audre Lorde (2019) assinala “[...] é necessário esmiuçar não apenas a verdade do que dizemos, mas a verdade da própria linguagem que usamos [...]” (p. 54)

Neste sentido, encontramos na Psicologia, com sua pluralidade de correntes, teorias, métodos, objetos e interlocuções, a possibilidade de olhares e a construção de novas linguagens e subjetividades (LAVRADOR, 1999) que ao trabalharmos em conjunto com debates teóricos feministas, antirracistas e interseccionais nos fez atentarmos ainda mais nos passos, na complexidade da parte e do todo, desta (re)construção que busca ser uma produção científica qualitativa, feminista, localizada, politicamente posicionada, ética e que advoga por justiça social.

Assim, a fim de continuar explicando os cimentos epistêmicos-metodológicos que guiaram esta pesquisa vou dividi-lo em três seções: *A pesquisa qualitativa*, refletida desde uma perspectiva feminista interseccional. *O processo de reflexão analítica*, onde descrevo os conceitos-base e procedimentos que auxiliaram a análise. *A jornada da pesquisa*, onde narro os momentos da pesquisa e apresento as principais interlocutoras que se envolveram nesta jornada.

2.1 A pesquisa qualitativa

Entendemos que a pesquisa qualitativa não está orientada a produção de resultados finais como referentes universais e invariáveis, e sim pela produção de novos momentos teóricos que se integram e interpelam dentro do processo de (re)produção de conhecimentos. Assim, seu desenvolvimento é mais próximo a um diálogo processual e orgânico, que favorece níveis de contextualização e reflexão da experiência do cotidiano (REY, 2000).

Para isso, as ferramentas usadas na pesquisa qualitativa adquirem um sentido mais interativo, ela não é importante só porque o sujeito/interlocutora as responde ou realiza, e sim pelos diálogos motivados pelo seu uso, pelas expressões do sujeito/interlocutora frente a isso e pelas características dessa interação (REY, 2000). Assim, o sentido que adquire a ferramenta, que no caso desta pesquisa são entrevistas semiestruturadas e as vivências da pesquisadora com a temática, procede, entre outros fatores, do nível de relações constituídas no momento da aplicação da ferramenta, como na jornada da pesquisa e da escrita.

Desse modo, as ideias, reflexões e intercâmbios reverberadas antes e durante a pesquisa contribuem também aos sentidos que atribui aos enunciados precedentes da ferramenta utilizada (REY, 2000). Por isso, a relevância de explicar as nuances dessa jornada, os conceitos-base que direcionam a análises e todo o processo de (re)produção do conhecimento.

Os estudos feministas têm repensado esses modos de (re)produção de conhecimento, entre eles, as realizadas por meio de pesquisas qualitativas. O que contribuiu para que a elaboração, aplicação e difusão destas pesquisas fossem cada vez mais situadas, inclusivas e comprometidas com as experiências subjetivas e suas implicâncias no âmbito social, econômico e político (OLESEN, 2006; NEVES, 2012).

Os avanços destes estudos, tem levado também a ressignificar a categoria/estrutura “mulher”, fora do essencialismo identitário e sim compreendida como uma construção sócio-histórica e política, que a situam em posições de (des)igualdade e diferenciação, de subordinação e/ou poder (PISCITELLI, 2008, 2012).

Os movimentos feministas negros também vão a trazer a debate a categoria/estrutura “mulher”, contrapondo esse uso universal e branco, que não refletia as opressões sofridas

pelas mulheres negras. Bell Hooks, feminista negra, no seu texto *Não sou eu uma mulher. Mulheres negras e Feminismo* (2014) assinala que:

[...] Com muita frequência, no movimento de mulheres pressupôs-se que uma pessoa poderia se livrar do pensamento sexista ao simplesmente adotar a retórica feminista apropriada; além disso, pressupôs-se que, ao se assumir oprimida, uma pessoa se livra de ser opressora. A tal ponto que esse pensamento impediu que feministas brancas compreendessem e superassem seus próprios comportamentos sexistas e racistas direcionados às mulheres negras [...] (HOOKS, 2014, p. 29)

A autora revela como se reconhecer como oprimida não exime a pessoa de cometer atos de opressão sexista e racista e, também de se beneficiar com isso. Nesse sentido, Bell Hooks (2014) diz que:

[...] Quando o movimento de mulheres estava no ápice e mulheres brancas rejeitavam o papel de reprodutora, de responsável por carregar os fardos e de objeto sexual, mulheres negras eram parabenizadas por sua especial dedicação à tarefa de ser mãe, por sua habilidade “nata” de carregar fardos pesadíssimos e por sua disponibilidade cada vez maior como objeto sexual. Parecia que tínhamos sido eleitas por unanimidade para assumir o posto que as mulheres brancas estavam abandonando. [...] Foi dito às mulheres negras que encontraríamos nossa dignidade não na libertação da opressão sexista, mas na nossa capacidade de harmonizar, adaptar e lidar com coisas difíceis. [...] Ninguém se preocupou em discutir como o sexismo atua tanto independentemente do racismo quanto simultaneamente a ele para nos oprimir. [...] (HOOKS, 2014, p. 25-26)

Desta maneira, a categoria/estrutura “mulher” por si só, não é suficiente para responder à emergência de confrontar as distintas opressões que sofrem as mulheres racializadas. Segundo Avtar Brah (2006):

É necessário, portanto, analisar que nos constroem como, digamos, “mulher branca” ou “mulher negra” [...] Tal desconstrução é necessária se quisermos decifrar como e por que os significados dessas palavras mudam de simples descrições a categorias hierarquicamente organizadas em certas circunstâncias econômicas, políticas e culturais. [De modo que as estruturas] de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como “variáveis independentes” porque a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra- é constituída pela outra e é constitutiva dela [...] (BRAH, 2006, p. 345-346, 351)

A interseccionalidade, concebida dentro dos movimentos de mulheres negras, é um conceito e uma metodologia que permite ter essa visão mais apurada das diferentes

categorias/estruturas que decorrem a vida das mulheres, da pluralidade de processos que condicionam e retroalimentam as várias formas de subordinação/marginalização e as relações de poder (CRENSHAW, 2002; BRAH, 2006; PISCITELLI, 2008, 2012).

Ademais, é importante ter os cuidados necessários para que categorias/estruturas como mulher, migrante/nacionalidade, status migratório, raça/cor, orientação sexual e outras interseções, não sejam analisadas como fixas ou essencialistas. E sim, como relações sócio-históricas e políticas contingentes, dentro de uma semiótica discursiva e localizada (HARAWAY, 1995, 2009). Como menciona Avtar Brah (2006):

É como a “diferença” é construída de maneira diferente dentro desses discursos. Isto é, o uso do termo “negro”, “indiano” ou “asiático” é determinado não tanto pela natureza de seu referente como sua função semiótica dentro de diferentes discursos. Esses vários significados assinalam diferentes estratégias e resultados políticos [...] daí que podemos focalizar um dado contexto e diferenciar entre a demarcação de uma categoria como objeto de discurso social, como categoria analítica e como tema de mobilização política (BRAH, 2006, p. 340, 353).

Nesse último ponto, reconhecemos que mesmo num cenário autoritário e repressivo, as pessoas reagem contra as tentativas de controle e dominação, embora seus modos de agir sejam complexos e por vezes contraditórios. Trazer a diálogo essas agências (BUTLER, 2012; PISCITELLI, 2008, 2012) nesta pesquisa é refletir criticamente em que condições aparecem e quais são as possibilidades de ecoar vias de contestação e/ou transformação social; evitando sua romantização, como bem coloca Bell Hooks (2014):

[...] Em geral, quando as pessoas falam sobre a “força” das mulheres negras, referem-se à maneira como percebem que mulheres negras lidam com a opressão. Ignoram a realidade de que ser forte diante da opressão não é o mesmo que superá-la, que resistência não deve ser confundida com transformação [...] (HOOKS, 2014, p. 25)

Dessa maneira, a realização desta pesquisa qualitativa desde uma perspectiva feminista interseccional (HARAWAY, 1995, 2009; NEVES E NOGUEIRA, 2005; BRAH, 2006; OLESEN, 2006; PISCITELLI, 2008, 2012) nos convocou a ter uma postura mais responsável das interseções de gênero, migrante/nacionalidade, raça/cor, orientação sexual, nível educacional, língua, status migratório, corporal/idade e condição socioeconômica e suas diversas agências presentes nas vivências de cuidado em saúde das mulheres migrantes.

Luís Galeão-Silva (2017) assinala:

[...]que estas considerações nos levam à obrigação de situar empiricamente e normativamente nossos esforços críticos nas opressões e nas ações das pessoas que contradizem a gramática hegemônica da dominação. Essa exigência nos leva, necessariamente, a definir os territórios humanos nos quais habitam e circulam essas pessoas – nas periferias das cidades [...] (GALEÃO-SILVA, 2017, p.97)

Nesse sentido, a pesquisa deve promover também o confronto e a crítica reflexiva sobre a relação do sujeito–território (GALEÃO-SILVA, 2017), neste caso, onde circulam e se deslocam as interlocutoras e a própria pesquisadora, “as periféricas (?)”, quais são seus assujeitamentos de (sobre)vivência frente o hegemônico, na luta de se reconhecerem e serem reconhecidas (YOUNG, 1999; FRASER, 2002, 2006) como portadoras de direitos. Entende-se que periferia aqui não é meramente um ponto geográfico, é também a territorialização da desigualdade de poder, o espaço-tempo onde ocorrem as injustiças.

2.2 O processo de reflexão analítica

Nesta seção explicarei quatro conceitos-base que guiaram a pesquisa e escrita, como também os procedimentos realizados para a análises.

2.2.1 Conceitos-base

- *O Cuidado*⁸: constitui o conceito-base principal desta tese, que vai ser refletida no longo do desenvolvimento e escrita da pesquisa. Entendemos que não há um só conceito de cuidado, portanto não é algo estático e sim dinâmico, práxis e discursos que por vezes ganham status de ‘verdade’ e conhecimento científico e por vezes é tratada com vilipêndio. De modo que os escritos sobre saber e relações de poder de Michel Foucault (2012, 2013) e os debates sobre interseccionalidade (CRENSHAW, 2002; BRAH, 2006; PISCITELLI, 2008, 2012) nos permitiu prestar atenção sobre quem? como? o conceito de cuidado circula e se materializa.

É preciso assinalar que não partimos desde uma zona neutral sobre o conceito, e sim desde um olhar do cuidado como exercício de direito. Entendimento provindo de leituras

⁸ Na página 101, no Capítulo 4 intitulado “O cuidado como princípio de governo”, propomos um outro olhar sobre o cuidado, produto das reverberações de saberes e relações de poder levantadas no percurso de fazer a pesquisa e escrita.

sobre o tema e de espaços de ativismo feminista, em prol dos direitos de pessoas migrantes. Autoras como Marcela Lagarde (2003) que define o Cuidado como um conjunto de ações e recursos para conseguir a manutenção da vida e que tem como base os direitos humanos, principalmente o direito à vida. E de Jorge Ricardo Ayres, Vera Paiva e Cassia Maria Buchalla (2012):

[...]O lugar de destaque do conceito de cuidado, no debate da integralidade tanto quanto no da V&DH [vulnerabilidade e direitos humanos]⁹ deve-se à constatação de que aspirações reconstrutivas de ambas, as proposições dependem de transformações também nos modos como se dão os encontros entre profissionais e usuários, serviços de saúde e cidadãos, ou seja, no contexto de intersubjetividade nos quais se realizam as práticas de saúde. (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012, p. 15)

Nos reforçam a importância de olhar o cuidado como direito, na prática e nos modos em que o cuidado se operacionaliza nos espaços institucionais como na integralidade de ações realizadas nos serviços de saúde. Assim, estaremos atentas aos saberes e possibilidades das mulheres migrantes, interlocutoras desta pesquisa, de exercer este direito.

- *A reflexividade*: A partir dos escritos de Donna Haraway (1995, 2009), Sofia Neves (2005, 2012), Claudia Fonseca (2019, 2020), entendemos a reflexividade como uma prática ciente de que a pesquisa e a escrita, ela não partiu de um trabalho em solitário e linear, e sim do processo contínuo, coletivo e cuidadoso com o que estava sendo (re)produzido, com as ferramentas da pesquisa, as pessoas interlocutoras, as teorias e saberes com as quais dialogamos/refletimos/rebatemos, as palavras/linguagens materializadas, a ética e a devolutiva/s para as interlocutoras, para a comunidade migrante, os espaços de parceria que direta ou indiretamente me ajudaram a (re)pensar essa construção e esse discurso, como foram o grupo de estudos de Psicologia Social Crítica, as conversas com meu orientador Luís Galeão-Silva e os espaços de ativismo sobre a causa migratória.

Claudia Fonseca (2021) destaca:

[...] A reflexividade [...] é produto e produtora das dúvidas que devem acompanhar todo o processo de investigação. [...] Na procura por uma saída que possa dotar o mundo de

⁹ A Vera Paiva (2012) no livro intitulado “Vulnerabilidade e Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade” (PAIVA, CALAZANS, SEGURADO, 2012), traz um debate teórico-prático da dimensão psicossocial do cuidado desde uma perspectiva da vulnerabilidade e dos direitos humanos, que não foi abordado nesta pesquisa/escrita.

certa inteligibilidade, nossa reflexividade é atizada por múltiplos círculos de interlocução. [...] O seu próprio posicionamento ético e político assume contornos mais nítidos à medida que reconhece a heterogeneidade dos atores no universo sob estudo e a diferença entre suas respectivas visões. [...] A reflexividade que nos acompanha durante todas as etapas da pesquisa nos leva de volta à questão fundamental: quais efeitos procuramos produzir com nossa atuação profissional? Entretanto, no lugar de uma resposta clara, surge a convicção de que qualquer esclarecimento apenas se realizará com um paciente trabalho de colaboração. (FONSECA, 2021, p.10-13).

Nessa última questão, sublinhamos, com a autora, a importância do trabalho colaborativo na reprodução de conhecimento a fim de que esta pesquisa/escrita ganhe mais matéria, mais inteligibilidade, que sua leitura seja mais acessível e circule nos mais diversos espaços e escritos acadêmicos ou não, e que mais pessoas se apropriem dela, a utilizem como ferramenta de diálogo, discussão e de outras reflexões.

- *A/s voz/es e o lugar da fala:* Para dialogar sobre este conceito-base trouxe uns fragmentos do poema *Vozes-Mulheres* da escritora Conceição Evaristo (2017), que aliás inicia também este capítulo:

[...]
 A voz de minha filha
 recolhe todas a nossas vozes
 [...]
 Na voz de minha filha
 se fará ouvir a ressonância
 O eco da vida-liberdade.
 (Evaristo, 2017)

No poema, a voz ecoa outras vozes, considero, que a voz que é (de)codificada/traduzida nesta escrita ela não é só minha, ela foi envolvida e é afetada pelas outras vozes, ela é nossa, e talvez a função mais próxima que esteja ocupando como migrante e pesquisador seja a de uma porta-voz neste espaço/tempo. Ao respeito Ianni Regia Scarcelli (2017) assinala:

Dentro de um campo de observação, em que os processos de interação são sempre considerados nas suas duas dimensões (manifesto/latente, explícito/implícito, consciente/inconsciente), essa qualidade nova se expressa pelo surgimento do

emergente, das fantasias inconscientes manifestadas no processo de atribuição e assunção de papéis. O membro do grupo que denuncia o acontecer grupal é denominado *porta-voz*. (SCARCELLI, 2017, p.133)

É necessário assinalar que ser porta-voz nesta escrita, não significa que as outras vozes não possam falar por si mesmas e que elas não se tenham posicionado frente a esta temática. Por isso, concordamos com Djamila Ribeiro (2017) da importância de explicar o lugar de fala:

[...] pensar lugar de fala é uma postura ética, pois “saber o lugar de onde falamos é fundamental para pensarmos as hierarquias, as questões de desigualdade, pobreza, racismo e sexismo”. [...] entendemos que todas as pessoas possuem lugares de fala, pois estamos falando de localização social. E, a partir disso, é possível debater e refletir criticamente sobre os mais variados temas presentes na sociedade. O fundamental é que indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de *locus* social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares de grupos subalternizados. (RIBEIRO, 2017, p. 47-48)

Desse modo, coloco a releve o lugar que ocupo nesta escrita, como mulher migrante, andina, bissexual, doutoranda da USP, com mais de quarenta anos de idade, nascida numa periferia *limeña*, de mãe e pai também migrantes internos, ativista da causa migratória e usuária do SUS, outra hora usufruindo o serviço público de saúde outra hora como observadora e crítica de ele, por vezes ocupando espaços-tempo onde minha voz é ouvida e que meus direitos são respeitados, e outras de subalternidade/marginalização. Em constante diálogo com a experiência coletiva, das vivências de mulheres migrantes, interlocutoras da pesquisa, com suas interseções, e seus lugares de fala, porta-vozes de suas histórias. Histórias que junto aos textos acadêmicos escolhidos ganharam novas formas de interlocução, matéria, interpelações e posicionamentos.

- *A escrita vivencial*: No processo de escrever em primeira pessoa do singular e do plural, tive como referências principais a mulheres como Donna Haraway, Angela Davis, Mary McCarnney Gergen, Gayatri Spivak, Maria Galindo, Djamila Ribeiro, Bell Hooks, Avtar Brah, Audre Lorde e Conceição Evaristo. As duas últimas também poetisas, estética que me aproximou a escrita, e que sou instigada a trazê-las a cena:

A Audre Lorde, mulher negra, lésbica, professora, filha de migrantes caribenhos morando em New York, nos convida a quebrar o silêncio e nos manifestar, ela diz na sua obra *Irmã Outsider* (2019) que [...] eu ia morrer mais cedo ou mais tarde, tendo ou não me

manifestado. Meus silêncios não me protegeram [...] (LORDE, 2019, p.52). Assim, se manter calada por aquilo que te oprime, muitas vezes não é garantia de não sofrer outras situações de opressão/marginalização. Embora, se posicionar frente a isso não seja fácil, ela é necessária, [...] é claro que tenho medo, porque a transformação do silêncio em linguagem e ação é um ato de revelação [...] (LORDE, 2019, p. 54). Para a autora a poesia poderia ser uma potente ferramenta dessa manifestação, [...] é da poesia que nós valemos para nomear o que ainda não tem nome, e que só então pode ser pensado. Os horizontes mais longínquos das nossas esperanças e dos nossos medos são pavimentados pelos nossos poemas [...] (LORDE, 2019, p. 47).

Por outro lado, a Conceição Evaristo, escritora brasileira, mulher negra, professora aposentada, mineira, morando no Rio de Janeiro. Em relação a sua escrita e estética literária, ela a nomeia como escrevivência, como algo que nasce de dentro, desse lugar da subalternidade, dessa história profundamente marcada pela sua experiência individual, como mulher negra na sociedade brasileira, e da experiência coletiva do povo negro, da ancestralidade afro-brasileira. Para Conceição Evaristo (2020)¹⁰ “o movimento da escrita, é o movimento da própria vida, é um movimento que você faz para vencer a dor ou para vencer a morte, é o espírito de sobrevivência mesmo, de se agarrar a vida de alguma forma [...] você registra a vida, você inventa a vida, você discorda da vida [De modo que] escrever é uma forma de sangrar... e a vida é uma sangria desatada” (EVARISTO, 2020).

Para algumas pessoas pesquisadoras (OLIVEIRA 2009; SOARES E MACHADO, 2017; REMENCHE E SIPPEL, 2019; BARTHOLOMEU, 2020), -escrevivências- será apreciada como uma ferramenta metodológica e ética, uma via de subversão da produção de conhecimento, de reconstrução da memória, um modo de escrita de si e das tantas outras, da experiência compartilhada que é atravessada pelas categorias/estruturas/marcadores sociais, que também trazem a suas próprias potências, criações de resistência e contestação.

Assim, apelamos a uma escrita vivencial como meio de trazer os sentimentos (re)lembrados, as fricções, as (im)potências, os carinhos e (des)afetos, as criações e o afínco pela transformação sobre o tema pesquisado.

¹⁰ Veja-se a entrevista de Conceição Evaristo para o canal de Itaú Cultural feito no ano 2020: <https://youtu.be/QXopKuvxevY>

2.2.2 Os procedimentos metodológicos:

- Eleição e modificação das ferramentas da pesquisa diante do comitê de ética;
- Elaboração do roteiro;
- Realização das entrevistas e compartilhamento das gravações com cada interlocutora;
- Transcrição/tradução dos áudios das interlocutoras;
- Revisão das transcrições/traduições e dos apontamentos do campo de estudo;
- Escolha das temáticas/categorias a serem priorizadas na escrita;
- Reflexão de cada temática/categoria em interface com outras produções bibliográficas relevantes com o tema.

2.3 A jornada da pesquisa

É preciso dizer que o desenvolvimento da pesquisa e da escrita desta tese não foi lineal e não pretendeu sê-lo, com seus sentires, suas idas e voltas, pausas e caminhar, vou relevar três momentos desta jornada:

O primeiro, ao vir de Recife para São Paulo, no ano 2015, percebi o potente movimento da sociedade civil por políticas e espaços de participação social para a população migrante, em especial de mulheres migrantes ativistas, entre elas, as da Equipe de Base Warmis – Convergências das Culturas, as do Coletivo “Sí, yo puedo”, as da Presença de América Latina – PAL, as do Centro de Apoio e Pastoral do Migrante - CAMI e as da Rede de Mulheres Lésbicas, Bissexuais e Panssexuais – Rede MILBi+, rede formada em 2018 e do qual sou membra ativa.

As diversas ações que tenho participado com elas, mote também desta pesquisa, aprendi da importância de se auto identificar como migrante e ativista das causas migratórias, para conseguirmos, nessa unidade, o reconhecimento de nossas interseções (nacionalidade, status migratório, raça/cor/etnia, geração, condições socioeconômicas, orientação sexual e identidade de gênero) na formulação e operacionalização de políticas públicas locais e nacionais. Com especial ênfases, aquilo que permeia as vivências das mulheres migrantes nos serviços públicos de saúde, espaços onde, em geral, acudimos quando nos sentimos mais frágeis.

O segundo, foi quando Oriana Jara, diretora da PAL, me convidou a representar a sua organização nas reuniões do Projeto de Acolhimento de Usuários Migrantes ao SUS, desenvolvida em 2016, uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde. No qual, pude atuar como mediadora cultural, tendo a possibilidade de conhecer alguns serviços de saúde da zona sudeste de São Paulo, suas estruturas, o gerenciamento, as pessoas profissionais que os compõem e os desafios no cotidiano do atendimento a pessoas migrantes, usuárias do SUS. Também, entender a relevância do Programa Saúde da Família, em particular nos espaços lidos e tratados como periféricos. Dita experiência foi chave para direcionar meus esforços como pesquisadora e ingressar ao doutorado em 2017.

O terceiro, refere-se ao caminho que percorri até minhas interlocutoras, depois da qualificação, no ano 2019, mudei a ferramenta de interlocução, de um questionário para entrevistas semiestruturadas, que seriam gravadas. Assim, tinha que delinear os critérios de inclusão das pessoas a entrevistar: ao início eram cinco usuárias dos serviços públicos de saúde, moradoras na cidade de São Paulo, cada uma com diferente orientação sexual e/ou identidade de gênero (heterossexual, lésbica, bissexual, pansexual e trans* mulher), e elas indicariam, opcionalmente, a outras pessoas de sua rede de convívio com as quais compartilhassem suas práticas de cuidado, a fim de também as entrevistar.

Porém, no ano de 2020, com a **pandemia** do Covid-19 e a falta de estrutura para enfrentá-la, muitos tiveram que priorizar vias de sobrevivência e eu fiz o mesmo. A doença, a morte e a carência estavam aí mais visíveis, muito mais próxima de uma, minha família adoeceu, perdi meu pai, duas tias e um tio por causa da enfermidade. A morte também levou a Oriana Jara, uma amiga e ativista importante, e assim, como muitos, fui obrigada a conviver com o luto. Casos de mulheres migrantes e suas famílias que morreram, perderam seus empregos, sem poder cobrir seus gastos de alimentação, de aluguel, de leite e fralda para suas crianças, circulavam nas redes de migrantes as quais pertenciam. E me empenhei, mesmo com medo de adoecer, a apoiar ditas redes de cuidado, procurando doações, cartões de alimentação, cestas básicas, dando orientações para acessar ao auxílio emergencial e mapeando agências da Caixa que aceitassem os documentos do país de origem para liberarem dito auxílio.

Nesse cenário, de aprender a lidar com o imprevisível, de resignificar o ritmo da vida-morte, tempo-espço, e o próprio cuidado; tive que usar diversos meios para realizar as

interlocuções e gravá-las, como plataformas virtuais, ligações telefônicas e encontros presenciais como último recurso, a fim de seguir as recomendações de distanciamento declaradas pelos órgãos de saúde do município. É preciso assinalar também que todas as mudanças na forma de fazer a pesquisa foram antes aprovadas pelo comitê de ética, na plataforma Brasil.

Também, os critérios de inclusão foram reformulados e só ficou como critério-base que fossem usuárias dos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo, mantendo ainda a opção de indicar alguma pessoa com quem compartilhassem o cuidado, algo explícito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que elas assinaram de modo virtual ou físico. Porém, nenhuma das dez interlocutoras, referenciou alguém da sua rede de cuidado.

As interlocutoras

A seguir apresentarei as dez mulheres migrantes, todas cisgêneros, que compartilharam suas vivências de cuidados em saúde nesta pesquisa. Ademais, tentarei explicar como as conheci e o modo em que foram realizadas as interlocuções.

- A *Loreto* é chilena, atriz e pós graduada em Teatro do Oprimido, além de massoterapeuta. Ela tem 32 anos de idade, declara-se lésbica e da raça/cor branca/branqueada latino-americana, mora com sua parceira, brasileira, numa casa alugada na Mooca, zona leste de São Paulo. Há 5 anos que se mudou para o Brasil; mas, ela tinha vindo antes, de carona, desde Chile, junto a seu grupo de teatro para um intercâmbio de conhecimentos sobre o Teatro do Oprimido, foi aí que conheceu a sua atual parceira, foram três semanas de convivência fazendo oficinas e intervenções em diferentes espaços, como escolas e na rua. Na volta para Chile, o casal continuava mantendo comunicação e meses depois decidiram que iam morar juntas.

Assim, começou sua jornada de migração, mudou-se de Temuco para Santiago, local onde trabalhava incessantemente para conseguir poupar dinheiro para sua vinda a São Paulo. De dia, seria secretária numa clínica veterinária; durante a noite, vendedora de cerveja. Além de agenciar um tempo para continuar com as atividades do grupo de teatro. A rotina foi tal, que durante os três dias e algo mais que durou a viagem de ônibus, de Santiago para São Paulo, ela mesmo assinalou que “capotou”, dormiu quase dois dias corridos. A despedida de Chile estava cheia de sentimentos e emoções encontradas, familiares e amigadas fizeram uma

festa de despedida e tinham lhe acompanhado ao terminal de ônibus, isso a fez perceber que não era uma viagem qualquer e se envolveu no choro.

Embora, ela tivesse a experiência de viajar fora de seu país de origem, principalmente de “mochilão” para países da América do Sul, agora seria diferente. O primeiro sinal dessa diferença seria a língua, ela acreditava pela sua experiência anterior de viagem ao Brasil, que ela falava português e que todas as pessoas entendiam a ela, assim como ela também as entendia. Mas, não foi assim: “[...]pues yo pensaba que sabía hablar portugués porque yo entendía a todo mundo, todo mundo me entendía todo y creo que todo mundo me estaba mintiendo [...] cuando llegué de verdad, a quedarme acá, ahí me di cuenta de la dificultad [...]porque ahí yo no era turista, yo creo que allí hay una diferencia... yo vine, a ser inmigrante, a estar inmigrante y no ser turista [...] esa es la mayor diferencia, bien grande!

Em relação a seus documentos migratórios, ela tinha vindo de Chile com toda a documentação possível para realizar esse trâmite, para aquilo tinha seguido o listado de requisitos no site da polícia federal, e com apoio de sua parceira reuniram os documentos restantes para se encaminhar, presencialmente, a polícia federal, mas sem êxito. Souberam aí que tinha que agendar uma cita antes, algo que não indicava no site. Na data da cita, ela estava torcendo para que tudo dê certo, como seu visto como turista estava por vencer e o dinheiro da poupança acabando, se regularizar era urgente para ter a possibilidade de arranjar um emprego. De outro lado, a percepção que teve na polícia federal foi que existiam dois tempos circulando dentro do local, um para as pessoas “tramitadoras” as quais eram atendidas mais rápido; e outro, para pessoas comuns, onde o tempo de espera era maior o atendimento era impessoal e davam escassas informações e só se a pessoa interessada solicitasse.

No ano de 2021, ela e seu grupo de teatro ganharam um fomento de cultura da Prefeitura de São Paulo, ademais trabalhava como consultora em temas sobre diversidade, equidade e inclusão, no âmbito corporativo, para uma consultoria composta por mulheres diversas, cuja fundadora também é migrante. É preciso dizer que a *Loreto* tem trabalhado em diversas áreas e ofícios; para ela, o fato de ser atriz lhe fez entender que teria um caminho difícil para a empregabilidade. No Brasil, seu primeiro trabalho foi de repartidora de marmitta a bicicleta, de massoterapeuta em eventos corporativos, de atriz para algumas intervenções artísticas pontuais e como consultora de DEI. Todos seus trabalhos, até o momento, não foram com carteira assinada, ao final ela teve que tirar seu CNPJ para conseguir trabalhos melhores remunerados.

Com *Loreto* nos conhecemos desde o ano 2018, quando a Rede MILBi+ foi oficialmente formada, ela foi umas das fundadoras da rede e juntas participamos e organizamos ações sociais e de militância, entre eles, o Projeto “Boas práticas para o atendimento humanizado da população migrante LGBTQI+”, financiada pelo Fundo Elas+, realizada em formato virtual no ano 2021, ciclo de oficinas para profissionais de serviços públicos, terceiro setor e lideranças migrantes, das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro.

A primeira pessoa a entrevistar foi a ela, uns meses antes de ser declarada a crise pandêmica. O encontro foi seu endereço, inclusive tirei fotos de alguns artefatos de cuidado que tinha indicado em seu discurso. Mas, perdi a gravação da entrevista junto com outros arquivos que carregava no celular, só as fotos consegui recuperá-las. Após esse incidente, a inícios de abril de 2021, me concedeu uma segunda entrevista, agora em formato virtual e pelo computador. Para esse momento, ela tinha uma estrutura para trabalhar desde casa.

- A *Mariela*, foi a segunda pessoa em entrevista, realizada em três sessões virtuais feitas pelo celular, duas em julho de 2020 e uma em abril de 2021, onde aproveitamos o tempo que o filho dormia ou quando o pai o cuidava para realizá-la e parávamos quando a criança demandava da sua atenção.

Em relação a *Mariela*, ela é chilena, tem 42 anos, declara-se parda/mestiza criolla, heterossexual, licenciada em educação e formada em música no conservatório de Chile, fez um mestrado no Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina (PROLAM) na USP. Há cinco anos que mora em São Paulo, veio com seu parceiro, chileno; moram junto com seu filho de um ano numa casa alugada em Peruíbe, litoral de São Paulo.

Em 2010, ela veio como turista para o Brasil, nessa ocasião conheceu Foz de Iguaçu e Bahia e gostou muito da música brasileira. Também, seu parceiro tinha vindo para cá com um amigo, conheceu a Universidade de São Paulo - USP, conseguiu falar com alguns docentes e essa proximidade o fez cogitar a ideia de tentar a residência musical ou pós-graduação na linha da música no Brasil. Algo que já estava dentro dos planos do casal há um tempo, dar continuidade a sua formação fora do Chile. A princípio estavam pensando na França, onde uma amizade de referência poderia ajudá-los, ou na Venezuela, no projeto de orquestras juvenis, algo semelhante ao trabalho que já vinham desenvolvendo nos municípios e escolas no Chile. Ao final, apresentaram-se, desde Chile, no processo seletivo da USP como

estudantes estrangeiros, mas a falta de alguns documentos não permitiu que acessassem a uma vaga.

Em junho de 2015, o casal veio de vez para São Paulo para fazer todo o processo seletivo com calma, acreditando que sua estadia seria de pouco mais de dois anos, tempo que dura a formação do mestrado. Mas, não foi assim, ela aprovou o processo seletivo no PROLAM no ano 2017 e ele em 2020. De modo que o tempo foi se alongando, e agora mais com um filho de nacionalidade brasileira.

No que se refere ao processo de regularização migratória, o casal tinha vindo com o visto temporário Mercosul, tramitado desde Chile. Mas, não tinham sido orientados que teriam que tirar seu CPF e dar entrada na polícia federal para obter, naquela época, seu Registro Nacional do Estrangeiro (RNE). Uma amiga do casal os questionou sobre esse documento e foi aí que perceberam da falta, há tão só dias de vencer o prazo; ao final, conseguiram ter esse documento. Contudo, mesmo obtido o RNE juntos, Mariela, diferente de seu parceiro, perderia a próxima data de renovação para obter residência permanente. Ela ficou por quatro anos com residência temporária e no 2019 obteve a permanente, não sem antes passar por distratos na polícia federal que não aceitava os antecedentes penais emitido pelo consulado chileno, ela grávida no momento, teve que ir quatro vezes, uma delas com uma advogada, amiga nossa, para que aceitassem o conteúdo desse papel que os polícias traduziram erroneamente “sin antecedentes penales” em espanhol, como sendo “sim, tem antecedentes penais”, um erro que mostra o despreparo da polícia federal para atender a diversidade de migrantes que circulam pelos escritórios dessa instituição. No referido documento de seu filho, receberam toda a orientação no próprio hospital como também o recebimento da certidão de nascimento.

No tempo da entrevista, ela estava se dedicando ao cuidado de seu filho junto com seu parceiro. Durante a **pandemia** decidiram se mudar de Cambuci para Peruíbe, para que o isolamento social não afetasse tanto a criança e pudesse ter mais espaço para seu desenvolvimento. Em relação às possibilidades de ingresso econômico, seu parceiro estava recebendo uma bolsa e ela estava recebendo uma ajuda de custo de uma pesquisa que estava participando. Mas, a renda que ela percebia no Brasil, antes da **pandemia**, era provindos de trabalhos temporais como professora de espanhol ou ajudas de custos por projetos sociais relacionados com migração em que participava.

A *Mariela* a conheço desde o ano 2016, compartilhando espaços de militância juntas, ela representando a Equipe de Base Warmis e como instrutora musical do grupo *Lakitas Sinchi Warmis*, uma frente de ação da equipe, conformada por mulheres migrantes e filhas de migrantes que interpretam músicas tradicionais andinas, ao qual participei entre os anos 2016 e inícios de 2017.

- A *Yulimar* foi a terceira pessoa a entrevistar, por meio de duas sessões presenciais a inícios de abril de 2021, numa rua próxima do metrô São Bento e do centro de acolhida, onde morava com sua família. As sessões aconteceram, enquanto o pai cuidava da filha e vendia bala no sinal de trânsito.

Sobre *Yulimar*, ela é venezuelana, tem 31 anos de idade, declara-se de raça/cor negra, heterossexual, não concluiu seu ensino médio, está desempregada, quando morava na Venezuela, trabalhava vendendo casabe [farinha de mandioca] na rua. Há dois anos que veio ao Brasil, mora numa casa de acolhida familiar, no centro de São Paulo, junto com seu parceiro, também venezuelano, e a filha deles. Ela é mãe de dez filhos, nove deles ficaram na Venezuela, os três maiores de idade moram com o pai e os seis menores de 17, 15, 11, 6, 4 e 2 anos de idade ficaram na casa que ela tem lá. A filha de 17 anos é quem se encarrega de cuidar de seus irmãos menores e ocasionalmente a vizinha, que também é madrinha de um dos filhos, ajuda no cuidado.

Em 2018, ela veio pela primeira vez ao Brasil, junto com uma amiga pegaram uma “cola” [carona] e conseguiram entrar no país. Na polícia federal, as duas conseguiram o protocolo na categoria de refugiadas e um dia, pedindo dinheiro na rua em Pacaraima, um cara ofereceu a ela emprego num restaurante, que incluía alojamento, comida e trezentos reais mensais, ela aceita e pediu para dividir a oferta junto com sua amiga e o dono aceito. Assim, passaram um mês e meio, ela conseguiu poupar dinheiro, deixou o emprego para sua amiga e voltou para Venezuela com dois sacos de alimentos para seus filhos, para ela essa viagem tinha sido bem sucedida e o que a motivou a voltar novamente para o Brasil.

A segunda viagem foi em 2019, veio com sua irmã, uma prima e uma amiga, as quatro mulheres adultas. Desta vez, ela sentiu o percurso mais demorado, foram três dias de viagem, aguardando que alguém as de carona, o clima chuvoso não as favorece, uma delas começou a menstruar e tiveram que dar prioridade a ela na carona. Ela diz que “Dios nos cuida” para que nada ruim acontecesse. No caminho, tinham mais pessoas fazendo o mesmo dia e noite; ao

chegar na fronteira e serem recebidas pela polícia federal, como ela tinha o protocolo vencido e por medo de receber algum tipo de sanção, se justificou com os policiais dizendo que todo esse tempo se encontrava numa fazenda trabalhando, e assim deram continuidade a seu processo de regularização. Depois, elas foram encaminhadas para umas carpas em Boa Vista.

Seis meses se passaram, dessa rotina de se recolher à noite nas carpas e de dia, na rua, tentando arranjar algum emprego ou esmola. Ela, agora grávida de dois meses, junto a seu atual parceiro, conseguiram um voo para vir a São Paulo, ação articulada pela PITRIG (Posto de Interiorização e Triagem para Refugiados e Imigrantes), que pagava as passagens das pessoas que tiveram alguma referência em outro estado, ela tinha uma comadre que receberia ao casal na zona sul da cidade de São Paulo.

Nos dias de estar na cidade, a declaração da **pandemia** foi oficial, isso devastou os sonhos do casal, *Yulimar* nos conta "se tivesse sabido nunca teria vindo pra' cá". Embora, na casa da comadre não faltasse a comida, a dificuldade para que o casal conseguisse uma renda piorava enquanto a gravidez avançava, e os conflitos da convivência iam aparecendo. A situação chegou a ser tão tensa com a comadre, que aos quatro meses de estarem alojados aí, foram obrigados a deixar a casa sem ter nenhum local onde ficar. Esse dia, caminharam tanto, até que encontraram outras pessoas migrantes como eles, que os orientaram ir numa casa de acolhida scalabriniana no Pari, onde ficaram por cinco meses.

A *Yulimar* a conheci nos primeiros dias de dezembro de 2020, no período que morava no abrigo do Pari, alguém tinha lhe dado meu contato. Ela estava procurando emprego para seu parceiro, ademais de fraldas e leite para sua filha de um mês de nascida. Nesse momento, uma das redes com que colabora, o Projeto Canicas, se encontrava realizando ações emergenciais para apoiar a migrantes em situação de vulnerabilidade frente à **pandemia**, e graças à parceria da OIM com a Empresa Sodexo, conseguimos quarenta e dos cartões de alimentação, com um valor único, um foi entregue a ela. O restante, distribuímos a outras mulheres migrantes que se encontravam em situações precárias de subsistência.

A convivência dentro do abrigo do Pari foi complexa, a carência de itens para o cuidado da bebe, faziam com que o casal saísse todos os dias para procurar diárias, vender bala ou pedir esmola a fim de comprar fraldas e leite para sua filha. Ademais, a estrutura da casa não comportava famílias, os dormitórios eram separados de homens e de mulheres, os casais dormiam separados e só compartilhavam os espaços de convivência. O cômodo das

mulheres era pequeno, tinha várias mães com suas crianças, e sempre acontecia algum altercado, inclusive a briga que teve *Yulimar* com outra migrante, ela considera ter sido a causa de que aceleraram a sua saída da casa. A menos de dois meses de nascida a bebe do casal, foram exortados a deixar o abrigo, dando como opção a transferência a um outro local. Mas, as referências que tinham sobre esse abrigo não eram boas e, por isso, acreditaram que fosse melhor morar na rua.

O apoio das amigadas, moradores da rua, fizeram com que o casal tomasse essa decisão. Embora a precariedade, teve uma comunidade que os respaldou durante esses dois meses que estiveram morando na rua. Era dezembro de 2020, quando pegaram suas coisas do abrigo, colocaram num carroto emprestado de uma das lideranças e montaram sua barraca na rua. O cartão da alimentação, que tinha lhe entregado semanas antes, também os ajudou para terem uma reserva de fraldas, leite e outros produtos.

No momento da entrevista, o casal já estava morando numa casa de acolhida familiar, no centro da cidade, tinham chegado em fevereiro de 2021 a esse alojamento, graças ao apoio de agentes comunitários de saúde que os encaminharam. Segundo *Yulimar*, o espaço é muito mais confortável, a família dorme junta, sua habitação conta com banheiro próprio, o prédio tem um comedor e uma lavanderia comunitária, o que os permite ter o mínimo garantido. Sobre acesso a renda, o casal conseguiu o auxílio emergencial o que serviu para mandar dinheiro para os filhos que estão na Venezuela e garantir as fraldas e leite da criança, agora de seis meses. Mas, a preocupação por ingressos mais estáveis ainda é permanente. Todos os dias, saem a caminhar para deixar seus currículos, às vezes conseguem uma que outra diária, fazendo faxina, sendo ajudante de cozinha, ajudante de obra, e quando não, vendem bala no sinal de trânsito.

Há mais de dois anos que o casal está no Brasil, num período pandêmico, e suas possibilidades de virar a situação atual continua sendo escassa.

- A *Mary*, nossa quarta interlocutora, a entrevistei pelo seu celular usando uma plataforma virtual, a meados de abril. Durante a entrevista ela esteve num cômodo onde tinha máquinas de costura.

Sobre a *Mary*, ela é colombiana, tem 36 anos de idade, declara-se de raça/cor branca, heterossexual, formada em filosofia e pós-graduação em psicossociologia da juventude e políticas públicas, recentemente dedica-se ao trabalho de costura. Mora com seu parceiro e a

filha de ele, os dois bolivianos, numa casa alugada que também serve de oficina de costura, na Cidade Patriarca, zona leste de São Paulo. Há mais de 16 anos que moro no Brasil.

Em 2004, com 19 anos de idade, veio para o Brasil para continuar com sua formação religiosa que tinha iniciado na adolescência na Colômbia. A congregação scalabriniana a trouxe para a cidade de Potim-SP, onde ficou por dois anos. Em 2007, ela é transferida para Brasília para estudar filosofia, em 2010 ela vem para São Paulo, fez a pós-graduação, e estando nesta cidade, em 2013, renuncia a vida religiosa.

Ao deixar a congregação, ela teve o apoio de algumas amigadas para erguer uma nova vida. A princípio trabalhou numa padaria, e logo como coordenadora de aulas de português para migrantes e também no projeto Migração e Gênero, financiado pelo Instituto C & A, no CAMI.

Na época, ano 2015, compartilhamos alguns espaços públicos de ativismo, ela representava o CAMI em atividades como as audiências públicas de construção da política para a população migrante e a 5ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres em São Paulo. Entre os anos 2015 e 2016, fui convidada por ela a participar como oficina voluntária no projeto Migração e Gênero, facilitando rodas de conversa com mulheres migrantes sobre temas relacionados ao cuidado e direitos dentro da cidade. Dito projeto, me permitiu conhecer diversas realidades da migração em bairros como Vila Maria, Penha, Cangaíba, Guaianazes e Carapicuíba da cidade de São Paulo.

Sobre o processo de regularização migratória, a congregação era encarregada de fazer os trâmites de ela, a princípio teve o visto como religiosa, uma categoria nesse momento existente, logo, a própria congregação, optou pela residência Mercosul. Em 2016, para a renovação da residência permanente, foi ela quem tramitou, mas recebeu o apoio do setor de regularização migratória do CAMI, local onde trabalhou ao redor de dois anos.

Ao sair dessa organização, voltaria seus esforços como microempreendedora à venda de produtos gastronômicos colombianos e bolivianos em eventos específicos, recebendo mentoria de algumas organizações sociais direcionadas ao empreendedorismo feminino e outra a pessoas migrantes. O negócio ia sendo mais conhecido e o número de eventos em que participava ia aumentando. Embora, ainda não chegava a cobrir todos seus gastos. Com a

pandemia, os eventos acabaram e ela começou a se envolver mais na costura, negócio desenvolvido por seu parceiro.

No momento da entrevista, *Mary* estava morando com seu parceiro e também a filha, uma adolescente que tinha concluído seus estudos básicos na Bolívia. O casal começou a morar juntos desde o ano 2014, na época ela morava só com ele, a filha morava na Bolívia com a mãe. A maior fonte de renda do casal foi a costura, montaram uma oficina na casa e aprenderam a técnica de usar as máquinas e seguir a sequência da costura. Atualmente, ela se dedica a isso e a fazer as refeições da família e das pessoas que são contratadas para atender a demanda de pedidos.

- A *Euge*, nossa quinta interlocutora, a entrevistei a fins de abril. Ela se conectou pelo computador a uma plataforma virtual num dia em que o filho estava aos cuidados do pai.

Sobre *Euge*, ela é argentina, antropóloga social e pós doutoranda em estudos migratórios, tem 37 anos de idade, declara-se lésbica e da raça/cor branca, mora com seu filho numa casa alugada na Lapa, zona oeste de São Paulo. Há mais de 5 anos que mora no Brasil, migrou acompanhada de seu ex-parceiro, também argentino, ela tinha conseguido uma instância de intercâmbio acadêmico para cá, no curso de doutorado. E ele tinha recebido a proposta de transferência temporária ao trabalho. Por um ano e meio, aproximadamente, estiveram transitando entre Argentina e Brasil, mesmo que tivesse concluído o intercâmbio e trabalhando para uma instituição na Argentina o casal continuava morando no Brasil. Mas, o cenário mudou quando Euge consegue uma bolsa de pós-doutorado numa universidade brasileira e se vê grávida de seu único filho, situação que leva o casal a decidir sua permanência no Brasil.

Em relação a sua orientação sexual, Euge compartilhou conosco que embora tenha tido um relacionamento heterossexual não monogâmico, ela sempre se lia como lésbica, finalizar esse relacionamento, facilitou a possibilidade de ser lida como tal, lésbica.

Em termos documentários, o casal não teve muitas dificuldades para conseguir se regularizar, o primeiro documento a tirar foi seu CPF e depois de 8 meses, tramitaram seus documentos migratórios na Polícia Federal. A demora foi mais pelo momento que estavam vivendo, de constante trânsito entre um país e outro, que pela dificuldade de reunir os requisitos. Mas, alugar uma moradia foi diferente, o casal não atendia as exigências

solicitadas pelas imobiliárias e tiveram que recorrer à empresa do ex-parceiro para esse processo. Até agora, Euge mudou-se duas vezes de bairro, primeiro mora em Vila Madalena e agora em Lapa, para o segundo aluguel, também preciso do apoio de sua rede de amizade.

No tempo da entrevista, *Euge* se dedicava às atividades do pós-doutorado e ao cuidado de seu filho que era compartilhado com o pai dele, por causa da pandemia a criança não estava indo para a escola.

Tanto a *Euge* como a *Flor*, a quem apresentarei a seguir, as conheci no 3º Encontro de mulheres migrantes LBT, atividade virtual organizada pela Rede MILBi+, em agosto de 2020, e que pretendeu ser um espaço de escuta e acolhimento das leituras e sentires de aquilo que estávamos atravessando.

- A *Flor*, também argentina, é nossa sexta interlocutora, aproveitamos um dia que tinha que trabalhar desde casa para fazer a entrevista virtual pelo computador.

Ela é assistente social, tem 39 anos de idade, declara-se lésbica e da raça/cor branca, mora com sua parceira, brasileira, numa casa alugada na Cidade Ademar, zona sul de São Paulo. A *Flor* se descreve como tendo essa experiência “nômade”, passou dois anos em países da Europa, como Inglaterra, Itália, Espanha e França; ademais de Ásia, morou nove meses na Filipinas. Na América do Sul, no Paraguai, esteve quase um ano. E o Brasil, tinha visitado antes Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo, por turismo e a congressos sobre educação popular.

Sobre seu relacionamento, faz mais de dezoito anos que conhece a sua parceira e em 2017, há mais de quatro anos, decidiram se estabelecer e começar a morar juntas. Para *Flor*, vir morar no Brasil, foi também se assumir como lésbica para sua família, uma família tradicional argentina que embora acostumada a que ela esteja sempre transitando de um país a outro, entender a orientação sexual da filha foi um processo diferente. Por outro lado, a escolha do lugar foi decidida mais no sentido de ficar perto da sogra, mãe de sua parceira, uma idosa que precisa de cuidados.

A poupança que *Flor* trouxe ao Brasil a permitiu ficar um ano sem trabalhar. Para ela isso fez uma diferença muito grande em relação a suas outras migrações, lhe deu a possibilidade, entre outras coisas, de conhecer mais a cultura, a língua e como funcionam os serviços públicos.

Em relação a seus documentos migratórios, obteve as primeiras informações na embaixada e no consulado de seu país, já no CRAI ajudaram a organizar seus documentos para apresentá-los na polícia federal, tanto aqueles trazidos da Argentina como os solicitados das instâncias públicas estaduais e federais. No dia da entrevista, ela se sentiu completamente desconfortável pelo jeito que as pessoas funcionárias atendiam, inclusive teve que auxiliar como tradutora de uma outra migrante que só falava língua inglesa e que não conseguia receber atendimento. Para ela, o pior momento do processo de regularização migratória é ter que lidar com a polícia federal.

Para alugar a moradia do casal, a *Flor* deu o dinheiro e a parceira fez todo o processo burocrático. No segundo aluguel, com a Flor já trabalhando, as duas juntas fizeram todo o processo.

No tempo da entrevista, ela trabalhava como assistente técnica em um CCA – Centro de convivência para Crianças e Adolescentes, um emprego de carteira assinada, carteira que foi difícil obter. Em São Paulo, existem locais autorizados específicos para atendimento a migrantes, muitas vezes em zonas e/ou horários que dificultam seu acesso.

- A *Marimar*, a entrevistei a meados de junho de 2021, de nacionalidade boliviana, é nossa sétima interlocutora. Desloquei-me até seu endereço, na Cangaíba, ela e seu parceiro me receberam num dos cômodos que tinham máquinas de costura. O parceiro ficou nos primeiros dez minutos e logo, saiu de cena sem fazer nenhum comentário. Ao concluir a entrevista, o parceiro se aproximou para me despedir e ela me acompanhou até o ponto de ônibus.

Sobre ela, tem 28 anos de idade, não concluiu seu ensino médio, aprendeu a ser costureira na prática, mora com seu parceiro e seus dois filhos pequenos de 2 e 5 anos que nasceram na Bolívia, numa casa que eles conseguiram alugar para ser vivenda e oficina de costura, no bairro de Cangaíba, zona leste de São Paulo. Há 4 anos que a família veio para o Brasil, seu parceiro tinha vindo antes a São Paulo para trabalhar de costureiro, ele a motivou a vir na esperança de ter melhores condições de vida para a família que nesse momento tinham só um filho. Na Bolívia, ela era vendedora de roupas e nunca tinha trabalhado como costureira, ao chegar aqui, vieram a morar e trabalhar numa oficina de costura de uma família também boliviana, essa mudança de país e de ofício ela relata como sendo muito difícil de se adaptar às exigências do trabalho.

A família chegou de ônibus para o Brasil, foram aproximadamente três dias, cruzaram a fronteira por Corumba e não chegaram a registrar seu ingresso ao país, ela descreve isso como “nosotros entramos ilegal”. Não ter feito esse registro dificulta realizar o processo de regularização migratória, por causa da portaria interministerial nº 652/25 de janeiro de 2021 que exige esse registro como requisito. Antes de existir essa portaria, ela com seu parceiro tinha combinado em fazer o trâmite de regularização, primeiro faria ele e logo ela, para depois seus filhos. Mas, o parceiro não teve êxito, o preço do trâmite era muito alto o que o obrigou a deixar o processo a meio caminho, assim nenhum dos membros da família conseguiu ainda ter seus documentos migratórios. Mas, obter o CPF foi mais rápido de fazer, a escola os orientou sobre a necessidade de que seus filhos tivessem esse documento, receberam indicações de amigas de onde fazê-lo e agora os membros da família contam com CPF, que os permite realizar alguns processos porém é muito limitado.

A pandemia afetou muito a economia da família, que se baseava nos ingressos que a oficina de costura, recém inaugurada, poderia lhes proporcionar. A família tinha investido sua poupança para abrir esse negócio próprio, embora ainda informal. Mas, a exigência dos órgãos públicos pelo fechamento de comércios de roupas fez com que muitas oficinas de costura fechassem. O casal tentou encontrar vias para driblar a situação, enquanto o parceiro fazia *freelancer* como costureiro nas oficinas que ainda estavam abertas, Marimar cuidava das crianças e da casa.

Para a entrevista, a contatei por intermédio de uma amiga brasileira, militante da Caminhada Lésbica e Bissexual, que tinha formado, no bairro Belém e proximidades, um grupo de apoio para mulheres que estavam passando por dificuldades para afrontar a pandemia. Quando soube do grupo, articulei a entrega de alguns cartões de alimentação para as mulheres migrantes que elas atendiam, entre elas a *Marimar*.

A *Sita*, de nacionalidade angolana, nossa oitava interlocutora, foi indicada por uma amiga ativista do Coletivo Diásporas Africanas, a quem tinha explicado antes o teor da entrevista. Assim, contactei com ela um melhor horário e fizemos a entrevista via ligação telefônica, a fins de junho de 2021.

Ela tem 41 anos de idade, declara-se de raça/cor negra, heterossexual, mãe de cinco filhos de 16, 12, 10, 7 e 3 anos de idade, os quatro primeiros nasceram em Angola e a caçula,

que nasceu no Brasil, sofre de anemia falciforme. Ela mora com seu parceiro, também angolano, e seus filhos numa casa alugada, em Sapopemba, zona sudeste de São Paulo.

Em 2015, o casal esteve no Brasil por curto tempo e se dedicaram à venda de roupas durante sua estadia de turistas. E aproximadamente em 2017, a família decidiu se mudar para cá, essa mudança se deu em situações precárias, a família não tinha local para ficar, nem uma rede forte que os pudesse acolher. Assim, da polícia federal de Guarulhos foram encaminhados para a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo e dita instituição conseguiu um abrigo na Casa Maria Maria em Pari, onde ficaram acolhidos por nove meses. Nesse tempo, ela engravidou de sua última filha e seu parceiro conseguiu arranjar um emprego que deu à família a possibilidade de alugar casa.

Em termos documentais, graças ao apoio inicial que receberam da Cáritas, ela e seu parceiro estão em condição regular, mas os quatro filhos maiores não, os passaportes que são requisitos básicos para dar entrada estão vencidos. E devido à pandemia, o consulado não estava agendando. Ademais, no momento da entrevista, não contavam com os ingressos econômicos necessários para regularizar a situação documental de seus filhos, a única entrada de dinheiro que tinham era da bolsa família, seu parceiro estava desempregado e a bolsa não alcançava para a uma manutenção digna da família, uma organização africana estava colaborando com a família por meio da entrega de cestas básicas.

- A *Isabel*, é nossa nona interlocutora, a entrevistei a fins de junho de 2022 via ligação telefônica. A ela, a conheço desde 2016, representando a PAL em alguns eventos sobre políticas públicas para a população migrante e direitos das mulheres.

Ela é boliviana, tem 42 anos, declara-se indígena/mestiza, heterossexual, formada em psicologia, mora com uma amiga numa casa alugada em Guaianases, zona leste de São Paulo. Há aproximadamente seis anos que vieram para o Brasil, ela, sua filha adolescente e sua amiga, que na época trabalhava cuidando da filha.

O percurso para chegar ao Brasil o fizeram de ônibus, mudar de país era algo que tinham planejado com antecipação, pelo qual trouxeram todas as coisas possíveis de carregar em oito malas. Mas, quando cruzaram a fronteira em Puerto Quijarro, Corumbá, explicaram para a polícia federal que estavam vindo para receber tratamento médico e que iriam a ficar o máximo de tempo que como turistas fosse possível, ou seja três meses, a polícia carimbou sua

entrada não se antes lhes exigirem os boletos de retorno, os quais tiveram que comprar na hora.

Em São Paulo, sua chegada foi bem diferente do planejado, ninguém foi a seu encontro. A princípio a irmã de sua amiga teria que recebê-las no terminal, mas nunca foi, e elas tiveram que pegar um táxi para chegar até a casa de ela em Guaianazes. A primeira impressão que ela teve é que nessa casa ninguém às estava esperando, a casa era muito pequena, funcionava como lar e oficina de costura e mal cabia elas três e a família da irmã. Assim que Isabel, se propôs encontrar um lar maior, foi de loja em loja a perguntar, falou com as pessoas que moravam ao redor até conseguir alugar uma casa maior para que ambas famílias se dividissem as despesas.

Mas, isso não deu certo, a irmã ficou um mês e não deu a parte da caução nem do aluguel e se mudou sem avisá-las. Devido a isso, tiveram que se mudar daí para outra casa mais pequena no mesmo bairro. Uma coisa que aprendeu das três vezes que se mudou de casa, é que morar nesse bairro é mais barato que no centro da cidade, que as casas são mais grandes e que era melhor negociar diretamente com a pessoa proprietária, de preferência brasileira, que tentar alugar com uma imobiliária.

Por outro lado, em termos documentários, ela procurou orientações no consulado da Bolívia e de algumas organizações da sociedade civil que atendem migrantes a fim de fazer o processo de regularização. Mas, ao final não deu certo, erraram em colocar seu nome numa das certidões e ela preferiu fazer sozinha o processo. Devido ao pouco tempo que tinha, ela teve que dar entrada aos documentos de ela e da amiga primeiro; a de sua filha foi bem depois porque, segundo o consulado, o pai precisava dar uma carta poder que a autorizasse fazer esse processo e ela teria que mandar a fazer uma tradução juramentada, gastos que neste momento não tinha como cobrir. Dois anos quase se passaram, quando ela trabalhava no consulado boliviano, uns tramitadores lhe disseram que nem o documento nem a tradução eram necessários e que ela poderia ter dado entrada ao documento de sua filha há muito tempo.

Sobre suas possibilidades de empregabilidade, nos primeiros meses de estar no Brasil, tentou trabalhar como ajudante na oficina de costura que tinha contratado a sua amiga, indo quase um mês a fazer pequenos mandados, porém, não foi contratada nem pagaram seus serviços. A isso se soma, não ter seu título revalidado para exercer serviços na área. Mas, como tem se envolvido em algumas ações sociais para migrantes, às vezes consegue alguma

ajuda de custo, mas nada que cobre todos seus gastos. Em 2017, esteve trabalhando como atendente no consulado boliviano por curto período. Assim, tem arranjado alguns empregos temporários e vendendo alguns produtos para conseguir algum ingresso econômico.

No momento da entrevista, ela tinha conseguido o auxílio emergencial e também obtido uma diminuição no preço do aluguel devido a pandemia, isso tem ajudado muito na economia da família. Embora, quem termine cobrindo os maiores gastos é a amiga dela, que trabalha em costura desde que chegou ao Brasil e nunca parou de trabalhar, pelo qual seus ingressos são medianamente estáveis mesmo que não trabalhe de carteira assinada.

A *Vallita*, a décima interlocutora, foi uma indicação de Isabel, ao qual a entrevistei também via ligação telefônica. Ela é venezuelana, tem 54 anos de idade, declara-se de raça/cor morena/parda, heterossexual, formada em trabalho social, mãe de 5 filhos maiores, mora só numa quitinete alugada, em Santana, zona norte de São Paulo.

Em outubro de 2018, antes de vir para o Brasil, a falta de emprego obrigou a ela a se mudar de Guayana para Santa Elena de Uairén, para morar junto com seu filho e a família de ele, lá tinha conseguido dois empregos um de manhã e outro de tarde, tudo estava indo bem por um tempo até começar a escassez de produtos básicos, gás, gasolina, seus locais de trabalho fecharam, o dinheiro começou a faltar. Nesse cenário, ela conheceu a uma pessoa que estava com urgência de reclutar oito pessoas com experiência de trabalho no campo e na cozinha para irem trabalhar numa fazenda em Brasil, ganhando R\$600 reais mensais, para ela isso era dez vezes mais do que poderia ganhar em Venezuela, assim que se embarcou nessa viagem em caminhão junto a sete homens jovens, pensando que iria voltar logo de três meses para Venezuela.

Mas, ao chegar na fazenda, o dono já tinha contratado outras pessoas. Assim, do grupo de oito pessoas em que ela estava, ele contratou só três homens jovens que aparentavam ter mais força física para o trabalho de campo. E, deu esperança ao resto de serem contratados pela filha, que estava montando uma padaria em Boa Vista. Passaram-se nove dias morando na rua, quando a filha do fazendeiro veio para levá-los para trabalhar na padaria. Nesse emprego, não ofereceram nenhum salário para ninguém, nem para ela nem para os dois jovens que tinham ficado na espera, só deram casa e comida. Ela esteve por dois meses trabalhando lá, até que sua filha, que tinha vindo para o Brasil depois de ela, a convidou para vir morar junto em São Paulo, seus amigos, os dois jovens, ficaram mais tempo lá, na padaria.

Em dezembro de 2018, chegou a São Paulo e aqui fez contato com organizações da sociedade civil que atendem migrantes para a regularização de seus documentos e a orientaram para alguns empregos, embora temporais e sem carteira assinada, sendo catadora de ferro velho e também numa empresa de cerâmica, onde recebia entre 250 e 300 reais semanais. Até que o Instituto ADUS, a ajudou a conseguir um emprego formal no Rio Grande do Sul, um lugar completamente novo para ela, mas que aceitou ir em vista de ser um emprego com carteira assinada.

Era 6 de março de 2020, data de seu aniversário, quando chegou ao Rio Grande do Sul, recebeu uma semana treinamento sobre seguridade industrial, passou a prova, também porque já tinha essa formação na Venezuela, assinaram sua carteira e começaram a trabalhar. Mas, por causa da pandemia, esse setor da empresa fechou e ela foi realocada como pessoal de serviços gerais, faxineira, mesmo assim, a cada dia a situação se complicou mais. A empresa teve que parar por quinze dias, e o pessoal com quem tinha viajado de São Paulo foi progressivamente despedida. Ela tampouco ficaria, antes de cumprir os três meses foi mandada embora, recebendo todos os pagamentos que a correspondiam de acordo a lei.

Desempregada, ela ficou ainda mais um tempo no Rio Grande do Sul, junto a uma família brasileira de mulheres, composta por uma mãe, sua filha maior e seus cinco gatos, que a acolheram até ela voltar para São Paulo.

Assim, em vista de que sua filha tinha agora duas crianças e acreditando que teria melhor sorte em São Paulo, ela voltou. Mas, encontrou um estado parado e mais ainda em Itaquaquecetuba, lugar onde morava a filha com sua família, com comércios fechados e com menos oportunidades de arranjar um emprego.

No momento da entrevista, ela se encontrava cuidando de seus netos, agora em Campo Limpo. Mas, tinha alugado uma quitinete em Santana. Seu meio de ingressos era o auxílio emergencial e eventualmente, algumas diárias, como faxineira ou na empresa de cerâmica, que antes tinha trabalhado. Embora, nos últimos meses, ficava mais tempo na casa da filha, cuidando de seus netos, e só aos domingos voltava para sua quitinete, momento que aproveitava para estar com suas amigas. Para ela esse apoio no cuidado era algo temporal e não pretendia alongar mais, por isso sempre estava atenta em alguma oportunidade de emprego fixo como seu maior desejo.

É preciso dizer que minha experiência como migrante andina bissexual, usuária dos serviços públicos de saúde, também a colocarei a diálogo com as outras interlocutoras, e em especial uma vivência específica em que acompanhava a uma amiga migrante peruana por uma situação emergencial de saúde, como observaram nos capítulos a seguir.

Migrar, migrar...
 [...]

 Corpas em movimento,
 um território andante
 com traços, surcos, montanhas, ritos, costumes,
 plurar(idades), afetiv(idades),
 de (des)encontros
 complic(idades)
 [...]

 Ser/es e Estar/es
 (re)construir-se
 (re)existir
 aceitar-me/ aceitar-se/ aceitar-nos
 insurgir-nós

Rocio Bravo Shuña e Maria Paula Botero,
 Mulheres migrantes: corporal(idades) e inter(ações) (2022)

3. Histórias sobre (im)possibilidades do cuidado

A seguir apresentarei as vivências de cuidado das interlocutoras da pesquisa em dois aspectos: o cuidado, para quem? e o cuidado onde?

3.1. O cuidado, para quem?

O uso de ervas para cuidar da minha saúde foi algo que aprendi desde pequena num lar composto por um pai curandeiro e uma mãe conhecedora dos artifícios que a mistura de ervas, medicamentos e fé poderiam trazer. Assim, ao migrar tive que ir na caça dos nomes e locais que me pudessem prover desses elementos que agora compõem meu cantinho de ervas, além de um pequeno santuário que vai incorporar alguns elementos da mística que encontrei aqui no Brasil.

A *Sita* também costuma consumir ervas para o tratamento de sua saúde, aprendizados que trouxe de seu país e que ajudam a ela no seu cuidado:

No meu país eu usava ervas, ervas tradicionais, sabe? [...] são umas ervas que um pouquinho que eu conheço aqui o nome... se eu sinto dor de barriga pego as folhas do pé de goiaba, fervo, fervo e depois bebo... se não tenho sangue, eu pego folha de mandioca, sabe folha de mandioca? Coloco no liquidificador, depois coloco no fogo, coloco um pouquinho de açúcar e dá pra ficar com muito sangue... eu que tomo, a bebê não [...]. Tomo antibiótico às vezes, se eu sentir dor na coluna eu bebo o antibiótico, mas não é sempre [...] (*Sita, angolana, negra, 32 anos, heterossexual, Sapopemba*)

No caso da *Flor* ela procura orientações da irmã que trabalha na área da saúde em Argentina e que também recomenda para o cuidado o uso de produtos naturais, elementos que

consegue encontrar por orientações de suas amizades ou nos centros religiosos de matriz africana:

[...] uma das minhas irmãs trabalha na área da saúde em Argentina [...] eu ligo para ela e falo ‘Estou así, asa...’, aí ela gosta de trabalhar com o natural e, muitas vezes me indica alguma coisa [...], eu procuro traduzir essas coisas, ademais, ter amigas que são terapeutas também, aí eu explico ‘é uma pequena florzinha que es assim, asa, que es para tal coisa’, aí me ajudam [...], aqui no bairro mesmo, perto, tem uma casa que vende coisas naturais, [...] se você vai alguma casa de Umbanda para os rituais, tem muitas classes de ervas que você pode usar louro, cravo, canela, tudo isso tem e eu com frequência entro e compro ali..., essas religião tem muito disso, Olodum, tem muito da medicina natural porque tem um contato muito forte com a natureza, o que acontece é que por outras religiões ou por outros estilos de vida estão mal visto, mas se você está próxima de pessoas que estão nos terreiros e essas coisas vai ver outra vida [...] (*Flor, argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar*)

A *Loreto* em cada viagem que faz para Chile traz algumas ervas que contribuem a seu autocuidado, uma mistura de aprendizados e práticas adquiridas primeiro no lar, logo vai adquirindo significado nas aulas de massoterapia, voltando a uma maior comunhão com o mundo na sua passagem pela comunidade Mapuche e outras comunidades indígenas de alguns países de América Latina que visitou, como ela nos conta a seguir:

Yo traje muchas hierbas de allá, [...] me gusta traer eucalipto, es lo que más traigo por el tema respiratorio, por la evaporación nasal y también por la vaporización vaginal. Me gusta hacer los 2 tipos de vaporización, esas otras que son como más ritualistas, [...] me traje hierbas también la primera vez que me vine de allá, de Chile, ahora me quedan bien pocas... salvia, romero, albahaca y eucalipto, esa son las que todavía me quedan. [...] Antes de vivir en la comunidad mapuche yo ya había viajado por América Latina, en donde pasé por algunos pueblos indígenas y ya había estudiado masoterapia, [...] comencé a entender un poco sobre algunas hierbas y ahí empecé a darme cuenta que yo ya sabía algunas cosas por mi familia, porque iba bastante al campo y entonces cuando uno iba caminando por el campo, era: ‘mira esta planta’, ‘esto y esto otro’, [...] ‘lleva este boldo para la guata’, [...] como que había un poco de esos conocimientos, pero era conocimiento de vacaciones, porque yo vivía en ciudad, en Santiago y no era algo que estaba a la mano. A mi papá siempre le gustó mucho las plantas, [...] siempre había en casa menta, alecrín, [...] romero y albahaca, [...] pero era la albahaca, la planta y punto final... ver todo eso como ‘¡puta, son hierbas importantes!’ fue cuando comencé a estudiar masaje. [...] Entendí algunas, como la lavanda por el tema de los olores, las esencias, los tipos de óleo, ahí empecé a sentir un poco de ese proceso de crear óleo, de qué es, favorece en qué momento, [...] cuando viajé por América Latina ya estaba con ese oído más sensible en relación con las plantas medicinales ahí como que empecé, [...] estuve en una casa de una hierbatera peruana, ahí en el Valle sagrado, [...] para mí fue maravilloso haber estado con ella... entonces ahí fue como ‘¡ua!, ¡El mundo!’, ‘¡Pucha!, estaba con dolor por cólica’, ahí ella ‘vamos a colocar este tipo papel con este tipo de barro y ahí te vas a sentir mejor’ y ¡Me sentí mejor! [...] (*Loreto, chilena, branca, 32 anos, lésbica, Mooca*)

Isto também é refletido, para a *Flor* e a *Loreto*, na maneira em como acompanham seu ciclo menstrual com rituais que consideram importantes para se comunicar com sua corpa e atender às suas necessidades. A *Flor* relata:

[...] Faz muitos anos que fiz um encontro com as diosas, que me ajudou muito... eu uso a copa menstrual e entrego meu sagrado [sua sangue] também para a lua, isso faz parte dos rituais que aprendi entre 2014 e 2015, aprendi muito desse contacto com a terra e o próprio contacto com a corpa mesmo, então respeito muito meus ciclos e creio que foi muito autoconhecimento e também respeito meus processos e isso é legal porque com L* termos o mesmo idioma, a mesma linguagem de poder compartilhar, de falar como estamos vivendo, como estamos sentindo nossa corpa, então também compartilhamos esses ritos para a lua [...]. Nós acreditamos que nossa corpa está em comunhão com a cosmovisão e todos somos uno, certo?... e que nosso ventre primeiro é a terra então nós devolvemos a ela nossa sangue e estamos em comunhão, e fazemos nosso próprio ciclo da lua, o ciclo menstrual está em combinação com o ciclo da lua assim vamos acompanhando o ciclo, porque nós não estamos desconectados de esta comunhão com a natureza [...] então, com nossa copa menstrual entregamos a terra em alguns dos vasos [de prantas] e fazemos esse processo de entrega, para estar em comunhão com a terra [L* parceira] (*Flor, argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar*)

A Loreto também vai entender o processo menstrual como um momento especial de autoconhecimento e autocuidado:

Yo ocupo absorbente de paño. La mándala lunar antes de que fueran libros vendidos [...] yo lo hacía sola en mi cuaderno, de hecho, me traje ese cuaderno de Chile [...], como unos 8 o 9 años que practico, antes de que llegué acá [...], entonces colocaba en el cuaderno y hacía el círculo y luego con una regla hacía todo eso [...], así es mi manera para acompañarme, para el autoconocimiento [...], cuando siento que está llegando empiezo a entender que tengo que quedarme más tranquila o empiezo a andar, estar con más sueño, así que ya voy viendo mi agenda [...], empiezo a decidir qué es lo que quiero hacer en la semana, ‘puta, me voy a permitir no hacer nada más que estar acostada’, [...] cada vez que menstruo para mí es super de liberación, siento como ‘¡por fin!, estaba como una olla de presión, necesitaba circular esa energía’ [...], ahí voy dialogando con lo que le afecta a ella [sua parceira], cómo me afecta a mí, como yo dialogo conmigo para cuidarme, [...] siendo mi propia médica también y acompañando todo ese proceso [...] (*Loreto, chilena, branca, 32 anos, lésbica, Mooca*)

Destarte, reconhecer a suas potencialidades ancestrais de gerir sua própria saúde, seu próprio cuidado, também pode incluir o acompanhamento de um guia espiritual. Assim, a Loreto ao migrar vai sentir a falta de referências que pudessem auxiliá-la espiritualmente e que conseguiu encontrar num centro religioso afro-brasileiro:

[...] cuando llegué acá me sentí súper desprotegida energéticamente, allá en Chile yo tenía algunas personas que me guiaban un poco para protegerme, porque tengo algunos canales un poco más abierto, entonces necesito de alguien siempre que me dé una manito cuando yo no consigo sola, [...] cuando llegué acá no me sentía bien, había muchas cosas que me dejaban como un velero, [...] entonces ya no sentía firmeza, sentía que había mucha energía y muchas tristezas también acá... entonces, una amiga, brasilera que vivía en Chile, ella me dijo: ‘anda a esta casa, habla con esta persona y existe la posibilidad de que él te ayude, pero tienes que sólo saber preguntar’, entonces fui para allá y pregunté [...] si me podía ayudar y ahí me dijo, ‘pues tengo que preguntarle a las personas de acá’[...] creo que era de Candomblé, [...] luego me llamó y dijo: ‘mañana puedes venir a las 7 de la tarde, no va a ser abierto, es cerrado, pero tú puedes venir’, [...] era una casa, de una persona que vendía cosas, pero en esa misma casa, en el segundo piso hacia los trabajos, [...] no era un ritual abierto, era cerrado, el tema es que yo fui y ¡fue cuático! Era de Preto

Velho y de ahí me protegieron así y yo sentí esa protección, [...] yo no sabía ninguna cosa, [...] entonces me dije: ‘ya estoy aquí por alguna razón, entonces voy a disfrutar, voy a ir a cachar lo que siento y todo eso’, [...] me llamó una persona que estaba incorporada y empezó a hablar muchas cosas de mi familia, tú sabes que hubo algunas peleas y me puse a llorar... porque era eso, esa energía que ellos, aún no asumen que me fui, me empezó a hablar no más, yo no dije nada [...] y después, no sé si fue el dueño de casa [que] me llamó, me hizo colocar al piso, las espadas de São Jorge, la cosa del manto [...], me puso varias cosas, [...] y me hizo hacer algunas tareas, yo creo que era macumba, en ese momento ya estaba haciendo mis tareas, para estar mejor y creo que era macumba mismo, [...] y ahí apostando a que ahora iba estar mejor y efectivamente... cuando me fui para la casa, en bicicleta, sentía que iba como una burbuja, volando para la casa, una sensación muy rica, así como que ‘nada me va a pasar, estoy aquí’, ¡así de loco! y esa energía me duró bastante tiempo, como estoy aquí, en el mundo, viviendo [...] (*Loreto, chilena, branca, 32 anos, lésbica, Mooca*)

Ter uma guia espiritual também é importante para a *Flor* que mantém contato com o mesmo guia provindo da religião católica o qual conheceu há anos, antes mesmo de vir para o Brasil, tal como ela declara:

Atualmente não faço uma terapia formal com um psicólogo, mas eu tenho meu próprio espaço de conversa espiritual, sou católica e faz muitos anos tenho uma persona que me acompanha, então quando eu preciso me comunico com ela para falar da vida mesmo, nesta altura não é da religião sino da vida; [...] eu agora não sou praticante nem sou parte da igreja em nenhum aspecto e optamos por manter esse vínculo assim... porque, é alguém que me conhece, posso falar abertamente e que entende meu processo de vida, [...] é um vínculo muito bom!... é muito espiritual, [...] ele está no Uruguai e eu estou aqui, quando eu preciso falar porque eu preciso nomear e não estou conseguindo, tenho que falar em voz alta e tenho que falar com alguém... quiçá não é algo para falar com L* porque ainda não tenho resolvido internamente, eu preciso dele, então eu lhe procuro [...] [L*nome fictício] (*Flor, argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar*)

No caso de *Yulimar* ela acredita que a soma de seus cuidados com seus apelos a Deus tem favorecido a que se mantenha saudável ela e sua família:

Sí, gracias a Dios todo bien, a veces que me daba así... un malestarcito, pero después quedó bien, [...] voy pidiéndole a Dios que nos proteja, que nos cuide de enfermedades. Y así bueno, hasta estos momentos nos ha cuidado... porque gracias a Dios, bueno, desde que estoy aquí en Brasil, no me he enfermado, gripecita no más, pero no me he enfermado ¡Gracias a Dios! [...] (*Yulimar, venezolana, negra, 33 anos, heterossexual, casa de acolhida – Centro SP*).

Os conhecimentos e as práticas ancestrais do cuidado de mulheres migrantes também vão se acomodando no país de acolhida e se assimilando a outras. Como apresenta também Samantha Lynn Serrano (2021), as mulheres migrantes bolivianas, interlocutoras do seu estudo realizado em São Paulo, procuravam algumas ervas naturais para cuidar da saúde, seja para atender pequenas doenças como resfriados ou como complemento de algum tratamento farmacológico.

É necessário ressaltar que o uso de ervas para o cuidado da saúde não é um padrão exclusivo de mulheres migrantes, que tanto elas como pessoas nacionais podem ou não ter esses saberes ou usá-los no cotidiano do cuidado. Embora, ao se centrar os trabalhos do cuidado nas mulheres (BATTHYÁNY, 2020) serão elas as principais transmissoras dessa aprendizagem, como o estudo realizado por Marcio Rossato Badke et al. (2012) em Rio Grande do Sul, evidenciou a costume de pessoas locais de usar plantas medicinais para o atendimento do cuidado, saberes que são transmitidos no contexto familiar e em geral por uma figura feminina.

Nos serviços públicos de saúde, as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) que entre os serviços que oferecem é fitoterapia, acupuntura e reflexologia; têm sido relevantes para somar nos cuidados de saúde da população. Porém, nem toda a população conhece do serviço e como às vezes precisa de indicação médica, nem todos os médicos o ofertam. Uma experiência que nos conta *Loreto*, que teve que exigir a o médico que lhe fizesse a referência.

A mística espiritual e religiosa também se faz presente no cuidado, como *Flor* e *Loreto* colocaram no suas interlocuções, onde ademais do uso de plantas medicinais procuraram a um guia espiritual, ou *Yulimar* que não é de fazer uso de plantas, porém se encomenda a um Deus para que a cuide. A respeito, Maria Celeste Reis Fernandes de Souza et al. (2022) no estudo realizado numa comunidade rural do leste de Minas Gerais, reafirma que a crença religiosa é um traço cultural presente nos modos em como as pessoas cuidam da sua saúde.

Esse intercâmbio de receitas e informações sobre o cuidar vai contribuir também na criação e manutenção desse sentimento de pertença de “aqui” e “de lá” (GOMEZ, 2017). Como menciona Ricardo Gómez (2017) no estudo realizado com migrantes na fronteira entre México e Estados Unidos, onde a situação documentaria, socioeconômica e os laços que ainda mantém com o ponto de partida e aqueles que se vão formando no novo território intervêm nos modos em como esse sentimento é experimentado.

Porém, nem todas nossas interlocutoras vão experimentar esse sentimento, o desenraizamento, a falta de redes afetivas, se misturam com vulnerabilidades e vulnerações de seus direitos que vivência no novo território, dificultam se sentirem acolhidas e parte no novo território. Na experiência da *Vallita*:

[...] estuve muy deprimida, muy deprimida, pasé como 5 meses o más que yo lloraba todos los días porque yo quería regresarme para mi casa, yo no quería vivir aquí, yo no quería estar aquí, yo no entendía lo que decían... claro, eso lo hacía cuando estaba solita en mi cuarto, no delante de alguien, de nadie, [...] me acuerdo que veía los aviones pasar, yo le decía ‘Dios, Dios, por favor, mándame de nuevo a mi casa’, [...] tú sabes uno trata de decir ‘¡no pasa nada y a trabajar! ¡vamos a hacer esto!’, [...] mi primer empleo fue seleccionando basura, una vez destapé una jarra, un líquido, que había sido ácido, me quemé las manos, me ardían las manos muchísimo, era las siete, era de noche, tuve que meter las manos en la ducha, me ardían y ¡Me daba indignación! Entonces, ¿Cómo aquí reclamo eso?, ¿A quién le digo?, ¿Quién me va a pagar la crema para echarme?, ¡Nadie! ¡Tenía que seguir! y bueno ¡Aceptas!... Aquí no estás en tu casa, no sabes cómo reclamar, no sabes a dónde ir, cómo defenderte, cómo protegerte, ¿quién te cuida?, tienes que hacerlo tú sola y para una mujer ya no es muy fácil este mundo y menos a esta edad... como yo creía, soñaba con ello, estar en mi casa cuidando a mis nietos que me vinieran a visitar y tranquila cobrando mi pensión, de repente montar un restaurantico en mi casa o hacer alguna manualidad ¿o qué sé yo? Pero nunca pensé ¡jamás!, que en todos mis 54 años que tengo, que después de vieja, iba a entrar a otro país, iba aprender otro idioma, tener otra profesión, ¡Eso es muy fuerte! ¡Toda mi vida cambio! ¡Eso es muy fuerte!, ¡Muy fuerte!, [...] uno anda con una sonrisa e intentas tratar bien a los demás, pero, ¿Sabes? yo me he sentido explotada, [...] un día la señora me dijo ‘¡Ah! *Vallita*, lo siento mucho, no puedo seguir trabajando contigo’, así, de un día para otro, ¡Uh! Entonces, ¡Cónchale!, ya tenía 8 meses y medio, tenía planes, tú sabes que vas a cobrar y que por ese medio mandó dinero para mi mamá, para mi hija, ya no tenía, ya no tenía con qué pagar el alquiler, ¡Imagínate el estrés! ¡Es fuerte! [...] (*Vallita, venezolana, morena/parda, 54 años, heterosexual, Santana*).

As desigualdades de gênero não desaparecem com a mudança de país, como menciona *Vallita* “para una mujer ya no es muy fácil este mundo y menos a esta edad”. O que reafirma a existência de uma estrutura patriarcal maior que as fronteiras geopolíticas, e que “ser mulher” continua sendo colocada no local de subalternidade, se isto se agrega a idade e a precariedade que envolve uma migração forçada pela necessidade de procurar meios de vida, a marcha não é fácil (MAGLIANO 2007; SANTOS; MESQUITA, 2017).

Ademais, o que *Vallita* nos coloca esse sentir e se perceber em um “não-lugar”, ao não saber como e onde recorrer frente a uma situação de injustiça e se obrigar à resignação. Como menciona Natália Ramos (2010) o pouco ou nulo conhecimento de seus direitos sociais e dos processos para exigir sua efetivação, fazem com que muitas mulheres migrantes não façam uso de certos benefícios e não recorram aos serviços, esta situação se exacerba em casos de pessoas que não tem seus documentos regularizados (TOPA, NEVES E NOGUEIRA, 2013), como veremos na interlocução com a *Marimar*.

É importante assinalar aqui que se por um lado há mulheres migrantes que desconhecem quais são seus direitos e onde ficam as instâncias para acessá-los. Por outro, situações de discriminação e xenofobia reafirmam o imaginário desse “não-lugar”.

No estudo feito por Samantha Lynn Serrano (2021) assinala como a xenofobia e racismo reproduzido pelos profissionais de saúde faziam com que o relacionamento de mulheres migrantes com o serviço público de saúde se vivencie como um espaço de constante tensão, onde eram interpeladas por não saberem “falar a língua” e por estereótipos relacionados a sua nacionalidade e a seus costumes. Assim, muitas delas, mesmo indo atrás de seu direito à saúde aos serviços de saúde, poderiam não acompanhar todo o tratamento médico.

Desse modo, algumas mulheres migrantes não insistiram na efetivação de seu direito e procuraram outras vias de cuidado, a fim de não se expor a outra situação de violência, situação que assinala esse “não-lugar” em que determinadas migrações são colocadas.

Para *Yulimar*, também venezuelana:

[...] yo le dije a mis hijos ‘yo voy a ir, después vengo por ustedes’, ‘yo voy a conseguir un trabajo bien’, pero, después que llegamos aquí, en San Pablo [6 meses después de estar en Roraima], a los días cayó la pandemia aquí, [...] nunca me imaginé que ahora iba a ser así, como estamos ahora, con la pandemia está todo complicado. [...] Anteayer, le transferí a mi hija 100 reales y ella me dijo mami aquí un arroz está 3.000 pesos, un aceite casi 10,000. ¡Venezuela está muy dura!, ¡Muy dura!... Yo he querido trabajar, tener un trabajo fijo para irlos a buscar, quería este año hacer eso, ir a buscar a mis hijos porque verdaderamente la situación está muy dura Rocío, ¡Es demasiado dura!... a veces lloro porque mis hijos me llaman que se sienten solos, ‘¡Mami vente! ¡Qué nos haces falta!’ pero, ¿cómo lo hago? No tengo dinero, no tengo un trabajo estable [...] a veces le pido ‘Dios mío ¿cuándo será el día que voy para Venezuela? El tiempo es tuyo’, le pido bastante a Dios para que me prepare un trabajo a mí, a mi esposo [...]. (*Yulimar, venezolana, negra, 33 años, heterosexual, casa de acogida – Centro SP*).

A *Vallita* ao igual que *Yulimar* a relevância de seu cuidado, seja se encomendando a uma divindade seja procurando por si mesma e na carência se curar, se mantendo forte, mesmo com a dor presente de ter deixado o lar, as crianças, a família, implicava resistir e resistir à adversidade, não só pela sobrevivência de ela e sim também dos seus que de elas também dependem, mesmo na distância, não só em termos de acesso a meios de vida e sim também de afetos.

Durante a **pandemia**, enquanto apenas se podia atender às necessidades de subsistência, pela falta de vaga em um emprego fixo como no caso de *Yulimar*, pela perda do emprego no caso de *Vallita*, a falta de pedidos para manter a oficina de costura no caso de *Marimar*. A emergência dos cuidados dos afetos foram cobrando espaços de maior atenção à nossa saúde.

Nossas interlocutoras apelaram alguma via, dentro dos recursos possíveis que tinham para atendê-los, seja provindo dos vínculos afetivos que conseguiram formar antes da pandemia ou daqueles que se formaram graças ao apoio comunitário de pessoas voluntárias que se mobilizaram a prestar não só apoio material e sim também afetos, em geral de mulheres entre nacionais ou migrantes como elas.

Como nos conta *Mary*, que graças a recomendação recebida por uma amiga brasileira, que aprendeu a seguir a meditação ho'oponopono como meio de atender essa necessidade de cuidar seus afetos, frente a impossibilidade de compartilhar algumas coisas com seu parceiro e se reunir e compartilhar vivências com as mulheres que conformava antes da pandemia sua rede de afeto, essa prática foi uma via para se cuidar:

[...] se não tem nada que ver com F*, digamos assim, eu falo com ele, más, se, digamos tenho um problema com ele, no falo muito com ninguém [ela começa a chorar], o que tenho encontrado para mim é a questão do ho'oponopono, isso que tenho encontrado, de um ano para cá que eu faço, porque teve outros problemas sérios que a gente teve aqui, o ano passado com o primo de ele e eu não falei isso com ninguém!, achei melhor guardar porque a gente ficou distante, as pessoas que eu mais falava isso, talvez seria você mesma [Rocio] e às vezes C**, mas a gente ficou distante [...] [*parceiro,**amiga] (*Mary, colombiana, branca, 36 anos, heterossexual, Cidade Patriarca*)

Diferente da *Mariela*, durante a pandemia sua rede de referência manteve o contato via online, para ela foi difícil se posicionar como alguém que também estava sendo afetada pela pandemia, porque sentia que suas condições materiais a colocava num local de 'privilégio' frente a suas outras colegas, também mulheres migrantes:

[...] las Warmis, cuando tenemos nuestra reunión semanal, que si mantenemos las reuniones virtuales, [...] estamos trabajando harto herramientas de trabajo interno, [...] de autocuidado, siempre existe eso, [...] pero es difícil asumir que estás en crisis, porque uno no se reconoce, es como difícil asumirlo, porque, claro, porque tengo privilegios, porque vivo bien, porque uno también minimiza [...], sabes que uno tiene y que no debería tener problemas..., pero es algo que sí o sí afecta a todas las personas, ¡A todas!, [...] porque es un momento delicado para todas las personas... para otras más, obviamente, o sea, no dejo de decir que exista gente que ni siquiera puede pensar ni reflexionar al respecto porque tiene que vivir el día a día, [...] ¡Es injusto! (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 anos, heterosexual, Cambuci/Peruibe*)

Se permitir externalizar a dor, a necessidade de cuidado dos afetos, na dimensão que ela é sentida, para migrantes que são lidas como 'privilegiadas' por terem acesso a condições materiais suficientes para afrontar uma pandemia, pode recair na autocensura. Em especial, se você é alguém que também circula por espaços de ativismo, como é o caso da *Mariela*, que

conhece mulheres migrantes que estão vivendo situações precárias e que não contam com a possibilidade para cobrir nem o básico para sua sobrevivência.

Porém, às vezes o uso do termo “privilégios” em vez de “direitos garantidos” por pessoas que estão no ativismo se torna uma carga pesada, em especial se você é mulher migrante onde outras intersecções atravessam tua vida, como é o caso da *Mariela* que por vezes se entende com maior poder aquisitivo e por outras como uma migrante parda chilena que “não fala direito o português” é alvo de xenofobia.

Assim, dito termo “privilégios” usado no sentido de colocar em evidência a falta de reconhecimento de direitos para todas as pessoas, pode levar a muitas ativistas a uma sobre cobrança individual, deslegitimando outras dores e opressões que também são vivenciadas por essas mulheres. Como nos explica Djamila Ribeiro (2017) quando se refere ao lugar de fala:

[...] o debate é sobre a posição ocupada por cada grupo, entendendo o quanto raça, gênero, classe e sexualidade se entrecruzam gerando formas diferentes de experienciar opressões. Justamente por isso não pode haver hierarquia de opressões, pois, sendo estruturais, não existe “preferência de luta”. É preciso pensar ações políticas e teorias que deem conta de pensar que não pode haver prioridades, já que essas dimensões não podem ser pensadas de forma separada [...] (RIBEIRO, 2017, p.40)

A luta é quebrar essas estruturas que criam e perpetuam iniquidades, onde determinados grupos continuam sendo oprimidos, enquanto outros se mantêm no poder e no real privilégio. E, embora, ocupar espaços de representatividade por grupos subalternizados seja muito importante e necessário, ela não é suficiente sem uma estratégia política comprometida de toda a sociedade:

“[...] pensar lugar de fala é uma postura ética, pois “saber o lugar de onde falamos é fundamental para pensarmos as hierarquias, as questões de desigualdade, pobreza, racismo e sexismo [...] o fundamental é que indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de *locus* social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares de grupos subalternizados [...]” (RIBEIRO, 2017, p. 48)

Assim, trazer a diálogo o cuidado como exercício de direito à saúde e a vida de mulheres migrantes não é algo de competência só de elas, nem só das mulheres, nem só da população migrante, e sim de toda a sociedade. Os debates sobre o cuidado, como veremos no capítulo 4, devem transcender o lugar que tradicionalmente tem ocupado.

Outra experiência de cuidado nos traz *Marimar*, ela conta que ao se saber portadora de HIV, na sua segunda gravidez, os cuidados de sua saúde mudaram a relação consigo mesma e com seu parceiro. A princípio o desconhecimento sobre a síndrome e a negação de que isso esteja acontecendo com ela, a fez voltar para Bolívia só para confirmar o mesmo fato.

Na Bolívia, aos cuidados de sua mãe, fez com que o processo da gravidez acompanhado do consumo de retrovirais fosse menos difícil. Assim, pouco tempo depois de parir, teve que se separar novamente da mãe, sua referência afetiva principal, e migrar com sua família para tentar a vida novamente no Brasil, agora com dois filhos pequenos e um tratamento retroviral permanente.

Para ela aceitar esse diagnóstico e se acostumar aos medicamentos, por vezes, é muito difícil e frustrante, em especial porque ainda se questiona como foi que adquiriu o vírus e o constante temor de ser julgada pela família, perante a possibilidade de contagiar a seu marido, como compartilha conosco:

[...] hasta el día de hoy me digo ‘¿Por qué? ¿Por qué estoy pasando esto? ¡¿Por qué?!’ Más, a veces trato de olvidar, pero no puedo porque sé que tengo que continuar con los medicamentos y todo eso, [...] solo veo a mis hijos y digo, ellos me necesitan por ellos tengo que salir adelante, les abrazó a mis bebés y claro un rato lloro... les abrazó y les digo ‘por ustedes, tengo que salir adelante’, ellos me hablan ‘mamá, ¿por qué estás llorando?’ [...], también me siento frustrada como mujer, tanto entre familias puede haber un poquito de miramiento, tanto de mi esposo, como de mí [...], a veces le digo... como esa vez cuando me enteré, le dije, ‘puedes seguir tu vida porque yo no quiero ser un perjuicio para vos, que me acusen [...], según vos, según los médicos, según todo lo que dicen las pruebas, tú no tienes eso’. Y él dice ‘no, porque yo estoy aquí con mis hijos’ [...]. (*Marimar, boliviana, 28 años, heterosexual, Cangaiba*).

A experiência da *Marimar* nos traz reflexões como o estigma relacionado à AIDS ainda se mantém tão vigente e como isso impacta no cuidado do corpo e de seus afetos, como nos modos em se relacionar no cotidiano familiar. Como menciona Vera Paiva e Eliana Zucchi (2012) e Fernanda Peixoto Cordova et al. (2013), os estereótipos associados especificamente à AIDS fazem com que pessoas soropositivas estejam numa constante expectativa de não serem aceitas, preferirem se manter afastadas socialmente com receio de sofrer discriminação, o que impacta negativamente na sua saúde e na qualidade de vida.

Ademais, mesmo após o diagnóstico, questões relacionadas ao gênero continuam presente nas negociações entre casais sobre vias de cuidar a sua saúde sexual e reprodutiva. Como menciona Denise Martim (1997), e Regina Figueiredo (2010) os papéis de gênero impostos às mulheres frente às decisões masculinas, de eles não aceitarem usar preservativos,

o não cuidado afeta também seu direito à saúde e a vida, ao expô-las ao risco de gestações indesejadas e de contrair ou transmitir HIV, como é a preocupação constante de *Marimar*:

[...] Yo hablé este tema con mi esposo, le dije yo también me explicaron aquí cómo podemos cuidarnos más que todo por él, porque él no tiene, entonces él ha optado por usar las camisinhas y él dijo sí, al principio sí... pero, aún así, hay veces que no quiere, no quiere optar por eso [...] (*Marimar; boliviana, 28 anos, heterossexual, Cangaiba*).

Frente à pandemia, ante a falta de agendamento médico para seguir os controles médicos de HIV de ela e da sua segunda criança, somado à falta de recursos para conseguir garantir o básico para a família, se soma o medo de contrair o Covid-19. Fez com que *Marimar* acha-se melhor que o casal dormira em camas separadas e se absteria de ter relações sexuais, devido a que quem saia a procurar o sustento econômico do dia a dia era maiormente o parceiro enquanto ela se dedicava aos trabalhos de cuidado em casa, como ela nos compartilha:

[...] nosotros en este tiempo no tenemos relaciones sexuales, sólo él duerme aparte en otra cama y yo con mis 2 pequeños. [...] ‘puede pasar algún día algo a mí o quién sabe a vos que sales, yo a veces salgo, tenemos que salir y puedes pegar esa enfermedad que ahora está matando tantas personas y que puede ser de los pequeños, aquí no hay quien digamos con quien contar tampoco’, le digo, ‘tenemos que cuidarnos no porque yo no quiero o porque tú no quieras’. Más él entiende, está más preocupado en el dinero, en el trabajo, en los pequeños, en que no les falte algo, más estamos afligidos en eso. (*Marimar; boliviana, 28 anos, heterossexual, Cangaiba*).

A abstinência como medida de prevenção que *Marimar* propus a seu parceiro é algo que parece de um lado misturar o medo de contagiá-lo de HIV, atitude presente em casais soro discordantes (AMORIM, 2006) e, de outro, o medo de pegar Covid-19 devido a que dita medida também circulou em alguns discursos médicos como uma via possível de prevenir o contágio, em especial em grupos de alto risco¹¹. Embora, para Tafuri et al. (2022) a abstinência como via para evitar o contágio durante a pandemia não é algo possível de se manter e pelo contrário pode levar a outras práticas de risco.

Assim, como vemos nas interlocuções da *Marimar*, ela tenta meios de tentar gerir seu cuidado, de tomar seus medicamentos, de tentar negociar com seu parceiro, tanto em razão de não o contagiar e preservar a saúde e a vida de ele, quanto como via de proteção e cuidado das

¹¹ Posso fazer sexo em tempo de coronavírus? Como me prevenir? O atual momento exige cuidados, mas só alguns grupos precisam, de fato, fazer abstinência sexual. Veja-se a notícia do 21/03/2020, no link: <https://delas.ig.com.br/amoresexo/2020-03-21/posso-fazer-sexo-em-tempo-de-coronavirus-como-me-prevenir.html>

suas crianças. Tendo em conta da falta de redes familiares que possam ser esse suporte no cuidado.

Procurando vias de agenciamento no cotidiano (BRAGE, 2020), elas vão mobilizando meios de vida e cuidados, entre cobrir o básico como a procura e preparação de alimentos, aluguel, remessas, , misturado com orações, rituais, mantras, danças, capoeira, mensagens de texto, ligações, acompanhamento espiritual ou psicoterapêutico, pago ou gratuito, e outros sortilégios possíveis.

O que novamente nos indica como o cuidado da mulher representa o cuidado também dos outros, encarregada de subministra o cuidado, como de transmiti-lo (BADKE ET AL., 2012; MONTENEGRO, 2018; VENTURA & YUJRA, 2019; SERRANO, 2021; BATTHYÁNY, 2020). E que com a pandemia só fez reforçar esse lugar da mulher no cuidado (CASTRO; EGGERT, 2020; SILVA ET AL., 2020; BERTELLI ET AL., 2021).

3.2 O cuidado onde?

3.2.1 O cuidado em comunidade

Para elas que cruzavam as fronteiras em camião, se cuidarem em comunidade era básico para conseguir chegar ao Brasil. A *Vallita* e *Yulimar*, duas mulheres negras venezuelanas, de 54 e 33 anos, embora não tenham feito a travessia juntas, cada uma, em sua própria linha de espaço-tempo, souberam que andar em grupo poderia diminuir alguns atritos no caminhar.

A *Vallita* que veio de “cola” da Venezuela, com a promessa de trabalhar numa fazenda em Brasil, juntou-se a dois jovens com os quais fez amizade na viagem e que também não foram empregados em dita fazenda, para juntos aguardar outra possibilidade de emprego, agora vinda da filha desse mesmo fazendeiro. Durante nove dias estiveram morando na rua, dividindo uma barraca praieira para dormir e como um de eles tinha levado seu violão e sabia cantar, tanto em espanhol como algumas canções em português, então aproveitavam aos fins de semana para acompanhar ao cantor, enquanto ele cantava, os outros recolhiam alguns trocados, às vezes conseguiam coletar 20, 30 e até 40 reais que dividiam para comprar algumas coisas que precisavam, embora a comida em geral o recebiam do exército.

Ao contrário, aconteceu com *Yulimar*, ela e seu parceiro, que se tinham conhecido no percurso dessa travessia em Boa Vista, conseguiram pegar do exército uma barraca para dormir, porém, as refeições não eram oferecidas, sem emprego tinham que pedir esmola nas ruas para conseguir se alimentar. Como ela nos conta:

“[...] A veces no teníamos que comer, eran las tres de la tarde y nosotros no habíamos comido nada y salíamos, él y yo, a pedir... le pedíamos a la gente, amigos haitianos, a los brasileiros... había brasileiros que nos llevaban a restaurantes y nos daban la comida [...] (*Yulimar, venezolana, negra, 33 anos, heterossexual, casa de acolhida – Centro SP*).

Nessa precariedade, elas procuravam sobreviver. A primeira vez que *Yulimar* veio para o Brasil, em 2018, ela tinha arranjado um emprego num restaurante e mesmo que não fosse muito o dinheiro oferecido, só 300 reais, ela decidiu dividir esse pago com sua amiga, com a qual tinha atravessado a fronteira, para que as duas pudessem ter acesso a algo de renda. Assim, com o dinheiro poupado, voltou para Venezuela com dois sacos de alimentos para seus filhos, para ela a viagem tinha sido sucedida e prometeu-se voltar.

A *Vallita* e seus dois amigos não se separaram, mesmo nas situações difíceis. Ela nos conta que uma noite, em Boa Vista, tinha chovido tanto que a carpa e suas pertences se molharam, obrigando-lhes a procurar papelões e refúgio frente a uma borracharia:

[...] llovió muchísimo y todo se mojó y me tocó, nos tocó, a quienes estábamos allí, agarrar cartones y dormir encima de unos cartones en la calle, así tú sabes, tapada, al frente de un negocio donde reparan caucho y me sentí como si fuera una vagabunda, una gente abandonada por el mundo, qué sé yo, una cosa así horrible, me acuerdo que esa noche lloré muchísimo [...] (*Vallita, venezolana, morena/parda, 54 anos, heterosexual, Santana*).

Assim, fragilizados, a esperada chegada da filha do fazendeiro veio e lhes ofereceu o esperado emprego, porém, só a troca de alojamento e comida sem nenhuma remuneração. Era isso ou continuar na rua, os três aceitaram a proposta. Os estudos realizados por Gustavo da Frota Simões et al. (2017) e Sidney Antonio da Silva (2020) amostram as dificuldades que tem tido as pessoas migrantes venezuelanas para se inserir no mercado de trabalho formal, em geral terminam por arranjar trabalhos informais, precários e sem muitas alternativas para escolher, ficaram mais expostas a abusos e trabalhos análogos a escravidão¹².

¹² Homem é suspeito de manter 12 venezuelanos em condição análoga à escravidão. Fonte: UOL Notícias. Data 25.06.2022. Veja no link: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2022/06/25/trabalho-analogo-a-escravidao-12-venezuelanos.amp.htm>

A *Vallita* e seus amigos ficaram pouco mais de dois meses sem receber nada, até saber do Processo de Interiorização da Operação Acolhida¹³ que o governo federal oferecia para se deslocar a outro estado, sempre que conhecesse alguém lá. Assim, iam-se convocando uns aos outros, amizades que se fizeram na travessia se juntavam para “tentar a sorte” em outros estados. Foi por esse programa, que *Vallita* e *Yulimar* conseguiram vir para São Paulo, a primeira convocada pela filha e a segunda por uma amiga.

A travessia, mesmo em condições precárias, fez com que redes de solidariedade, afetos e a prática da reciprocidade se formasse, de modo que uns vão convocando ao outros, a locais ou redes que pudessem colaborar com sua sobrevivência (VASCONCELOS, 2013). E justamente foi essa prática que me fez conhecer a *Yulimar*, em dezembro de 2020.

A *Yulimar* a conheci na época em estava distribuindo vales de alimentação para mães migrantes em situação de vulnerabilidade. Ao saber dessa informação, ela juntou um grupo de mães migrantes de diversas nacionalidades, que moravam com ela num abrigo, para se cadastrarem e pegarem juntas o vale. No dia da entrega, confirmei as próximas que eram uma da outra, como entre elas, se apoiavam no cuidado das crianças. Algo muito necessário para a convivência dentro do local que as abrigava. Em especial, por que este não estava adaptado para receber famílias, os espaços dos cômodos eram divididos por gênero, casais não dormiam juntos e, as crianças ficavam no cuidado principalmente das mães.

Meses depois soube que *Yulimar* e seu parceiro, ante problemas de convívio com uma outra família, foram convocados a se transladar a um outro abrigo, ao que eles não aceitaram por não ter boas referências do local. E assim se encaminharam para morar nas ruas, com o suporte de amizades, também lideranças moradoras da rua, os apoiaram durante os dois meses que estiveram ocupando uma barraca numa praça, onde ademais de pessoas brasileiras, que eram a sua maioria, tinham também venezuelanas. Na rua, eles eram cientes dos perigos que envolvia estar aí. Como conta:

[...] mi esposo no dormía porque el mismo brasilero que nos prestó la barraca nos decía que era peligroso, que ahí robaban niños y ese era un lugar donde llegaba gente a fumar cosas de droga... Mi esposo no dormía, se quedaba junto con otros, cuidando de noche... Eran las 2 de la mañana y mi esposo estaba pendiente... salía a caminar para ver cómo estaba todo [...] mi esposo se iba a dormir a las 5 de la mañana, él se acostaba y yo me paraba para que él durmiera... (*Yulimar*, venezolana, negra, 33 anos, heterossexual, casa de acolhida – Centro SP).

¹³ O Processo de Interiorização da Operação Acolhida. Saiba mais: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/base-legal-1/interiorizacao>

Porém, a comunidade os guiava para poderem subsistir:

El mismo brasileiro que nos prestó la barraca, nos prestaba unas 4 a 5 pimpinas [galões] y una carrucha para cargar el agua que usábamos para bañarnos y lavar. Mi esposo cargaba agua de los puestos de gasolina [...] como sabían que éramos inmigrantes y estábamos en la rúa, un señor muy buena gente, nos dejaba que cargáramos agua [...] pero, cuando era para hacer xixi, cocô íbamos al saúde [UBS próximo da praça]. (*Yulimar, venezolana, negra, 33 anos, heterosexual, casa de acolhida – Centro SP*).

Lidar com as ruas de Boa Vista e depois de São Paulo, era algo que o casal tinha que aprender. A *Yulimar* lembra que estando em Boa Vista, um policial chegou a jogar spray de pimenta nas costas de seu marido, tudo por dormir na praça do terminal de ônibus. Para ela e outras pessoas venezuelanas, os policiais não gostavam que migrantes ficassem na praça. Ela nos diz:

[...] todo el día pasábamos en la calle, caminando, porque si nos acostábamos en la plaza que estaba cerca del terminal llegaban los federales y nos echaban spray, nosotros teníamos que salir corriendo... nos echaban y nos decían “embora!, vayáanse de aquí...” nos trataban mal [...] (*Yulimar, venezolana, negra, 33 anos, casa de acolhida – Centro SP*).

Devido a isso, muitas pessoas migrantes, que estavam na mesma situação que o casal, iam ao rio passar o dia. Em São Paulo, o desafio de estar na rua era conseguir se alimentar enquanto cuidavam da filha de poucos meses de nascida. Ela acredita que Deus cuidou de eles, em especial da criança, que pese a situação, não chegou a se enfermar gravemente. Ela lembra que os primeiros dias foram difíceis porque o local onde dormiam tinha muitos insetos:

[...] estuvimos ahí 2 meses, no se me llevo a enfermar [a filha], ¡Gracias a Dios!, porque yo vivía limpiando, echando Baygon para las plagas, para las chiripas, las cucarachas [...] todas las mañanas yo me paraba, barría el cuarto, echaba Baygon “plan, plan” pa’ las plaga. En la tarde, a las 5, ya estaba otra vez con el Baygon para cuando nos fuéramos a dormir ya no hubiera plaga, porque los primeros días estuvimos con el “pica, pica” [coceira], lleno de plaga, yo, mi hija, mi esposo... mi hija picada de plagas... vino mi esposo y consiguió y compro Baygon y así hacíamos [...] las plagas fueron desaparecieron porque comenzamos a usar Baygon y “los punticos” de mi hija se fueron borrando [...] (*Yulimar, venezolana, negra, 33 anos, heterosexual, casa de acolhida – Centro SP*).

A fim de conseguir algum trocado para se alimentar, continuavam a pedir esmola no trânsito. “[...] a veces nos quedamos mi esposo y yo en los semáforos, vendiendo caramelos con ella [a filha] para comprar comida, porque a veces pasábamos todo el día sin comer [...]” (*Yulimar, venezolana, negra, 33 anos, casa de acolhida – Centro SP*). Embora o vale alimentação tenha poupado, por um tempo, de comprar fraldas e leite para a criança, as

refeições para o casal não chegaram a ser cobertas. Em ocasiões, o desgaste da situação também os abatia e tentavam encontrar consolo, no sono, “[...] sacabamos una colchoneta debajo de una mata que estaba ahí y ahí pasamos todo el día durmiendo [...] a veces llegaba gente ahí, nos llevaban comida, nos llevaban leche, pañal para la bebé [...]” (*Yulimar, venezolana, negra, 33 anos, casa de acolhida – Centro SP*).

A experiência da rua de *Yulimar* nos faz refletir, o que João Gabriel de Andrade Maffezoli e Zuleica Pretto (2019) assinalam, que embora a rua seja um espaço onde as desigualdades sociais ficam mais visíveis, é também um espaço de acolhimento de uns com os outros, de trocas e de afetos, onde os vínculos, as interações se constituem e potencializam.

Do outro lado, a interlocução com *Vallita* nos apresenta como a solidariedade foi relevante para que pudesse afrontar uma nova mudança, de um local que a poucos meses acabava de chegar. Tinha saído de São Paulo para o Rio Grande do Sul para ocupar uma vaga de emprego formal, sem prever que três meses depois ia ser demitida, a pandemia tinha levado a fechar a área onde trabalhava. E ser demitida implicava perder o emprego e a moradia que a empresa oferecia a colaboradores. Nesse cenário, uma família brasileira composta por uma mãe, uma filha maior e cinco gatos, deu-lhe acolhimento e alojamento:

[...] la empresa nos daba, digamos, cada tres personas, nos daba un apartamento [...] pero, cuando la empresa cerró, por supuesto, o sea, cuando votaron a la gente, yo me quedé en la calle [...] comencé a buscar un sitio donde quedarme y, de las relaciones que uno tiene, de las personas que uno conoce, conocí a una muchacha que me dijo “pero en mi casa te puedes quedar” y verdaderamente me quede en su casa y ahorita somos prácticamente familia, nos llamamos todos los días, estamos pendientes de los cumpleaños, del día de las madres... ¡Nos tenemos mucho cariño!... de hecho, una de ellas viene, estos días, para acá, para San Pablo y le dije “bueno, aquí yo tengo un gatito chiquitito, pero aquí cabemos las dos”. (*Vallita, venezolana, morena/parda, 54 anos, heterossexual, Santana*)

Para as mulheres que migram, formar essas redes de cuidados e afetos é primordial para afrontar as tribulações da travessia, com a pandemia, isso se tornou imprescindível. A *Flor* relata:

[...] se uma não estivesse vinculada a um grupo afetivo, seria muito difícil estar fora [do país de origem], ¿no?... eu acho que este tempo [a pandemia], como falava antes, da tanto miedo, estar em contacto com a finitude, de precisar também de cuidados e não ter uma rede de contenção que possa acompanhar isso, ¡dificulta! ¡dificulta mucho! [...] pensava numa das minhas colegas, funcionária, do espaço de trabalho, ela também é argentina, ela terminou renunciando ao trabalho, mesmo precisando muito trabalhar, mas optou por renunciar porque não suportava o que implicava o estresse, da incertidumbre, de voltar a trabalhar ou não voltar a trabalhar, de estar expostas as crianças que não são cuidadas... então, como falta a rede de contenção, de acompanhamento [...] (*Flor, argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar*)

Lembremos que a *Flor* trabalha num CCA e que em geral atendem crianças e adolescentes que se encontram em estado de vulnerabilidade, a princípio os profissionais que trabalhavam nesses locais não foram contemplados como prioritários para receberem a vacina contra a Covid-19, mesmo assim, tinham que ficar reféns ao ordenamento municipal, de abrir o serviço e retomar os atendimentos a qualquer momento. Situação que gerou estresse, medos e insegurança a todo o pessoal, e em especial para aqueles, como a sua colega também migrante, que não tinha uma rede afetiva próxima que lhe pudesse conter num momento tão cheio de incertezas.

Assim, muitas vezes, ser parte de redes de cuidado nos permite continuar o caminhar. Nos dois momentos de migração que fiz até agora, essas redes de sororidade ajudaram-me a ter um processo de adaptação mais leve. O primeiro em Recife, entre 2012 e 2014, as amizades construídas lá com as quais mantenho contato, a maioria são migrantes internos, naturais de outros estados do norte e nordeste do Brasil, fomos estudantes da mesma universidade e logo de acabado o curso continuamos a migrar a outros estados. O segundo em São Paulo, desde 2015, ter sido acolhida e convocada as ações de ativismo comandadas por outras mulheres migrantes, de diversas gerações e identidades, em prol dos direitos de pessoas que migram, marcou a minha história pessoal e profissional.

O Luto na pandemia, a presença dessa rede de afetos foi primordial para afronta-lo. Ao receber a notícia da morte de meu pai, minha amiga do apartamento estava aí presente, as meninas da Rede MILBi+ nas mensagens e ligações. E minha querida “Patrulla”, amigas da graduação, além de suas ligações, enviaram-me uma urso gigante de pelúcia, a fim de aquecer meu coração. No meio das dores que vieram com as outras mortes de familiares e amizades, eu tinha ciência que não estava sozinha, e assim, aquecida pelo afeto recebido, me mantive no labor de ser esse ponto de acolhida e cuidado para outras mulheres.

Embora a pandemia tenha obrigado o isolamento físico, a movimentação de redes de cuidado e solidariedade permitiu que pessoas que já estavam isoladas muito antes, como o caso da *Marimar* e sua família, pudessem se aproximar a outras mulheres, moradoras do Bairro Belém, contribuindo a formar laços que antes ela não tinha:

No, no tengo a nadie [próximo], pero yo he conocido al grupo de mujeres de allá [de Belém] y hay una amiga [...] y yo a veces cuento con ella, sabe de mi situación y ella siempre me dice “cuando necesites algo o te pase algo, o necesites algo, háblame, llámame, ahí vamos a estar siempre para vos”, entonces yo cuento con ellas ahora [...] (*Marimar*, boliviana, 28 anos, heterossexual, Cangaiba)

Destarte de cuidar, atender também os afetos foi necessário para se acompanhar e afrontar a catástrofe anunciada do cotidiano pandêmico. A *Flor*, quando soube que a mãe da professora de dança tinha falecido, ela e outras alunas se mobilizaram para prestar apoio “[...]nos, fomos a cozinhar na casa de ela, para que ela tivesse comida, para que ela chegará a se relaxar e essas coisas, nós tratamos de acompanhar[...]”. Isto incluiu se sentir atentamente “[...] mesmo na coletiva, quando alguém sabe que não está bem, fazemos uma videollamada para pelo menos chorar juntas [...]” (*Flor, argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar*).

O acolher, o conter, o acompanhar, o caminhar em comunidade são ferramentas do cuidado não só para a subsistência destas mulheres e sim também de luta pelo reconhecimento, de resistência e existência frente a um sistema que produz e reproduz desigualdades, condições precárias de vida que muitas vezes são de difícil transposição. Como afirma Paula Dias Dornela (2020):

“[...] Na dimensão coletiva, as experiências compartilhadas são relevantes para o fortalecimento dos afetos, para a luta [...] constante – e cada vez mais necessária – por direitos e igualdade. Essas vivências, construídas e reconstruídas constantemente, nos dizem da potência dos ativismos e das resistências das mulheres migrantes que, de forma individual ou coletiva, envolvendo diversos países, temporalidades, estratégias e perspectivas, constroem lutas emancipatórias [...]” (DORNELA, 2020, p. 20)

Para nós migrantes, que conformamos os grupos dos “periféricos” ou dos “não-lugar”, criar ou somar a lutas por direitos se faz urgente. Como escreveu o jornalista Thiago Borges no site *Periferia em Movimento* “Não é caridade: a luta é pela vida”¹⁴, em agosto de 2020. Dita frase, resume os esforços e a luta pela sobrevivência do povo que mora nas periferias, daqueles lidos como “os outros”, “os periféricos”, incluído aqui pessoas migrantes, em estado de vulnerabilidade e/ou de vulneração de seus direitos que as deixam em real desvantagem frente às chamadas “crises”, não só a desta pandemia.

A nota destaca a labor realizada em Paraisópolis, uma das maiores favelas da cidade de São Paulo, como modelo de gestão comunitária na coleta de donativos, de distribuição de cestas básicas, no acompanhamento de casos de Covid-19, entre outras ações, que pus em evidência o trabalho coletivo das periferias, de anos de resistência, afrontando carências estruturais antigas, em especial o acesso a uma alimentação digna e aos cuidados da saúde.

¹⁴ Artigo publicado por Thiago Borges no jornal *Periferia em Movimento*. “Na base do “nós por nós”, vaquinhas e redes de apoio amenizam impacto da covid-19 nas periferias”. 26 de agosto de 2020. Veja-se em: <https://periferiaemmovimento.com.br/vaquinha-covid/>

Em 2020, o primeiro ano da pandemia, o *Projeto Canicas* conseguiu um donativo importante para distribuir cestas básicas, álcool em gel e fraldas a famílias migrantes da zona norte e centro de São Paulo. Ademais, em dezembro desse ano, graças à parceria com a OIM Brasil e Sodexo, foram entregues vales de alimentação a mulheres migrantes, mães de filhos pequenos.

Para o 2021, o projeto não teve meios para continuar com essa atividade. Porém, pessoas migrantes continuavam fazendo contato conosco, solicitando apoio. No meu caso, a maioria que me contataram eram mães de crianças pequenas, perguntando se eu sabia de algum emprego, solicitando cestas básicas, ou fraldas, roupas e leite para suas crianças. As encaminhei a outras redes de apoio a migrantes para as colocarem na lista de entrega de cestas. Também, ia espalhando currículos pelas redes sociais para ver se alguém oferecia para elas uma vaga. Por vezes, conseguia reunir alguns donativos, em especial fraldas e leite, algumas amigadas com carro me ajudaram na entrega ou quando o peso o permitia, pegávamos o metrô e íamos minha namorada e eu a entregar.

Por meio dessas redes de apoio, também conheci a *Marimar* e a *Sita*, como apresentadas no capítulo 2, são mães de crianças ainda menores de idade. Para *Marimar*, mãe de duas crianças pequenas, as cestas básicas recebidas mensalmente do grupo de mulheres do Bairro de Belém, ajudaram-lhe a completar a alimentação da família, que por vezes teve que substituir a carne por ovos e leite para chá, para suas crianças. No caso da *Sita*, mãe de cinco filhos, uma com anemia falciforme, nos relata que a bolsa família não era o suficiente para atender as necessidades de alimentação da sua família, para ela receber cesta básica mensalmente foi, provavelmente, a única maneira de conseguir se alimentar:

[...] porque eu pago o aluguel, né, alimento eu recebo cesta básica lá de M*, aquele dinheiro do bolsa-família paga aluguel porque meu esposo não está trabalhando, não... agora pra pagar água e luz é muito caro, tá difícil, esse tempo muito difícil [Ademais,] em esses meses que não tinha como comprar absorvente, eu usava pano... porque dinheiro para comprar está difícil... eu não trabalho não... mas esse mês, a cesta básica tinha absorvente lá dentro[...] [M* amiga de Sita] (*Sita, angolana, negra, 32 anos, heterossexual, Sapopemba*)

Desta interlocução com a *Sita* vou ressaltar dois pontos. Primeiro, a pobreza menstrual, que a *Sita*, a *Yulimar* e a *Marimar*, duas mulheres negras e uma boliviana que pode por vezes pode ser lida como indígena, compartilharam comigo as dificuldades para comprar absorvente durante a pandemia frente a outras carências presentes para sua sobrevivência. No

caso de *Yulimar*, dita carência também o vivenciou na travessia de cruzar a fronteira e na época que morava na rua.

Ante a pobreza menstrual se agenciam com os recursos que podiam, desde indo no rio a tomar banho, destinando o dinheiro que pediam nos semáforos para comprar absorventes, como *Yulimar* ou, com panos de tecidos que poderiam ocupar como *Sita* e *Marimar*. Ao respeito, Elizabeth Bezerra Patriota e Vilma Leite Machado de Amorim (2021) reafirmam que a pobreza menstrual não é só a falta de acesso a absorventes, e sim dos recursos necessários para viver um processo menstrual de forma digna como água potável, saneamento, produtos de higiene, entre outros cuidados. Para as autoras, há necessidade de colocar o tema na agenda política para que um trabalho multisetorial seja feito, que procure e crie soluções às necessidades das pessoas que menstruam de forma plena e desde uma perspectiva interseccional.

Em 2021, em plena pandemia e depois de anos de luta da sociedade civil, se promulgou a Lei Federal nº 14.214¹⁵ que cria o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual, que prevê a entrega de absorventes a mulheres de baixa renda estudantes de escolas públicas ou em situação de rua ou em situação de vulnerabilidade social ou cumprimento de medida socioeducativa ou situação de cárcere. Dita lei, constitui um avanço para a saúde pública e a garantia de direitos (ONU, 2014), porém, não prevê a todos os corpos que menstruam, como homens trans e pessoas não binárias. E, a lentidão com que o poder executivo tem assumido como prioridade para sua operacionalização¹⁶, faz com que a lei continue só no marco das ideias referendadas.

Outro aspecto que ressalta a fala da *Sita*, como de outras interlocutoras migrantes que formaram parte da pesquisa como aquelas que conheci durante as campanhas de arrecadação e distribuição de cesta básicas e vales de alimentação, foi como esses recursos recebidos representavam por vezes a principal fonte de alimentos. A insegurança alimentar que famílias migrantes passavam, com suas especificidades, era também um reflexo de uma realidade crescente e cruel no Brasil. O Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da

¹⁵ Lei Federal nº 14. 214/2021. Veja-se no link:

<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.214-de-6-de-outubro-de-2021-386717587>

¹⁶ Após seis meses, o governo segue sem previsão de distribuir absorventes a mulheres. CNN. 19/02/2022. Saiba mais:

<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/apos-seis-meses-governo-segue-sem-previsao-de-distribuir-absorventes-a-mulheres/>

Pandemia da COVID-19 no Brasil (2022), publicado no site Olhe para a Fome¹⁷, se observa que em 2020, 19,1 milhões de pessoas conviviam com a fome no Brasil. Em 2022, ainda em curso, são 33,1 milhões de pessoas sem ter o que comer. Frente a alta de preços dos alimentos¹⁸ substituir ou deixar de comprar produtos que antes se consumia, como carne e frutas, tem sido o quebra-cabeças de muitas famílias, entre elas migrantes.

Nesse cenário de insegurança alimentar, como podemos garantir a saúde? Que condições temos para nos proteger da pandemia? Que até a data, 13 de junho de 2022, se registraram 31,5 milhões casos de Covid-19 e 668 mil mortos¹⁹. De quem a responsabilidade do cuidado? Como os governos podem exigir às pessoas o cumprimento de medidas de proteção contra o Covid-19? Se eles mesmos não garantirem as estruturas básicas para seu cumprimento, como ter uma moradia digna. Ainda mais em São Paulo, uma das cidades mais caras para arranjar um aluguel²⁰, que aumentou a presença de migrantes morando nas ocupações²¹ e nas ruas.

Na pandemia, cresceu o número de pessoas que foram morar na rua, segundo dados do Censo da População de Rua²², realizada pela Prefeitura de São Paulo, o número passou de 24.344 (rua 51,97%, acolhida 48,03%) em 2019 a 31.884 (rua 60,2%, acolhida 39,8%) em 2021, um aumento do 31% (7.540). Consideremos que o perfil das pessoas moradoras de rua, em sua maioria, é de raça/cor negra, como *Yulimar* e seu marido. E, o percentual de pessoas migrantes internacionais vivendo nessas condições, é de 3,56% em 2021, cujas nacionalidades são, principalmente, da Angola, Venezuela, Colômbia e África do Sul.

¹⁷ Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil. Veja-se em: <<https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>>

¹⁸ Artigo publicado por Mariana Costa no jornal Brasil de Fato. “Não culpe a pandemia e a guerra pela inflação dos alimentos no Brasil: Hegemonia do agronegócio, governo ausente, câmbio alto e crise econômica criam tempestade perfeita para disparada. 14 de maio de 2022. Veja-se em: <<https://www.brasildefato.com.br/2022/05/14/nao-culpe-a-pandemia-e-a-guerra-pela-inflacao-dos-alimentos-no-brasil>>

¹⁹ Boletim Completo. Covid-19. Veja-se: <<https://www.seade.gov.br/coronavirus/>>

²⁰ Relatório sobre alugueis residenciais – fevereiro de 2022, índice Fipe Zap+. Veja-se em: <https://fipezap.zapimoveis.com.br/wp-content/uploads/2022/03/FIPEZAPAluguel_202203.pdf>

²¹ Famílias imigrantes realizam ocupação por moradia no centro de São Paulo. 06 de agosto de 2022. Veja-se: <<https://averdade.org.br/2022/08/familias-imigrantes-realizam-ocupacao-por-moradia-no-centro-de-sao-paulo/>>

²² População em situação de rua. São Paulo. Censo 2021. Relatório descritivo do censo. Veja em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZW44MTE5MGItZjRmMi00ZTcyLTgxOTMtMjc3MDAwMDM0NGI5IiwidCI6ImE0ZTA2MDVjLWUzOTUtNDZIYS1iMmE4LThlNjE1NGM5MGUwNyJ9>>

3.3.2 O cuidado em instituições públicas de saúde

- *O primeiro encontro*

A *Flor*, já tinha referências do SUS antes mesmo de vir no Brasil e a partir de receber o material de apoio no CRAI, o livro intitulado “Somos todos/as migrantes”, soube como realizar esse processo:

[...] A verdade como eu já trabalhava na área mais social, eu já conhecia o SUS como referência, o sistema de saúde no Brasil... então, quando eu migre aqui, nesse ano que falei que fiz tudo, porque estava com tempo, também fui ao posto e tirei o cartão... que papéis tinha que levar e como tinha que fazer?... quando fui ao CRAI, recebi um livrinho que tem coisas para migrantes de como fazer, y aí falava de como tirar o cartão SUS... eu tinha que levar um papel sobre meu endereço, eu acho que era eso?...y fui, tirei meu cartão SUS antes que L* [...], quando tirei meu cartão SUS me deram um papel sobre medicina familiar e vem uma vez por mês a nos visitar [...] [L* parceira da Flor] (*Flor; argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar*)

No caso de *Flor*, ela obteve informações sobre seu direito à saúde de um material direcionado à população migrante, algo que ressalta a importância de construir ferramentas que possam orientar as pessoas migrantes sobre seus direitos e contribuir na sua integração à cidade.

Estar num abrigo facilitou a *Sita* ter informações sobre como tirar o cartão SUS e receber atendimento, uma das coisas que ela mais ressaltou durante toda a interlocução era a gratuidade do serviço e ter conseguido ser atendida no momento que precisava:

[...] explicou pra mim a assistência social lá no abrigo, falou ‘tem que ir lá pra fazer o cartão SUS, pra começar a ir no hospital gratuito’ depois eu também ia...tudo né... lá perto da Armênia, tudo gratuito no SUS [...] o SUS é um sistema único bom mesmo! O atendimento foi muito bem, é uma UBS perto do abrigo, não sei o nome, atendimento foi bem e muito rápido também... eu com toda a família termos o cartão SUS [...] (*Sita, angolana, negra, 32 anos, heterossexual, Sapopemba*)

A gratuidade do SUS também fez com que *Loreto* fosse em busca de informações para poder usufruir desse direito que em seu país de origem, Chile, teria que pagar:

[...] yo vengo de Chile en donde nada es gratis, entonces cuando supe que la salud era gratuita acá, dije ‘tengo que hacerlo po, tengo que atenderme, hacer el chequeo, ver cómo es el sistema aquí’ y ahí me fui a inscribir, tuve mi tarjeta del SUS, todo fue bien rapidito, [...] fui la primera vez y ahí me dieron un papelito [...] con las indicaciones, creo que era con el CPF, pero si yo me acuerdo que era con el certificado de residencia porque [...] mi enamorada, ella hizo esa carta de residencia [...] pues yo estaba bien perdida con eso, mi cuñado lo firmó, yo llevé eso y el contrato, porque el contrato de alquiler estaba a nombre de mi cuñado [...] ahí presenté eso, dije “yo vivo ahí, estoy viviendo ahí y todo eso”, ahí me hicieron la documentación y [...] me agendaron las consultas [...] (*Loreto, chilena, branca, 32 anos, lésbica, Mooca*)

No caso de *Isabela*, que justificou seu ingresso ao Brasil na procura de tratamento da sua saúde, não precisou ir até um posto de saúde para fazer seu cadastro. Uma vez estabelecida numa moradia em Guaianases, a dona da casa onde alugava deu-lhe referências da agente comunitária de saúde correspondente ao bairro que morava:

[...] desde que llegué, la dueña de casa me orientó [...] me dijo que iba a mandar a una de sus amigas, una muchacha, que era agente de salud, para que me visite y me cadastre. Y fue bien fácil, le presenté el carné [boliviano] de las tres, el CPF de las tres y pronto, nos dieron el cartón SUS [...] y ella nos explicó que iba a visitarnos una vez al mes, y regularmente recibía las visitas de agentes comunitarias de salud. (*Isabela, boliviana, indígena/mestiza, 42 años, heterosexual, Guaianases*)

A existência de agentes comunitários de saúde (ACS) e de uma vizinhança acolhedora fez com que *Isabela* conseguisse, sem maiores entraves, se cadastrar ao serviço público de saúde e dar passo aos cuidados que ela acompanhava no país de origem.

Diferente aconteceu com *Euge*, embora conhecesse o SUS pela pesquisa que realizava na pós-graduação, conseguir o primeiro atendimento na UBS e tirar seu cartão SUS não foi um processo rápido:

[...] creo que estaba con hongos vaginales o alguna cosa así y entonces dije, bueno, voy a la UBS. [Más,] el problema tuvo que ver con que fui un día y me pidieron comprobante de residencia y no tenía y al final lo que hice fue ir a la farmacia a comprarme unos óvulos, creo que fue una cosa así... como que termine de resolverlo por mi cuenta porque no era la primera vez que pasaba por eso... tampoco era algo grave y creo que fue una cosa así [...] (*Euge, argentina, branca, 37 años, lesbica, Lapa*)

Não ter um documento que comprove seu endereço de residência é uma das dificuldades mais comuns nas pessoas migrantes e, dita falta, muitas vezes dificulta o acesso aos serviços públicos, como a saúde. No caso de *Euge*, ela conseguiu resolver por sua conta, numa farmácia, a queixa que a levou a procurar a UBS. Porém, outras pessoas poderiam desistir do serviço a risco de se tornar mais grave as condições da sua saúde.

Tanto a *Mariela* como a *Marimar* uma demanda por atendimento à saúde também as levaram a procurar pelo serviço. A *Mariela* nos relata:

[...] cuando recién llegué tuve infección urinaria y todavía no tenía el cartón SUS, y ahí me dijeron que podría ir a la USP, al HU, y fui porque yo estaba como alumna especial, entonces tenía derecho a ir para allá. Y fui para allá [...] ellos me dijeron ‘tiene que sacar el cartón SUS’, ellos no me negaron la atención, pero fui dos veces porque como hay algunos alumnos que son de escuela, la ginecóloga que me dio el visto no me hizo bien el diagnóstico y tuve que ir 2 veces. Ahí en ese lugar, no me acuerdo de haber tenido muy buenas experiencias con las personas que me atendieron. [...] La persona que me atendió era un chico boliviano, un estudiante, y bueno, fue un poco raro para mí porque, ¡en fin!, como una cosa cultural, aquí la

gente se depila, yo no me depilo, no sé cómo esas cosas, así dan vergüenza...y el tipo me vio y me dijo que [...] tenía como un hongo, una vaginosis, yo le dije 'no, yo tengo una infección urinaria porque no tengo picazón' [...] ahí llegó la ginecóloga a dar su diagnóstico y yo tenía en ese tiempo una glándula inflamada que es la de Bartolino, ella me dijo: 'mira, tienes eso inflamado' y le dije 'sé que tengo inflamado, pero no importa'. Y me dijo que tenía vaginosis y le decía que no era eso, que yo sentía que era una infección urinaria porque no tenía los síntomas de vaginosis, y bueno, ¡en fin!... me fui con mi receta de vaginosis, la tipa me miraba, así como de lejos así... [*Mariela* hace una señal en el rostro como de extrañeza]... ¡en fin!, no me gustó... me sentí incómoda. Pero después volví a ir porque me hicieron mal el diagnóstico y ahí me tocó un otro chico, primero un estudiante y vino otro médico, no era la misma ginecóloga, y el tipo me dijo 'no, esto es una infección urinaria', pero no me hicieron exámenes tampoco, entonces le dije 'pero yo dije eso desde un principio'... bueno, ¡en fin!... Ahí me fui con mi receta bien hecha, pero como que lo encontré un poco frío... claro el chico, es el que te examina, porque es una escuela, entonces después vienen otras personas te miran también, es un poco invasivo, estar abierta de piernas, no sé, no es muy bonito digamos [...]. (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 años, heterosexual, Cambuci/Perú*)

No caso de *Marimar*, aos poucos meses de estarem no Brasil pela primeira vez, a filha maior veio adoecer levando-a procurar atendimento:

[...] lloraba mucho, no me dejaba trabajar, no dormía, tenía fiebre y compré aquel remedio... paracetamol... lo compré... fue la farmacia que me indicó cómo tenía que darle, a qué hora y todo eso... pero, ella no mejoró [...] fue internada con dolores... habían pasado 3 meses de haber llegado a Brasil y se enfermó con infección urinaria... y como también cuando trabajamos en costura no hay como verlos y estar constante con los niños... Entonces, ella pegó algo y se enfermó y tuve que internarla aquí en el Hospital Tatuapé, [...] donde trabajábamos, el dueño de allí, nos dijo que la llevaremos al hospital, nos dijo 'por ahí puede empeorar la wawa'... nos indicó cómo ir y fuimos, la llevamos allí y fuimos al médico de allá, [...] me preguntaron en qué trabajaba, que teníamos que tener más cuidado con la bebé, ella es menina, que teníamos que cambiar la fralda, que no podías dejarle y todo eso...me indicaron... pero, como no entendía muy bien el portugués solo escuchaba, no entendía muy bien, para explicarle por esto y por esto... solo preguntó en qué trabajaba y que tenía que tener más cuidado con la bebé [...]. (*Marimar, boliviana, 28 años, heterosexual, Cangaiba*)

Embora que o atendimento no serviço de saúde fosse garantido para ambas, mesmo sem ter cadastro, elas não sentiram um diálogo cuidadoso e de mão dupla com os profissionais de saúde que as atenderam.

A *Mariela*, mesmo que a pessoa que a atendeu falasse espanhol e ela pudesse manifestar seus sintomas na sua própria língua nativa, ela percebeu que suas observações não estavam sendo consideradas no momento de fazerem o diagnóstico tendo que ir duas vezes para conseguir um melhor atendimento, ademais de sentir o procedimento médico invasivo. Era a primeira atenção médica que recebia no país e ninguém explicou as etapas da consulta nem solicitaram permissão para que diversos profissionais observassem sua genitália enquanto ela estava em posição ginecológica. A isto somamos o fato de ter-se sentido

envergonhada por não estar depilada, algo que considera um "padrão cultural" próprio das mulheres brasileiras que ela não cumpre, sua experiência resultou constrangedora para ela.

No caso de *Marimar*, o pessoal de saúde que atendeu a filha não se atentou a confirmar se toda a mensagem estava sendo compreendida pela interlocutora, nem houve uma troca real sobre os cuidados da criança, como ela nos manifesta acima, não conseguiu explicar as condições que tinham para cuidar da filha.

Porém, a *Marimar*, mãe agora de duas crianças pequenas, sentiu que foi atendida de forma diferente quando foi ao posto de saúde do bairro para fazer seu cadastro no SUS:

[...] El cartón SUS, saqué en el puesto de salud sólo con el carnet boliviano y solo eso, y luego me dieron el cartón SUS [...] la dueña [da oficina de costura] me orientó, me dijo vas a ir así, ahí al puesto de salud, vas a pedir cartera de vacuna de los pequeños para seguirlos, entonces me dijo los pasos y yo fui sola... más, no entendía el portugués muy bien, pero yo fui sola [...] fue fácil porque había ahí una brasilera que hablaba un poco de portuñol y me dijo 'yo hablo un poco portuñol y te voy a tratar de ayudar', yo le dije 'está bien, ¡Gracias!' y ella me ayudó en todo eso. Ella me indicó cómo hacer, cómo marcar, cuándo ir y todo eso [...]. (*Marimar, boliviana, 28 años, heterosexual, Cangaiba*)

Para *Yulimar* e *Vallita* o primeiro encontro com o serviço de saúde ocorreu em Boa Vista. As duas relataram ter sido atendidas de forma rápida, mesmo não sabendo falar o português, o pessoal explicou para elas todo o procedimento médico. A *Yulimar* nos compartilha:

[...] estuve 3 días con fiebre, no sé de qué era la fiebre, orinaba amarillo, amarillo, y me decía, no eso a lo mejor es una infección y mi esposo me llevó a la saúde [...] me chequearon, [...] me explicaron, me hicieron la prueba de orina, me salió una pequeña infección, me dieron mi medicamento, me dieron una crema y de ahí listo, [...] me atendieron buenísimo. (*Yulimar, venezolana, negra, 33 años, heterosexual, casa de acogida – Centro SP*).

A *Vallita* o pessoal que fez o processo de regularização migratória explicou onde tinha que tirar seu cartão SUS. Então, ela foi ao posto de saúde apresentou seu protocolo de refúgio, fez o cadastro e recebeu o primeiro atendimento:

[...] eso fue lo que me indicaron, tienes que ir para que te la den [...] a nosotros los venezolanos nos dan un protocolo de refugio y con este protocolo de refugio cuando yo llegué a Boa Vista fui a un centro de salud y lo mostré y le dije que yo quería que me atendieran y me dieran la tarjeta del SUS [...] me hicieron unos primeros exámenes [...] como SIDA, hepatitis y enfermedades así contagiosas, eso fue lo único que me hicieron y me dieron la tarjeta del SUS, era una copia no era el cartón ese duro de plástico [...] ¡Gracias a Dios estaba bien de salud! [...] (*Vallita, venezolana, morena/parda, 54 años, heterosexual, Santana*).

A *Mary* ela veio conhecer o funcionamento dos serviços públicos de saúde ao começar a conviver com seu parceiro, após sair da congregação. Mesmo tendo há anos o cartão SUS, quem organizava sua documentação eram as irmãs da ordem, as quais ofereciam plano de saúde a suas integrantes. Tal como relata:

Ya sabía más o menos cómo funcionaba, no exactamente muy bien, porque yo ya tenía el cartón del SUS, [...] fui a morar con F* y ya comencé a ir a los puestos de salud y ahí comencé a entender cómo era la cuestión, dónde era la UBS que atendían por la región donde vivía. Que una cosa atendía AMA, otra cosa era UBS, y ahí comencé a entender un poco mejor esa cuestión.[...] acho que pelo fato que ya estaba mucho tiempo en Brasil hablaba muy bien el portugués, entonces no tuve muchos problemas, y la cuestión de que... por el hecho quiera o no, por el hecho de ser blanca, ellos siempre piensan que soy brasileira digamos en ese sentido... Entonces, solo para saber que soy extranjera es cuando abro la boca más que todo [...] lo contrario, siempre piensan que soy una brasileña más, es un tratamiento desigual [...]. [*parceiro] (*Mary*, colombiana, branca, 36 anos, heterossexual, Cidade Patriarca)

Um aspecto importante que traz o diálogo da *Mary* se refere à raça/cor branca com que ela é reconhecida, que a coloca em outro patamar de tratamento, sendo muitas vezes confundida como brasileira, assim assinala não ter passado por situações excludentes. Exemplo de como a raça/cor e a nacionalidade com o que você é identificada vai determinando suas possibilidades de acesso a direitos.

Também nas interlocuções trazidas acima, observamos como facilita o acesso ao SUS ter informações prévias e serem reforçadas por materiais construídos especificamente para orientar a esta população. Elementos de inclusão importantes, tal como observamos na fala de *Flor*. Porém, essa não é garantia de atendimento se a equipe da saúde, em especial quem faz a primeira acolhida, não estiver preparada para acolher migrantes, como no caso de *Euge*, que não conseguiu atendimento na UBS por não ter como comprovar seu endereço. E mesmo que ela conseguiu, por seus próprios meios, dar solução a sua queixa de saúde, outras mulheres migrantes podem não ter meios de vida para procurar tratamento alternativo ou privado, levando a situações que agravam sua saúde.

Ditos entraves burocráticos tem sido uma pauta recorrente colocada por coletivos e movimentos de migrantes e de ativistas da causa migratória, para que a falta de documentação não seja um impedimento para acessar ao direito à saúde, aspecto ressaltado na 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração (2021)²³. Em especial na pandemia, para garantir o acesso à vacina, onde casos de migrantes que não se conseguiram se vacinar foram noticiados, a falta

²³ 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração: Saúde e Migração em tempos de Covid-19. Documento Final – 2021. Saiba mais: https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fb03e44f58b6475fbb239a148eedc15f.pdf

de não terem como comprovar seu endereço ou documentação brasileira migratória regularizada²⁴. Neste ponto a *Marimar*, que nem ela nem a família conta com essa documentação, a reforcei a insistir nesse direito à vacina, incluso dentro da programação dada para pessoas soropositivas.

Ademais, a importância que tem os agentes comunitários da saúde, como os trazidos por *Flor e Isabela*, para aproximar à população aos serviços públicos da saúde. Para pessoas migrantes pode significar seu primeiro contato com instituições de governo, e contribuir na formação de laços de pertença com o território (MARTIN ET AL., 2018; LOSCO; LEMA, 2019; SERRANO, 2021), ademais o Cartão SUS pode ser o primeiro documento de identificação brasileiro (AGUIAR, MOTA, 2014).

- A procura por acompanhamento médico

As *Sita e Mariela* vivenciaram seu processo de gravidez e parto de formas distintas, trazendo interseções que daremos destaque a seguir. A *Euge*, com pouco mais de trinta e um anos, ao saber-se grávida e agora tendo como comprovar seu endereço, começou a usufruir o serviço público de saúde. Ela sentiu que recebeu um bom atendimento durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto, sendo respeitado sua decisão de fazer parto humanizado e pelo qual foi encaminhada a realizar dois controles pré-natais tanto na UBS do bairro onde morava e outro na Casa Ângela:

Sí, y una vez que también yo tenía los documentos y que también tenía mi casa, tenía un comprobante de residencia, porque ahí empecé a vivir el SUS de otra manera, venía una agente comunitaria de salud a mi casa y con el pre natal, la verdad es que tuve mucho acompañamiento, por parte de la UBS, [...] me sentí muy acompañada durante el embarazo, llamativamente acompañada, como desde el inicio que llegue para decir “ay, me hice un test y me dio positivo” y ahí enseguida me hicieron otro test, ahí me hicieron el cartón prenatal, ahí enseguida me hicieron todo el registro, de todo lo que existe, entonces, siempre mi experiencia fue muy buena, mi nacionalidad nunca fue ni un problema, ni algo que llamara la atención, no fue algo considerado a la hora de atenderme en la UBS, enseguida en la propia UBS cuando yo dije como quería parir y tal y pregunté, me indicaron la Casa Ângela, una enfermera, me indicó la Casa Ângela y así fue que llegué en la Casa Ângela y lo mismo, me recibieron siempre muy bien, nunca hubo [...] énfasis en mi nacionalidad, para nada!... o sea, simplemente iba me atendía y no era algo que se preguntará mucho tampoco. Mi experiencia fue muy buena, tanto en el prenatal que hice en la Casa Angela cuanto en la UBS porque yo hice los 2 prenatales, era como un requisito, [...] (*Euge, argentina, branca, 37 anos, lésbica, Lapa*)

²⁴ Morro de medo: imigrantes sem documentação regular ficam sem vacina em SP. UOL. Data: 04 de março de 2022. Veja-se: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2022/03/04/morro-de-medo-imigrantes-sem-documentacao-regular-ficam-sem-vacina-em-sp.amp.htm>

Também *Euge* ressalta os cuidados recebidos após o parto, no dia seguinte ao parto recebeu a visita da equipe do Programa Saúde da Família para revisar as condições de saúde de ela e de seu filho. Ela acredita que esses cuidados foram possíveis devido a pouca demanda que tem o serviço no local onde ela morava, Vila Madalena e que se comparado ao bairro onde faz a sua pesquisa, Barra Funda, o serviço lá era complexo e com muita demanda no território:

[...] entonces todo fue muy bueno, mi experiencia en ese sentido, siempre me sentí muy acompañada y aparte después de que parí al día siguiente llegaron a mi casa, el médico, la enfermera de la UBS, la agente comunitaria de salud, a mi casa, para revisarme, para revisar a mí, al bebé, o sea, fue como todo ¡Era muy perfecto!... también, probablemente, por el barrio en el cual vivía, por qué no muchas personas usaban, no era una UBS ‘lotada’, yo tenía una comparación porque donde era mi investigación, era en la UBS Barra Funda, que era una UBS llena, con problemáticas mucho más grandes que la UBS donde estaba siendo atendida [...] (*Euge, argentina, branca, 37 anos, lésbica, Lapa*)

Em câmbio para a *Sita*, que experienciou sua quinta gravidez aqui no Brasil, foi muito difícil, com vinte e oito anos de idade, alojada junto a sua família numa casa de acolhida em Canindé e em tratamento médico por uma infecção genital numa UBS próxima, do qual não conseguiu curar o que veio afetar a gestação da filha, nascendo aos sete meses com anemia falciforme:

Quando saí do meu país, eu vim com uma infecção [...] eu tomei antibióticos, mas não fiquei curada por isso a bebê nasceu de sete meses, [...] quando eu estava grávida tinha muita infecção e o médico falava que não conhecia. [...] Eles me perguntaram se era sífilis, [...] quando fizeram o exame do sangue não acharam não, disseram que não apareceu infecção [...] aquela infecção que eu tinha fez com que a bebe nascesse com sete meses, porque a bebê não aguentou ficar na barriga com aquela infecção por isso ela nasceu também com a infecção [...] esteve dois meses na UTI [...] a bebe nasceu com uma doença, a ela atacou anemia falciforme, sabe?... é uma doença das negras, doença das negras... todo mês ela perde muito sangue, perde sangue... por isso fica em casa um mês e no hospital um mês [...] (*Sita, angolana, negra, 32 anos, heterossexual, Sapopemba*)

A *Mariela* também vivenciou sua gravidez de forma distinta, primeiro procurou orientações na sua rede de apoio, as Warmis, tanto de como sacar seu cartão SUS como do processo de acompanhamento médico da gravidez. Assim, esse reencontro com uma instituição da saúde, agora numa UBS próxima a seu lar, a percebeu mais receptiva, explicaram-lhe os exames de rotina e o processo médico.

Porém, por ser sua primeira gravidez na idade de quarenta anos foi imediatamente categorizada como gravidez de alto risco, algo que ela interpelou sem êxito, o olhar médico se manteve igual. Devido a isso, veio a sofrer limitantes, ela que desejava ter um parto

humanizado foi encaminhada a fazer o pré-natal, além do posto, no Hospital Santa Casa que não dava o serviço de parto humanizado. Como Mariela nos conta:

[...] el prenatal bueno, apenas cumplí 7 semanas, fui a la UBS más cerca de mi casa, que es en Cambuci [...] le pregunté a las chicas del Warmis porque ellas habían vivido este proceso antes, como podía hacer el cartón SUS y todo eso, ahí fui y me dieron el cartón inmediatamente y me abrieron mi tarjeta de prenatal y me llevaron inmediatamente a medicación, claro, donde te hacen los exámenes de VIH, sífilis, de hepatitis, bueno, todo para ver si tu salud está bien para el bebé, y estuve como una hora y me hicieron un cuestionario bien extenso... y encontré súper bueno, como que me sentí súper bien, aparte que el tipo que me atendió, era muy amable [...] pero, después en el proceso, bueno, como tenía 40 años cuando me embaracé, me ingresaron a embarazo de riesgo por mi edad, entonces tenía que hacer el acompañamiento en mi UBS y en la Santa Casa, [...] en la Santa Casa, también escuela, cada vez que iba me tocaba una persona diferente en la atención y luego iba una persona a ver mis datos, entonces yo insistía en lo del parto humanizado, que quería tener una doula [...] porque me sentía insegura, porque tenía mucho miedo del parto, [...] me dijeron que no había ningún hospital que aceptara una mujer con embarazo de riesgo para tener un parto humanizado, [...] entonces, que iba a tener en la Santa Casa y que probablemente me iban a inducir al parto porque como yo tenía diabetes gestacional, no iban a esperar las semanas, hasta la semana 42, entonces a partir de la semana 39, 40, ya tenía que empezar con la inducción y ahí ya casi que muero con esa noticia, no podía creer [...]. *(Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 años, heterosexual, Cambuci/Peruibe)*

A *Mariela* sentiu que durante toda a gravidez foi tratada pelo pessoal de saúde como se ela estivesse doente, deixando a ela sempre em estado de alerta e sendo repreendida por não cumprir com todos os padrões de controle pré-natal sem deixar espaço para a escuta e um acompanhamento mais consensuado:

[...] me salté una visita al médico porque viajé a Argentina para un Congreso que fui de Sikuris, y cuando fui a pedir un examen que me estaban debiendo porque tenía que ir a la Santa Casa. Ahí fue que la enfermera [da UBS] me dijo que si yo tenía un embarazo de alto riesgo seguramente no era sólo por mi edad, y yo le dije que ‘sí, es por mi edad solamente, yo no tengo ningún riesgo de salud, soy una persona sana’... y me sentí discriminada porque yo nunca he tenido ningún hijo... Bueno, ahí me puse a ver ¿Cuál es el problema de ser mamá a los 40 años? y ahí empecé a ver que [...] a partir de los 35 años ya eres un embarazo de riesgo. Yo quería tener un parto humanizado y eso me lo estaban negando porque yo tenía un embarazo de riesgo, [...] el parto me tenía asustada y lo que me dijo esa enfermera [da UBS] de que por ‘si mi bebé tenía un problema yo iba a ser dada de alta y el bebé se iba a quedar’, ¡poco menos me lo iban a quitar!... no sé... Y ver que el embarazo lo tratan como una enfermedad, [...] entonces no te llevas eso con tranquilidad porque todo el tiempo puede estar pasando algo malo ¿Sabes? ¡Eso es bien estresante! Sobre todo, en ese estado [...] *(Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 años, heterosexual, Cambuci/Peruibe)*

Mesmo com as indicações médicas contrárias, *Mariela* não desistiu de ter um parto humanizado, contactou com uma doula e recebeu treino preparatório para o parto. Tinha trinta e oito semanas de gestação quando o filho nasceu. Ante as primeiras sinais de dilatação ela ligou para uma amiga, também das Warmis, a fim de receber orientações antes que acordar ao

parceiro que estava dormindo ao lado dela, logo por indicações desta amiga comunicou-se com a doula quem ajudou-lhe a conseguir um hospital que também oferecia parto humanizado. É importante salientar que esta doula é também uma pessoa ativista pelo parto humanizado e pelos direitos reprodutivos.

[...] mi doula [...] ella me vino a ver y me trajo una pelota de pilates y me enseñó algunos ejercicios para empezar a prepararme para el parto [...] el lunes en la mañana, a las seis de la mañana, empecé a botar líquido [...] le escribí a A**, en vez de avisarle a J* que estaba durmiendo porque quería saber qué es lo que era [...] cuando J* despertó yo le conté, [...] A** me dijo que hablará con E*** [a doula] empezamos conversando que yo no tenía hospital [...] porque como era embarazo de riesgo, no me aceptaba ningún hospital de parto humanizado [...] ella llamó al director del Hospital Mario Degni [...] ahí fui a ese hospital [...] porque tienen maternidad, [ela falou] ‘vente ahora porque como tú tienes un embarazo de riesgo, puede ser que nos reten por no haber venido’ porque se iban a cumplir ya 12 horas desde que yo había empezado a botar líquido, [...] estaba sola en la casa porque el J* ya había ido a buscar a mi mamá al aeropuerto [...]. [J* parceiro, A** amiga, E*** doula] (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 anos, heterosexual, Cambuci/Peruibe*)

É importante salientar que mesmo tendo conseguido um local aparentemente mais acessível para o parto humanizado, a *Mariela* foi instigada pelas enfermeiras e obstetras de turno, em todo momento, a induzir ao parto. A insistência era tanta que E***, a doula, teve que ‘justificar’ o não aceite como sendo uma necessidade por estarem aguardando a seus familiares, o parceiro e a mãe. Por isso que quando eles chegaram pediram ao parceiro convencê-la para aceitar esse procedimento, tendo que negar novamente:

Me encontré con E*** en la puerta, eran las cuatro de la tarde, pasamos a la ginecóloga, me midieron todo y me dijeron ‘¡ya! empezó el trabajo de parto, te tienes que quedar’, [...] cuando veo que en la receta estaba escribiendo ‘misoprostol’, [...] que es para inducir el parto, yo le dije ‘yo no quiero que me induzcan el parto’ y la tipa me miró así [Mariela faz gesto de desagrado] y lo tachó, y me dijo ‘bueno’, ¡ni siquiera me pregunto!, si no hubiese estado atenta a la receta, mirando lo que ella escribe, me hubieran inducido al parto sin que yo quisiera, [luego] fui a la recepción a llenar papeles, [...] me llevaron al lugar donde iba a empezar mi trabajo de parto, [...] estuve un ratito con el equipo anterior y cuando llegó el que me tocaba a mí, las enfermeras o las obstetras empezaron a insistir en que tenía que inducirme el parto porque se iba a demorar mucho [...] que iba a parir al otro día, o sea, como a las 8 de la mañana, [...] ahí E*** les dijo ‘no, es que está esperando a su marido y a su mamá’, entonces, como que esa era la excusa por lo que yo no quería una intervención. [...] Dando vueltas con E***, empecé mi trabajo de parto [...] cada vez que volvía la obstetra me miraba a los ojos y me decía ‘yo creo que debemos usar esto’, [...] el J* llegó como a las 11 de la noche y estaba con el trabajo de parto avanzado y las contracciones cada vez más seguidas, a J* también le preguntaron si quería inducir al parto, que era necesario que me convenciera [...] él dijo que no queríamos nada, que él sabía lo que era esa cuestión y que no quería [...] ahí yo me quedé sola con J* para el resto de lo que quedaba de trabajo [...]. [E*** doula, J* parceiro] (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 anos, heterosexual, Cambuci/Peruibe*)

Era perto das quatro da manhã do seguinte dia quando *Mariela* pariu, junto a ela estava só seu parceiro, não mais a doula, quem se tinha oferecido a levar a mãe dela no apartamento do casal. Ao final, mesmo com as tensões acontecidas por não aceitar ser induzida ao parto, ela sentiu que recebeu um bom atendimento, guiaram com cuidado os passos que tinham que seguir, ela como seu parceiro como apoio no parto, lhe mostraram a placenta e ao final a felicitaram pelo trabalho de parto:

[...] empecé a sentir como el dolor del parto, que te dicen que es como ganas de ir al baño, [...] entonces, yo hacía fuerza, involuntariamente, no era a propósito [...] la segunda vez que me vino [...] J* fue a hablar con la enfermera y [...] me puso en la posición para revisarme si estaba dilatada y ahí abrió los ojos y nos dijo ‘¡ya, es ahora!’, [...] llegaron todo el mundo a cambiarme de camilla, [...] me llevaron a la sala de parto, entramos y me vino la primera contracción y ahí grité, [...] la que estaba viendo el parto me dijo ‘mira, no grites, lo que tienes que hacer a tu siguiente contracción, es empujar de esta manera’, que era algo que yo sabía porque es como cuando uno sopla, como empujar con el diafragma, técnicamente yo sabía hacer eso, ahí me tranquilicé un poco, pero no podía ni abrir las piernas, la otra chica me abrió las piernas, [...] igual estuve acostada porque ya no me podía sostenerme, tenía mucho dolor, [...] así que la chica me ayudó a abrir las piernas, el J* me sostuvo las manos y la segunda contracción [...] ahí nació el bebé, súper rápido, digamos, o sea como expulsivo y siento que no fueron más de 15 minutos que estuve ahí, digamos haciendo fuerza, [...] ya cuando nace el bebé a ti te preparan, te ponen un tipo de sostén [...] el bebé apenas nace [...] te lo ponen en el pecho para que lo primero que haga es mamar, nada de limpiar, es como sale del cuerpo, [...] ahí esperamos que terminará de latir el cordón umbilical, ahí el J* lo corto y de ahí me mostraron la placenta, me explicaron [...] que venía a la otra expulsión, [...] no sentí dolor, me mostraron y me empezaron a explicar lo que era cada parte [...] y luego me hicieron una puntada, porque me fisuré un poco, pero fue como de adentro para afuera [...] y de ahí hacen como todo lo de la burocracia, [...] ellas tienen que dejar todo escrito antes para el próximo turno, digamos y de ahí se acercó la mujer, la persona que me ayudó [en el parto], me dio la mano y me felicitó me dijo que había sido un parto super bueno [...] ahí también le dije que muchas gracias, como que igual claro, era emocionante para mí [...] aunque yo estaba en shock desde que nació, [...] el J* me acompañó hasta que fue de mañana [...] [J* parceiro] (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 anos, heterosexual, Cambuci/Peruibe*)

A *Mariela* a pesar que teve que negociar em todo momento para que respeitassem seu direito reprodutivo deseja parir, ela ressaltou que todo os serviços fossem gratuitos, fazendo comparativo com seu país de origem:

[...] la atención en el hospital para mí fue súper buena, en general digamos, [...] estaba muy sorprendida de que tuviéramos todo esos servicios, digamos, o sea, en mi parto nos dieron hasta pañales para el bebé, pañales para mí, [...] en comparación con tu país porque en mi país es todo privado, el parto más barato vale 1000 reales, [...] entonces, en general quedé súper agradecida y todos los exámenes que le hacen al bebé, lo puedes inscribir ahí mismo también su certificado de nacimiento, entonces en general eso yo lo encontré maravilloso [...]. (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 anos, heterosexual, Cambuci/Peruibe*)

Na sala de maternidade, onde ficaram por 48 horas a *Mariela* e seu filho, percebeu diferenças no trato das profissionais de saúde para as mães que recém acabaram de parir. A ela uma das assistentes sociais que passou de visita na sala onde estavam aguardam as pessoas que tinham recém parido, colocou a juízo o fato de *Mariela* ter essa idade e recém mãe, ademais de exigir dados sobre sua condição migratória tanto dela como do parceiro. Essa mesma pessoa, também repreendeu a mãe por ter ficado grávida na adolescência, porém, num outro turno, outra assistente, não questionou nada a *Mariela* e reforçou seus direitos, naquela adolescente antes repreendida, como a de continuar seus estudos básicos.

[...] empezó a pasar y preguntar cosas a cada una, entonces a mí me preguntó primero si yo tenía más hijos y yo dije que 'no', '¿Pero tú tienes 40?' me dijo, bueno, le dije: 'no tengo hijos, es mi primer hijo' [...] y luego me preguntó que por qué no había inscrito a mi hijo todavía y '¿Dónde estaba mi marido?' y yo le dije que mi compañero estaba trabajando, que por eso no estaba ahí, entonces por eso yo no había podido inscribir a mi hijo, todavía. Y me dijo '¿él que hace?', le dije que es músico que está en la orquesta y ahí empecé a darle el curriculum, de que estaba en la Universidad, que estaba haciendo un magister ¿Sabes? ¿Cómo es?, como que ahí empezó a cuestionar que hacía mi marido y en eso me pregunta si yo tenía mi documento al día. Y ahí le dije '¿Usted está insinuando que yo soy ilegal o qué? y yo le dije que yo estaba legal, que yo tenía mis documentos al día, solo que yo estaba con un protocolo, porque en esa época yo estaba con mi protocolo, no estaba con el RNM que se llama ahora. Entonces todo el trámite que hice ahí en el hospital fue con mi protocolo y nadie me lo cuestiono porque claro, sé que no se cuestiona; [...] además, en mi sala había una chica que tenía 14 años, que había tenido su bebé y a ella también le dio su sermón por ser tan joven, porque era menor de edad y su pareja era mayor, qué sé yo [...] y una sola asistente le dio la posibilidad, o sea, de informarle, le dijo que ella tenía derecho a seguir en el colegio, que tenía derecho a amamantar a su hijo, que alguien le llevará el hijo al colegio para amamantarlo, entonces, eso me pareció súper bien porque en el fondo es joven y todo, fuera de prejuicios que pueda tener, pero esa mujer le estaba dando la oportunidad de tener la posibilidad de seguir estudiando [...] fue la única que le dijo 'bueno, la cosa está hecha, pero tú tienes derecho' [...] como que ahí vas viendo las violencias que sufren las mujeres en esos momentos tan sensibles y eso me tenía muy consciente [...] (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 años, heterosexual, Cambuci/Peruibe*)

Assim, estas três interlocuções nos levaram a dialogar sobre como interseções de gênero, raça/cor, idade, território, status migratório e escolaridade intervêm no processo de cuidados do corpo e dos afetos.

A *Euge* destaca as diferenças de tratamento de acordo com o território, de um lado Vila Madalena e de outro Barra Funda, talvez como ela assinala pela pouca demanda local a equipe conseguia realizar suas labores com maior qualidade e prestando os cuidados que toda pessoa usuária deseja do sistema de saúde. O que apresenta as deficiências estruturais na distribuição adequada de recursos considerando o território e as políticas de desmonte que já vinham sendo realizadas muito antes da pandemia e que *Loreto* apresenta nas suas interlocuções. Ao respeito, Rudi Rocha e Michel Szklo (2021) assinalam que:

O desafio da desigualdade no financiamento é não apenas transversal a ações de políticas de saúde em nível local, como também fundamental para a garantia mais ampla de equidade em acesso e na qualidade de serviços públicos no país. [...] No caso da saúde, especificamente, este desafio tem consequências diretas sobre equidade no acesso e na qualidade da atenção primária em saúde, uma das fundações mais importantes do SUS, já que a alocação de recursos e a execução das políticas são essencialmente municipais. [...] Isso ocorre, em particular, na medida em que as transferências federais são relativamente limitadas no orçamento municipal e podem ser ainda mais reduzidas nos próximos anos – tanto pela continuidade do teto de gastos federal como por novas reformas nos mecanismos de financiamento da atenção primária [...]. Desde já se torna importante a discussão de mecanismos mais efetivos de redistribuição dos recursos para a saúde no país [...]. (ROCHA; SZKLO, 2021, p. 73)

Nesse cenário já com desigualdades estruturais, a *Mariela* nos apresenta outras interseções que são interpeladas durante o atendimento. Em razão da sua idade, os protocolos médicos a designam como alguém que já “passou a idade?” para engravidar, portanto, suas possibilidades de decidir sobre os cuidados desse corpo gestante e de como parir foram limitadas, vivendo um período de constante tensão e negociação até o final. Os controles médicos a faziam sentir que não estava grávida e sim “doente”, situação que causava muito estresse.

Uma ocorrência não só sua, na vivência da sala da maternidade percebeu que, por causa também da idade, uma adolescente de quatorze anos era repreendida por ter engravidado. Para as duas, a gravidez, mesmo que desejada ou não, elas eram as culpadas pela aquisição da “doença”. Para Francielli Martins Borges Ladeira e William Antonio Borges (2022):

[...] Ao admitir os processos de gestação e parto como potencialmente patológicos, e não como eventos fisiológicos, permite-se o acesso a esse corpo como objeto do sistema de saúde que necessita dos procedimentos institucionais para voltar ao seu estado de equilíbrio “normal”. Admitidas às instituições de saúde, esse viés sobre o indivíduo (corpo) como um objeto da ciência constitui o que Goffman (1961) denomina despersonalização (ou objetificação), uma abordagem que naturaliza a prática de eventos violentos nos processos de gestação, parto e pós-parto, ou seja, a violência obstétrica. (LADEIRA; BORGES, 2022, p.2)

De modo que, ao se perceber esse processo como uma "doença", tiram a possibilidade da pessoa de viver com protagonismo a sua gestação. Assim, sem abertura para o diálogo aberto e acolhedor, informações que podem ser relevantes para o cuidado compartilhado não se falam. Dita atitude de profissionais de saúde não aporta na formação de vínculos e comprometimento das pessoas usuárias com o serviço público, algo que se reflete na continuidade e na confiança que tenham pelo tratamento médico (SERRANO, 2021).

Na vivência da *Sita*, a falta de um adequado atendimento a uma queixa de saúde que vinha acarretando muito antes da sua gravidez e que afetou o desenvolvimento de sua criança, nos lembra dos debates e reivindicações dos movimentos de mulheres negras sobre saúde e racismo institucional.

Segundo Beatriz Muccini Costa Oliveira e Fabiana Kubiak (2019) o racismo institucional cria diferenças nos modos de prestar cuidados para prevenir e atender doenças que atinge predominantemente a pessoas negras:

O racismo institucional está presente também na prestação de serviços: sua influência vai desde a restrição ao acesso à saúde pela população negra até a relação entre os profissionais de saúde [...] que tendem a minimizar queixas advindas de pessoas negras [...] O racismo e o sexismo repercutem de diferentes formas na sociedade, implicando restrições específicas dos direitos das populações vitimadas, e, ao se tratar de mulheres negras, considerando, ainda, a ação de um duplo preconceito. (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019, p. 941)

De modo que o racismo institucional e o sexismo intervêm na qualidade do serviço que profissionais de saúde oferecem a mulheres negras.

Outra interseção que traz a experiência de acompanhamento médico de *Mariela* é o status migratório e escolaridade, colocada em tensão nesse encontro usuária-profissional de saúde. Se atendemos o princípio de universalidade do SUS, o status migratório não deveria nem entrar na cena do atendimento da saúde, mas sabemos que isso por vezes não acontece, situação que leva a migrantes com status migratório irregular a não procurarem o serviço público de saúde.

A escolaridade é inserida na cena do atendimento para colocar a pessoa usuária no status de ‘merecedora’ de um tratamento adequado dentro do serviço público, sendo que todas deveriam usufruir o serviço em equidade de condições. Isto se observa quando *Mariela* da ‘o currículo’ de seu parceiro para a assistente social na sala da maternidade. Algo que já tinha acontecido antes, na cena em que a enfermeira a increpa por ter faltado a seu controle médico e seu parceiro da ‘o currículo’ dela para que abaixe o tono de voz com a que estava atendendo:

Y ahí fue cuando el J* me defendió, así como ‘no, ella estaba en un Congreso porque está haciendo un mestrado’ y así como que le dio todo mi currículo a la mujer [...] yo le dije ¿Qué haces? ¿Crees que le importa?’ y el J* dijo ‘para que ella sepa que tú estás estudiando, que no eres cualquier persona para que te trate así’ como que le molestó mucho porque me estaban amenazando, [a enfermeira] como que se puso nerviosa un poco, creo que ahí se puso nerviosa, dijo ‘no, pero es que...’

como que ahí bajo la intensidad de la conversación. [J* parceiro] (*Mariela, chilena, parda/mestiza, 42 anos, heterosexual, Cambuci/Peruíbe*)

Ter que manifestar a escolaridade e/ou onde estudar numa cena de exclusão ou agressão é um recurso que tenho observado em pessoas racializadas ou cujas nacionalidades são de países do sul global, para afirmar que ‘não são qualquer um’ como se aquilo nos fizesse “dignos” de direito a algo que deveria ser direito de qualquer um. Porém, contribui para desconstruir essa tendência de atribuir automaticamente maior escolaridade a migrantes brancos do norte global. A modo de exemplo, certa vez um aluno das aulas de espanhol que ministro, me comentou que devido a situação na Ucrânia agora o Brasil receberia profissionais ucranianos, diferente da migração venezuelana com baixa escolaridade, afirmação que tive que refutar.

Para citar mais dois exemplos sobre estereótipos a respeito da escolaridade e dos países e territórios de origem. Eu aprendi de uma amiga de doutorado, uma mulher preta, de ir para qualquer manifestação pública na rua com alguma vestimenta que me reconhecesse como estudante da USP, para ela era como uma capa de proteção contra uma possível abordagem policial, já que se supunha com isso que era conhecedora de seus direitos. Naquela época, 2017, com o Estatuto do Estrangeiro vigente, que proibia a migrantes a participar de manifestações, eu, uma mulher andina, não tardei em adquirir estrategicamente um moletom da USP para usar cada vez que precisasse ocupar as ruas para me manifestar.

Um outro exemplo, é algo mais recente, no momento que escrevia esta tese, uma amiga, colega de apartamento, foi vítima de um acidente de trânsito, ela dirigia sua bicicleta pelo corredor de trânsito próprio para aquilo, quando uma motorista saiu estrepitosamente da garagem sem olhar na frente, tombando a minha amiga aos arbustos do local e a bicicleta ficou presa num dos pneumáticos do carro. O pessoal que assistiu o evento ligou a SAMU e o que vejo depois ressaltar duas cenas:

A primeira cena com o SAMU, ante a demora em chegar o pessoal se justificou com a seguinte frase ‘no Brasil é diferente que no Japão’, pelas características físicas desta amiga, outra hora colocada como mulher branca, outra como amarela, de olhos pretos e puxados, tinham assumido automaticamente que ela era japonesa sem a perguntar pela nacionalidade, mas, a pessoa que a atropelou e que antes também tinha feito a mesma confusão, não deixou a minha amiga corrigir o equívoco e desvelou, rapidamente, que a atendida era peruana. Dita informação, mudou o tratamento, de explicar detidamente cada procedimento dos primeiros

socorros passaram a não falar mais com ela e, direcionaram sua atenção na pessoa que a tinha atropelado. E ao invés de lhe levar para um hospital próximo, a deixaram nas mãos de quem lhe tinha atropelado para que fizesse esse papel, sendo que a motorista estava completamente nervosa.

A segunda cena, na sala de emergência do Hospital Universitário da USP, agora eu acompanhando-a, fomos quase obrigadas a falar nossa escolaridade e conhecimentos sobre saúde para que o médico chefe deixasse de vociferar conosco por solicitar dele uma recomendação mais direcionada ao atendimento de um caso de ruptura de ligamento provocada pelo acidente. Para ele nosso pedido era demais, porque o SUS não teria estrutura para atender casos de ruptura de ligamentos e que até agora a única pessoa que acessou a cirurgia de ligamento era o Neymar, ou seja, nós não éramos o famoso jogador de futebol.

Outro ponto a trazer nesta segunda cena, é que se de um lado, esse médico chefe, um homem branco, em seu espaço de saber/poder, sentiu a vontade de levantar a voz a duas mulheres peruanas, uma delas evidentemente machucada. Do outro, esse mesmo médico e sua equipe de residentes prestava o atendimento adequado, cuidadoso, com a entonação adequada e em inglês, para um homem branco de olhos claros, cabelo loiro e anglófono, acompanhado por uma mulher branca brasileira. O que coloca em evidência como a nacionalidade também é interpelada na hora de acessar o direito à saúde e à vida. Como menciona a Rocio Bravo Shuña e a Nuria Margarit Carbassa (2020):

[...] A imigração, como menciona Abdelmalek Sayad (2008), nos permite questionar os fundamentos geopolíticos que envolvem a junção Estado-Nação. Da mesma forma, nos permite observar que as migrações não são lidas da mesma maneira, existem outras características que permeiam a relação desigual entre imigrantes, nacionais-natos e o Estado, definida pela conjuntura socioeconômica e política do país de origem, assim como seu histórico colonizador/colonizado, os adendos da cor/raça/etnia, o gênero, a orientação sexual e a língua quase pré-designam os direitos, os deveres de assimilação bem como as barreiras (in)superáveis que terão (SHUÑA, CARBASSA, 2020, p. 165).

De modo que diversos aspectos intervêm na leitura da nacionalidade, colocando a pessoa portadora de dita nacionalidade numa quase ordem hierárquica de aceitação pelo nacional-nato, refletida nos modos em que será assimilada ou excluída dos processos de garantia de direitos.

Ademais, como menciona as autoras, outros adendos à nacionalidade são interpelados como são as questões relacionadas a gênero e orientação sexual. Para mulheres migrantes não

heterossexuais a procura por atendimento da saúde traz outras nuances, como nos conta *Loreto*, as duas citas que teve com a ginecologista foram bastante tensas porque sempre partiam da ideia de que ela era heterossexual, de que precisava usar algum método contraceptivo com urgência ou que ela estava grávida, muito antes de preguntar sobre as razões pela qual estava indo à consulta, sua sexualidade e práticas sexuais:

[...] yo creo que concentra un poco el choque lingüístico, el tema de ser lésbica, como antes de que sepan eso, todos esos retos [reprovações] por no cuidarme sexualmente, me estaba cuidando, pero me deberían haber preguntado o hacer otras preguntas por ese protocolo y entonces, ese cruzamiento de orientación sexual, el género... yo me sentí con ese tema... preguntar ¿Cuántos meses tiene?, [...] sé que es ginecología, pero eso no significa que uno va en ginecología porque está embarazada o quiere una pastilla anticonceptiva y ahí el tema de la lengua, de hablar español y que no había esa paciencia [...]. A mí no me gustó ella [a ginecologista], porque cuando hablaba ella no me entendía, no me miraba, tuvo ese tema de que me pregunto ‘¿Toma pilula?’, ‘no tomo’ le respondí, ¿Entonces, no toma pílula? ‘no, no tomo’, ‘¿Utiliza preservativo?, ¿Con qué usted se cuida?’, no me acuerdo bien cuáles fueron las palabras, [...] y no me dejaba responderle, ella empezó a retarme [reprender] porque no usaba preservativo, porque no tomaba pílula, porque no me cuidaba. Hasta que hubo un espacio donde yo pude decirle que me relacionaba con mujeres, de ahí ella habló si era una persona, solo con una le dije, una relación monogámica, conseguí ahí que ella me escuchara hablar de eso, [...] hay que hacer un Papanicolau, me dijo [...] yo nunca me había hecho Papanicolau, porque creo que nunca fue dentro de la cultura en que nací y también familiar, [...] entonces, me dijo ‘Ay ¿todavía no se hizo eso y tiene esa edad?’ y estoy hablando que tenía como 27 años en ese entonces, ‘tiene esa edad y nunca se preocupó’ me dijo y como que dije entre mí [para si mesma] ‘¡uta!, fui allí a solo escuchar reto’ y no conseguía mucho hablar, porque sentía una impotencia, quedé súper enferma de la garganta después, por no conseguir comunicarme y yo hablo mucho [...]. Tenía que hacerme un examen y ahí tenía que retornar, cuando fui a pedir la hora del examen, ya salí nerviosa, intenté pedir la hora, pero la persona no me entendía [...] ahí me llevo con otro doctor [...], el tema es que ese doctor al parecer atendía a mujeres embarazadas porque yo cuando llegué lo primero que me preguntó ‘¿Cuántos meses tiene?’ y yo que estaba súper tranquila le dije ‘ningún mes, ¿Por qué estou muito gorda?’ acho que él no entendió mi broma, quedó mirándome y dijo ‘¿Así que no está embarazada?’, ‘no’ le dije, ahí ya reclamó una cosa que no tenía culpa, dijo ‘entonces, porque me colocaron a usted, yo atiendo a mujeres embarazadas’, como que ya habías comenzado con el pie así... ¡ay qué desagradable!... De ahí, el mismo protocolo: ‘¿Toma pilula?, ¿Con qué se cuida?, ¿pareja, una sola pareja?’, intentando hablar que me relaciono con una mujer y que tengo una relación monogámica, demoré... porque ya empezó la bronca por responder ‘no’ a sus preguntas [...] ¡ahí, puta!, yo soy la descuidada y aparte el hecho de no ser madre por la edad que tenía, [...] ¿Las personas que son lésbicas o que tienen otras orientaciones sexuales no van al ginecólogo? [...] no puede ser que no sepan tratar a otras mujeres que no sean solo heteros o que quieran tener hijos, porque cuando llegue al segundo médico como que me di cuenta de eso y dije ‘¡pucha que lata!’, así como que no existe una persona que mire y escuche [...] Yo entiendo que la medicina ‘tradicional’ hace ese distanciamiento, son algunos médicos específicos como que mira a la persona y tratan de entender y dar un diagnóstico de alguna cosa, son bien pocos, porque ya tuve la experiencia con varios médicos de Cambuci y de aquí de Mooca. Entonces, nuevamente es un lugar súper íntimo y de exposición, entonces ahí yo dije ‘¡ya!’. el tema es que no me hice ni un examen, salí de ahí no me hice nada, ni siquiera pedí la hora, me fui, después de ese médico, así fueron 2 médicos [...]. (*Loreto, chilena, branca, 32 anos, lésbica, Mooca*)

A *Loreto* questiona o padrão de abordagem ginecológica heterossexual com ênfases na saúde reprodutiva, onde pela idade a maternidade é uma razão considerada tácita nestas consultas. Apresentando-se uma falta de disposição para ouvir e/ou entender outras razões fora desse padrão, ainda mais se a usuária fala uma língua diferente ao português.

Uma experiência similar aconteceu comigo, com antecedentes de cistos mamários e nos ovários cada ano procuro atendimento ginecológico a fim de fazer uma revisão geral e sendo estudante da USP decidi usufruir os serviços do Hospital Universitário. Na cita, o residente de turno me olhou fixamente e lançou a pergunta ‘quantos filhos a senhora tem?’, eu fiquei muito surpresa dessa ser a primeira pergunta ao qual respondi negativamente, que não era meus desejos ser mãe, logo veio perguntas sobre métodos contraceptivos pelo qual eu respondi que não usava e antes de que terminara a frase, ele levantou a voz dizendo ‘mas não falou que não quer ser mãe?’ aí, eu respondi ‘eu não quero ser mãe e atualmente estou num relacionamento monogâmico com uma mulher, eu sou bissexual’. E pareceu que não tinha ouvido minha resposta porque rapidamente me ofereceu colocar DIU, ao qual respondi que ‘não tinha interesse e que a razão que me tinha levado a consulta é pelo histórico de cistos’, achei que com essa resposta a insistência por colocar DIU ia acabar.

Mas não, logo que o residente trouxesse as ordens de ultrassom junto com a ginecologista chefe voltaram a insistir de colocar DIU, tive que dizer que nos meus trinta e nove anos nunca tinha ficado grávida, que sabia usar a camisinha quando necessário e como psicóloga já tinha dado oficinas sobre uso de métodos contraceptivos, aí pararam e me deram as ordens que estava aguardando. A situação me deixou muito constrangida porque sentia que não me ouviam e que não bastava só me negar, tinha que justificar o porquê ia perder a grande ‘liquidação de temporada do DIU’.

A heteronormatividade se percebe nas práticas de profissionais de saúde (PORTELLA, 2009; BARBOSA; FACCHINE, 2009; VALADÃO; GOMES, 2011; SILVA, 2022;), em especial de ginecologistas, ao terem dificuldades para enxergar outras identidades de gênero, orientações e práticas sexuais não heterossexuais. E que essa diversidade também estão presentes em culturas indígenas²⁵ e afrodescendentes²⁶, portanto, países andinos como no Perú

²⁵ Indígenas da comunidade LGBTQ+ sofrem duplo preconceito, afirma ativista. CNN. 10 de agosto de 2022. Veja-se: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/indigenas-da-comunidade-lgbtq-sofrem-duplo-preconceito-afirma-ativista/>

²⁶ A maioria LGBT é negra, com interseções do racismo e da LGBTfobia. Revista Educação. 27 de setembro de 2022. Veja-se: <https://revistaeducacao.com.br/2022/09/27/saude-mental-maioria-lgbt-e-negra/>

e na Bolívia tem pessoas LGBTQI+, algo que preciso reafirmar cada que vou num ginecologista e fica admirado de eu me apresentar como migrante andina bissexual.

Ana Paula Portella (2009) e Naira Regner da Silva et al. (2022) assinalam que profissionais de saúde tendem a prestar atendimento desde um olhar heterossexual a mulheres que fazem sexo com mulheres e que isso acaba obstaculizando o atendimento. Entre as causas disso, além de vivermos numa sociedade que reproduz a heterossexualidade como norma, a falta de abordagem do tema no currículo da graduação e nas formações e capacitações na educação permanente de profissionais e gestores de saúde.

Assim, mesmo sabendo da orientação sexual, continuam com procedimentos clínicos e orientações errôneas que não contribuem ao cuidado, nem vinculam à usuária com o serviço (BARBOSA; FACCHINE, 2009; VALADÃO; GOMES, 2011). No caso da *Loreto* ao sentir que suas demandas por cuidado não estavam sendo ouvidas e que estava sendo um espaço violento contra sua sexualidade terminou por desistir desse serviço.

Por último, outro ponto importante a destacar sobre a procura de acompanhamento médico é a gratuidade do SUS, ressaltado como algo positivo e necessário por todas as interlocutoras, porém não era garantia de acessibilidade. Nesse sentido, as vivências trazidas por *Sita* e *Marimar* evidenciam como a escassez de meios de vida impedem o acesso ao serviço.

A *Sita* manifesta as dificuldades para levar a filha até os locais de consulta médica, lembremos que seu único ingresso é a Bolsa Família, gastos de locomoção afetam diretamente na cesta familiar:

[...] minha bebe também fez cirurgia nas pernas de osteomielite, sabe aquela doença? Tudo gratuito no SUS. [...] Agora ela está bem, mas essa doença ela fica um mês bom e um mês mal, essa doença é assim, ela fica com muita dor nos ossos, porque o sangue dela fica muito fraco [...]. O médico que estava atendendo a ela, lá no Cândido Fontoura [Hospital infantil], no Belém, ela passa no hematologista, [...] ela passa depois de dois meses em dois meses [...], mas tenho um problema, quando a minha bebe fica doente, eu ando ali lá no hospital, vou e volto, mas não tenho cartão do transporte gratuito, o bilhete único [...] (*Sita, angolana, negra, 32 anos, heterossexual, Sapopemba*)

Para *Marimar* é igual, sem perceber a renda fixa os gastos para transporte são bastante limitados. Ela nos conta que devido a isso ainda não conseguiu ir até hospital para saber se a prova de descarte de HIV para seu filho está à disposição:

Con mi pequeño, ahora tenía que ir antes de la pandemia para ver si ha llegado su prueba de mi bebé y por todo esto que ahorita estamos, económicamente no estamos muy bien, no fui por cuestión de eso y tenía que llegar la prueba para verlo y descartarlo en mi bebé, porque la prueba rápida sale como no reactivo (*Marimar, boliviana, 28 anos, heterossexual, Cangaiba*)

Durante a pandemia, alguns serviços de saúde foram limitados como as visitas dos agentes comunitários de saúde, algo que para *Marimar* é um serviço essencial para agendar as consultas médicas e acompanhar a vacinação:

[...]Yo creo que deben ir a las casas como venían anteriormente, venían a marcar las fechas y todo, [...] ahora que ha disminuido, no hay [...]. Ellos me ayudaban en agendar, en ver si la cartera de vacunas estaba todo al día o si faltaba, digamos, me decía “tienes que ir, está marcada la fecha” y todo eso venían a controlar a mi pequeña, la mayorcita que tenía que pasar por eso, mi pequeño no, ni yo, nosotros teníamos que pasar al centro donde recibimos los medicamentos de HIV [...] (*Marimar, boliviana, 28 anos, heterossexual, Cangaiba*)

E a *Sita* percebeu essa limitação nos hospitais que não recebiam pessoas para serem internadas o que prejudicou o ritmo de atendimento da filha:

[...] quando ela fica doente, eu fui lá nesses dias, não estão internando as pessoas no hospital, já fui lá na Vila Alpina não estão internando não, já fui no hospital Santa Casa duas vezes também não... neste tempo de pandemia, desde 2020, não estão internando [...] aqui também na Vila Alpina já fui lá e não tá internando as pessoas só tem que ir hoje, amanhã, todos os dias tem que ir e voltar, não dá pra ficar internada, não, por causa da pandemia, mas para atender [ambulatório] está tudo normal [...]. (*Sita, angolana, negra, 32 anos, heterossexual, Sapopemba*)

A priorização e direcionamento de recursos, como a compra de suministros e medicamentos, e equipamentos públicos de saúde, como hospitais que viram centros de referência de casos de Covid-19, levou a negligenciar o tratamento de outras doenças, como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e outras doenças crônicas; as equipes de saúde também foram redirecionadas ou reduzidas, colocando em risco a vida das pessoas com outras comorbidades pela falta de uma adequada estratégia de gestão pública (OPAS/OMS, 2020).

Segundo Livia Milena Barbosa de Deus e Mello et al. (2021) e Anne Louse de Souza Soares et al (2022) as ações de agentes comunitários de saúde (ACS) foram suspensas ou modificadas durante a pandemia, restringindo às visitas a espaços abertos. Ante isto, outras estratégias de comunicação foram mobilizadas como uso de aplicativos, redes sociais, ligação e outras tecnologias para se conseguir aproximar da população ante o isolamento obrigatório. Embora com as limitações que isso implicava, ao não terem o contato de todas as pessoas moradoras da região, entre elas migrantes, que nem sempre contam com celular, ou com crédito e acesso à internet. Situação que pode ter sido a de *Marimar*, que ACS pode não ter

tido o contato com ela. Muito diferente de *Flor*, que durante a pandemia recebia ligações e mensagens das ACS para saber se estavam bem de saúde. Outrossim, a relevância das visitas domiciliares dos ACS se pode presenciar também nas vivências de *Yulimar*, para ela e sua família, a presença de ACS foi crucial para conseguir passar da rua a um abrigo familiar.

Desse modo, nas histórias trazidas sobre acompanhamento médico, observamos também a falta da execução da Política Nacional de Humanização (2013), cujos princípios de protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos se pratiquem e respeitem. É imperativo que os governos em seus distintos estamentos, invistam e o coloquem como disciplina na grade curricular da graduação, em capacitações e educação permanente de todas as categorias profissionais, que possam contribuir na melhoria do atendimento público.

Capítulo 4. O cuidado como princípio de governo

“[...] eu vou voltar a governar este país porque o povo precisa que alguém cuide dele [...] vou voltar a cena de cuidar do povo brasileiro”²⁷

Candidato Luiz Inácio Lula da Silva, debate presidencial na BAND Tv, 18 de outubro de 2022

“No que depender de nós, não faltará amor. Vamos cuidar com muito carinho do Brasil e do povo brasileiro. Viveremos um novo tempo. De paz, de amor e de esperança. Um tempo em que o povo brasileiro tenha de novo o direito de sonhar. E as oportunidades para realizar o que sonha. Vamos juntos!”²⁸

Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, post colocado na conta oficial do LinkedIn, 31 de outubro de 2022 (um dia após ter sido eleito)

Nestes últimos dois anos de pandemia e nas eleições presidenciais termos ouvido com certa frequência a pronúncia da palavra **cuidado**, tanto dos setores da saúde como do agora o eleito presidente do Brasil Luiz Inácio Lula da Silva, quem fez uso desta palavra como um modo de comunicar a sua proposta de governo. E que fez coesão as demandas e reflexões sobre **o cuidado** interpeladas por nossas interlocutoras.

Desse modo, pretendo colocar a diálogo algumas experiências e releituras sobre o tema que podem contribuir na construção desse olhar, o **cuidado como princípio de governo**, para o exercício de um governo público mais justo e inclusivo para todas as pessoas residentes deste país, e assim incluir, de fato, a migrantes internacionais.

O cuidado

Segundo Leonardo Boff (2020), baseado nos escritos de Martin Heidegger, o cuidado é onde reside a essência do humano, é a condição prévia que precisa ocorrer para que todo ser possa existir. A modo de exemplo, o autor menciona que é o “infinito cuidado” da mãe que faz possível a nossa existência mesmo com um corpo ainda frágil ao nascer.

Embora concordemos que precisamos do cuidado para continuarmos a estar no mundo, o exemplo usado, nos alerta como a figura da mãe continua sendo colocada no papel de cuidadora incondicional de sua prole. O que reafirma, uma vez mais, como as figuras femininas continuam há séculos sendo encarregadas e sobrecarregadas aos trabalhos de

²⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=5ENV8ZGzTiw>

²⁸ https://www.linkedin.com/posts/lulaoficial_no-que-depender-de-n%C3%B3s-n%C3%A3o-faltar%C3%A1-amor-activity-6992812726754373632-H2aC?utm_source=share&utm_medium=member_desktop

cuidado, muitas vezes sem nenhuma remuneração nem reconhecimento. Situação que serve muito bem à permanência do patriarcado e do capitalismo.

Ao respeito, Karina Batthyány (2020) traz a releitura dos debates colocados pelo feminismo marxista para assinalar que a divisão social do trabalho tem como princípio organizador as normas de gênero, numa distribuição desigual que atribuem “naturalmente” qualidades e habilidades a homens e mulheres para que desenvolvam determinadas tarefas de acordo a seu gênero, sendo as tarefas do cuidado deixadas na conta das mulheres.

Assim, quase em um determinismo de gênero binário são divididos papéis laborais a cumprir. Dita desigualdade de tarefas reafirma o patriarcado, ao afiançar relações de poder e subjugação dos homens frente às mulheres, onde elas cumprem muitas vezes mais que dupla jornada, entre a produção de bens de serviços e os cuidados do lar, do casal e dos filhos. O que favorece diretamente ao capitalismo, ao se beneficiar tanto do trabalho de produção remunerado como do trabalho de cuidados, em geral sucateado, que permite a manutenção da mão de obra a baixo ou zero custo para o capital.

Outro aporte de Karina Batthyány (2020), relevante para fazermos interlocução, corresponde a seu trabalho por organizar os estudos realizados sobre a conceitualização do cuidado em latino-americana, em quatro visões analíticas, que coexistem e se complementam entre si:

- A primeira, **a economia do cuidado**, trata-se de todas aquelas atividades e práticas que são necessárias para a manutenção diária das pessoas na sociedade, o que inclui o autocuidado, o cuidado de outras pessoas, as tarefas para a realização do cuidado como a preparação de alimentos e o gerenciamento do cuidado. Cadeias de cuidado realizadas pelas mulheres e que poupam ao governo os custos do cuidado, uma vez que são elas, que assumem ditas responsabilidades, por meio de seu trabalho remunerado e não remunerado.

- A segunda, **o cuidado como componente de bem-estar**, centra-se na compreensão do lugar do cuidado nos regimes públicos de bem-estar. Os estudos feministas mostram como se continua naturalizando o peso do cuidado às famílias, e especificamente as mulheres, sendo que ele deveria ser um direito garantido pelo Estado. Embora tenha surgido nos últimos anos políticas que tentam atender os cuidados da população, ele termina parecendo um pacote orçamentário de transferência de dinheiro para instâncias, muitas vezes terceirizadas,

funcionando de forma mais segmentada que universal, que não consegue atender em sua totalidade o direito ao cuidado.

A autora cita os estudos realizados por Eleonor Faur (2009), Mary Daly e Jane Lewis (2011) e Valéria Esquivel (2014) para assinalar que este conceito de cuidado permite ter um olhar micro e macro, de como diversos fatores atuam e se afetam em simultâneo para produzir e atender os labores do cuidado, famílias, organizações comunitárias, Estado e Mercado, contribuem na manutenção da divisão sexual do trabalho e na naturalização das mulheres como cuidadoras, que somado ao escasso desenvolvimento público dos regimes assistenciais e as grandes desigualdades econômicas complexifica a distribuição equitativa do cuidado entre os diferentes agentes.

- A terceira, **o direito a cuidado**, a autora cita os estudos de Laura Pautassi (2010) e de outras autoras feministas, para enfatizar este direito como universal, onde é o Estado que deve ser o principal garantidor de acesso aos cuidados necessários e de qualidade de todas as pessoas, independentemente da disponibilidade de renda da pessoa, da presença ou não da família ou de redes afetivas, e da lógica do mercado. Ademais, esta visão, propõe a importância à valorização social, política e econômica dos trabalhos de cuidado como outro componente que favorece o bem-estar social.

- E a quarta visão analítica, **a ética do cuidado**, a Karina Batthyány (2020) traz os aportes de Joan Tronto (2005, 2011 e 2013) para criticar esse olhar existencialista e normativo que associa as mulheres uma ética particular de bondade e dedicação ao cuidado do próximo. E tornar essa ética, de dar e receber cuidados, como algo universal e básico das relações humanas e não específicas das mulheres. O que permitiria quebrar a equação feminilidade = cuidados.

Ademais, a ética do cuidado permite estar ciente que mesmo em trabalhos de cuidado remunerado, existe um aspecto afetivo e moral que faz com que essa atividade continue sendo mantida no tempo.

Como observamos, o cuidado é um conceito muito relevante e estratégico para articular debates teóricos e políticos capazes de gerar impactos positivos em nossa região (BATTHYÁNY, 2020).

O cuidado como princípio de governo

A proposta de olhar o cuidado como princípio de governo significaria aceitar o potencial transformador do cuidado como base para construirmos um modelo de governo mais inclusivo, equitativo e justo.

Para alcançar esse reconhecimento se precisaria reavaliar, redistribuir, revalorizar e reformular três aspectos que considero sejam chaves (; FRANÇA, 1999; DESLANDES, 2006; GUZZO e LACERDA, 2007; HARAWAY, 2009; PÉREZ OROZCO, LÓPEZ GIL e SILVIA, 2011; BUTLER, 2012; OSTERMANN e MENEGHEL, 2012; GOMES, 2017; MARTIN-BARÓ, 2017; DE OLIVEIRA e SCHLÖSSER, 2020; BATTYÁNY, 2020; BELL HOOKS, 2021; BOULOS, 2022):

1. O cuidado como ato comunitário,

Há séculos, o capitalismo tem mobilizado inúmeras ferramentas para nos vender a ideia de que nosso “sucesso” ou “fracasso” na vida, é responsabilidade de cada um de nós. Desse modo, nos inclinamos ao sobre esforço sem fim para manter o ciclo de produção, reprodução e consumo; “ciborgues” (HARAWAY, 2009) submetidos a uma perpétua exploração enquanto nosso corpo adoece, resiste e morre.

Nessa individualidade dogmática o capitalismo nos afasta de uma visão de comunidade que possamos materializar e defender, como políticas e práticas realmente públicas, universais e coletivas. Incluso se existem, como o SUS, ainda há pessoas que não percebem a relevância de um sistema público de saúde e de como ele as beneficia diretamente, enquanto continuam a pagar planos de saúde privados a preços absurdos.

Embora, esse olhar sobre o SUS possa ter mudado durante a pandemia já que graças a este sistema público, mesmo em contracorrente de algumas forças políticas partidárias anti-vacinas e anti-direitos, se conseguiu a elaboração e distribuição da vacina contra o Covid-19 e controlar progressivamente seus avanços. Porém, continuamos, quase fadados, a sustentar a máquina capitalista, ao transferir tanto o orçamento público como as finanças individuais a instâncias de cuidado privadas, gerando um desequilíbrio econômico constante.

Para Bell Hooks (2021) “Todos nós nascemos num mundo de comunidade. Raramente, talvez nunca, uma criança vem ao mundo em isolamento, com apenas um ou dois cuidadores.

Crianças vêm ao mundo cercadas pela possibilidade de comunidade. Família, médicos, enfermeiros, parteiras [...]” (HOOKS, p.136). De modo que se reconhecermos que somos parte de uma comunidade e que o cuidado precisa ser de comum união nos permitiria quebrar a falácia individualista que em nada nos tem beneficiado.

As nossas interlocutoras nos apresentam exemplos de cuidado em comunidade nas suas histórias de migração e nas suas lutas cotidianas: Lembremos a *Loreto (chilena, branca, 32 anos, lésbica, Mooca)* que se soma à manifestação organizada pela comunidade local contra o desmonte orçamentário do SUS, entre pessoas usuárias e profissionais da UBS uniram-se para defender o bem comum. A *Yulimar (venezuelana, negra, 33 anos, heterossexual, casa de acolhida – Centro SP)* que mesmo num cenário precário e vulnerável que é sobreviver na rua, compartilhavam o cuidado e estratégias de sobrevivência com a comunidade de moradores de rua. A *Flor*, ao nos reafirmar que atuar e pertencer a uma rede de cuidados e afetos ajudou-lhe e ajudou a driblar os efeitos da pandemia.

Como Guilherme Boulos (2022) afirma:

A potência que nasce quando as pessoas percebem que seu problema não é apenas seu, mas de muita gente, e que se pode contar com a ajuda dos outros para resolvê-lo é impressionante. Nesses inúmeros processos coletivos, a esperança renasce. Novos horizontes se abrem, a partir de um modo de relação social fundado na solidariedade, não mais no “cada um por si” [...] (BOULOS, p. 115-116)

Desse modo, o cuidado como ato comunitário, em comum união, de entender que as tarefas do cuidado não são da ordem privada, nem individual, nem um trabalho exclusivamente familiar nem feminino, contribuiria na redistribuição mais coerente das responsabilidades que competem aos diversos agentes e assim, nos permitir traçar um modelo de governo mais justo com as mulheres e outras identidades sub representadas, tão afetadas pelas desigualdades dos cuidados.

2. O cuidado como ato de humanização

O capitalismo também tem apregoado a objetividade e distanciamento como norma de relacionamento em espaços institucionais públicos ou privados, onde cada vez mais se restringe o tempo de contato entre a pessoa atendente e atendida enquanto aumenta as interações com máquinas e procedimentos tecnológicos (GOMES, 2017).

Há anos determinadas linhas de produção científica, como o positivismo, têm colaborado na progressão dessa “objetividade”. As ciências da saúde, como a medicina, não estão isentas de profissionais que foram formados como a ideia de que são os corpos e não as pessoas “os objetos” de sua atenção, no engano que suas subjetividades não poderiam interferir nas salas de atendimento à saúde (DESLANDES, 2006).

A Suely Ferreira Deslandes (2006) reafirma que as relações hierárquicas e ideológicas são invocadas e se misturam na relação entre profissionais e pessoas usuárias dos serviços de saúde. Exemplos disso, tem sido mais evidente nestes meses de comícios eleitorais: um médico obstetra coagiu a um casal após o parto a terem que afirmar que iam votar num determinado candidato para assim receberem o devido atendimento, constituindo uma situação explícita de assédio eleitoral²⁹; um outro caso, foi do diretor clínico de um hospital público que afirmou que não ia atender a pessoas que tivessem votado no Lula e que se elas chegassem no atendimento iam a morrer, o hospital teve que se posicionar em contra dessas declarações e indicar que está realizando o devido processo³⁰.

Dita situação nos alerta da emergência de reavaliar e reformular os modos como operam os sistemas de atendimento público, entre eles os da saúde. Embora, a Política do Sistema Único de Saúde tenha entre seus princípios a universalidade, integralidade e equidade e, da existência de uma Política Nacional de Humanização, a organização e o cotidiano dos serviços de atendimento à saúde, podem recair em práticas desumanizadoras e reprodutoras de desigualdades, exclusões e subordinações (DESLANDES, 2006).

Nas vivências trazidas nos capítulos anteriores, podemos observar algumas situações que podem ser consideradas desumanizadoras. Como a vez que os profissionais de saúde souberam que minha amiga não era japonesa e sim peruana, o tratamento a ela mudou e, não continuaram a orientá-la sobre os procedimentos médicos a seguir. Ou quando *Loreto* recebeu maus-tratos nos atendimentos ginecológicos porque ela não “cumpria os padrões de cuidado dos protocolos heterossexuais”, sendo que ela é lésbica.

Isso são amostras de como preconceitos étnico raciais e de nacionalidade, assim como de gênero e classe, intervêm nos atendimentos de saúde, onde determinadas pessoas são

²⁹ <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/10/5046795-crm-vai-investigar-medico-que-pediu-voto-a-bolsonaro-para-casal-apos-parto.html>

³⁰

<https://www.folhape.com.br/noticias/medico-do-ms-chama-lula-de-bandido-diz-que-nao-vai-atender-quem/245900/>

consideradas “inferiores” e/ou obrigadas a se encaixar numa estandardização de cuidados cis heteronormativos (DESLANDES, 2006; BUTLER, 2012).

As práticas desumanizadoras, não só afeta as pessoas usuárias que procuram os serviços de cuidado como também a profissionais que reproduzem ditas práticas, num “envenenamento progressivo”, profissionais vão assumindo que “não tem escolha” e que assim é como funcionam as coisas (DESLANDES, 2006). No caso citado no parágrafo anterior, o médico que atendia a minha amiga encontrou em nós, duas mulheres migrantes, “objetos” para descarregar seu descontentamento e resignação “fatalista” com o sistema, ao vociferar que “o SUS não fazia operação de ligamento, que era assim como funcionava e que a única pessoa que tinha conseguido se operar era o Neymar”. Dito fatalismo, favorece a manutenção de desigualdades ao aceitar passivamente as carências do sistema (MARTIN-BARÓ, 2017; GUZZO e LACERDA, 2007; MARTIN-BARÓ, 2017; DE OLIVEIRA e SCHLÖSSER, 2020).

Desse modo, há a emergência de compreender e colocar o cuidado como um ato humanizador, que beneficie a todas as pessoas e instituições, no sentido que não deve ser uma prática só dos espaços de cuidados à saúde, e sim de todos os serviços de atendimento ao público.

A Suely Ferreira Deslandes (2006) assinala:

[...] a possibilidade de a humanização representar uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo, [...] o reconhecimento dos direitos [...], de sua subjetividade e referências culturais, a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes. [...] entendida como um processo que vai além da melhoria da qualidade da relação profissional-usuário; pressupõe o desenvolvimento do sentido de cidadania e de participação crítica (DESLANDES, 2006, p. 187-188)

Portanto, a humanização nos permite reconhecer o valor intrínseco da vida humana, o respeito pelos direitos humanos, assim como traz a diálogo e reflexão as questões de equidade, inclusão, diversidade e interculturalidade; como também, a valorização dos saberes e contribuições das pessoas e comunidades envolvidas nesse relacionamento (DESLANDES, 2006).

A Política Nacional de Humanização pode bem ser uma guia para traçar esse caminho, a fim de materializar e defender mudanças nos modos de gerir e produzir cuidados mais

inclusivos e respeitosos, que preguem a responsabilidade compartilhada, a criação de vínculos de solidariedade e a participação coletiva nos processos de gestão (BRASIL, 2004).

3. O cuidado como ato de comunicação

Num cenário de bombardeio de informações falsas, nos mais diversos formatos, que cumprem a função de mobilizar subjetividades e alimentar ideologias em massa, muitas delas fascistas e anti democráticas. Precisamos repensar as nossas práticas comunicativas, como menciona Vera Regina Veiga França (1999):

A comunicação não se resume à mensagem nem ao aparato técnico de produção. É muito mais que um esquema operacional de transmissão, mas prática instituinte, que põe em cena a) interlocutores sujeitos de intervenção, reciprocamente referenciados; b) uma realização discursiva que ganha uma existência própria e assume papel de determinação; c) a constituição de um espaço comum, terreno de construção da intersubjetividade; d) as marcas de sua inserção em um contexto sócio-histórico. [é assumir a comunicação] como prática instauradora, lugar de intervenção, de criação, de manutenção ou mudança através da realização discursiva produzida num espaço interacional [...] (FRANÇA, 1999, pp.11).

Nesse entendimento, retomamos a fala do presidente Luís Inácio Lula da Silva referenciada ao início deste capítulo que diz “[...] eu vou voltar a governar este país porque o povo precisa que alguém cuide dele [...] vou voltar a cena de cuidar do povo brasileiro” (DA SILVA, 2022), discurso que nos assinala o passado e o futuro do presente, um lugar de saber, poder e de possibilidades de intervenção ao colocar a palavra “cuidado” em destaque no seu discurso.

Assim, as palavras que usamos nos discursos ganham sentido de acordo ao contexto sócio-histórico do espaço internacional onde desejamos nos comunicar. Ao respeito, Guilherme Boulos (2022) nos conta:

Certa vez, o saudoso Plínio de Arruda Sampaio, participou de um curso que organizamos com moradores da ocupação Chico Mendes, em 2005, a partir de uma cartilha sua, sobre “poder popular”. Estávamos fazendo a leitura coletiva da cartilha, quando apareceu a palavra “postergar”. Seu Gil, coordenador de um dos grupos da ocupação, perguntou ao Plínio: “O que é postergar?” Plínio deu a resposta: “é adiar companheiro”. Ao que Seu Gil retrucou: “então por que o senhor não escreveu ‘adiar’?” Plínio pensou e deu a resposta certa: “é porque a gente, às vezes, quanto mais estuda, mais burro fica”. Todos riram. Mas, por trás da brincadeira – que não deve ser confundida com qualquer apologia ao anti-intelectualismo dos tempos atuais – havia um profundo respeito à sabedoria popular. De que serve nosso conhecimento transformador se não somos capazes de construí-lo e partilhá-lo com as pessoas? (BOULOS, 2022, p.34-35)

Desse modo, se entendermos que nenhuma resistência, nem transformação, se consegue em solidão, como nas experiências das ocupações mencionadas por Boulos (2022), a comunicação constitui uma importante ferramenta para nos mobilizar como comunidade, para alimentar nosso sentimento de pertença e nos engajar na construção de espaços e futuros em comum união.

O cuidado como ato de comunicação implicaria isso, com especial atenção nas palavras e meios que o discurso transita, interpela e mobiliza, se de fato contribui na integração acolhedora e respeitosa de todos os agentes. As experiências que trazem nossas interlocutoras ressaltam a grande diferença que faz quando os serviços de atendimento as ouvem e as acolhem mesmo falando só sua língua nativa, ademais da importância de ter materiais informativos específicos para esta população. A *Flor (argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar)* nos conta: “[...] quando fui ao CRAI, recebi um livrinho que tem coisas para migrantes de como fazer tal ou qual coisa e, aí falava de como tirar o cartão SUS... eu tinha que levar um papel sobre meu endereço, eu acho que era isso? E fui e tirei meu cartão SUS [...]”. Dito instrumento também é mencionado por Isabela como referência para acessar a outros serviços públicos.

Desse modo, a relevância de olhar o cuidado como ato de comunicação vem da procura por uma comunicação inteligível, compreensível e respeitosa da diversidade de gênero, orientação sexual, raça, etnias, nacionalidades e outras interseções, assim como da cultura e os saberes tanto de profissionais que prestam o serviço como da pessoa usuária, criando um nexos intersubjetivo que favoreça a interação comprometida em vias da resolução dos motivos que levam a procura pelo serviço público. Ditas reflexões, também são trazidas nos debates sobre Humanização no SUS (DESLANDES, 2006; OSTERMANN e MENEGHEL, 2012).

Assim, os três aspectos chaves propostos para reconhecer o cuidado como princípio de governo: o cuidado como ato de comunidade, como ato de humanização e como ato de comunicação não se operam em separado, eles interagem e se aperfeiçoam mutuamente.

Retomemos o que Leonardo Boff (2020) coloca sobre o cuidado como condição prévia e necessária para nossa existência, então compete aos governos ser esse ente principal e garantidor para que isso aconteça. Porém, como recopilou os estudos sobre cuidado de Karina Batthyány (2020) e outras autoras e movimentos feministas, há anos os governos têm aumentado sua dívida social, econômica e de saúde com as mulheres e as famílias por

assumirem grande parte desses trabalhos de cuidado. A proposta do cuidado como princípio de governo, surge nessa tentativa de encontrar um caminho de resposta a essas demandas, colocadas também por nossas interlocutoras, num sentido mais emergencial e reivindicador.

Sabemos que mesmo existindo leis e instâncias públicas de cuidado, ainda não são suficientes para uma divisão equitativa deste trabalho. E que com a pandemia e o fechamento desses aparatos públicos se retrocedeu nesse passo. Como o afirma nossa interlocutora *Euge*:

[...] es que esas prácticas de cuidados eran repartidas, entre el estado y la familia, y la pandemia dejo, digamos, toda la organización del cuidado de Ci* [o filho], es decir recae exclusivamente sobre mí y sobre el padre, que por suerte está, al igual que yo [...], nunca imaginé, una exclusividad así tan grande en el cuidado de mi hijo y de ningún niño!... es algo por lo que siempre he luchado bastante, con desfamiliarizar el cuidado, las prácticas de cuidado..., entonces creo que la pandemia ha hecho todo el movimiento inverso [...], creo que eso tiene muchos agravantes, esa responsabilización excesiva sobre la familia [...], yo no soy una persona que valore así la familia, si bien entiendo, que está buenísimo, qué es genial, ojalá que todos los niños tengan una familia amorosa, cuidadosa y linda, pero no, no es así, entonces como yo lo veo como una pérdida muy grande y cuando pienso en eso... y me produce mucha tristeza y me preocupa [...] (*Euge, argentina, branca, 37 anos, lésbica, Lapa*)

A preocupação colocada por *Euge* é algo que feministas como Bell Hook (2012) têm alertado, ao indicar que tratar a família como uma unidade autocrática, menor e privativa, contribuiu ao aumento da alienação e a possibilidades de abuso de poder. Dita divisão societal contribui a que inequidades se perpetuem, onde ricos continuem acumulando e transferindo pelas leis familiares da herança acúmulos de riqueza monetária, enquanto se desligam de quaisquer responsabilidades, colocando uma boa parte da crise social e econômica nas costas de famílias pobres, ao final são elas as disfuncionais, por não trabalharem o suficiente, por terem muitas crianças, por mulheres não saberem cuidar delas, por não terem o que comer em casa, e por aí vai. As jornadas de cuidado, feitas em sua maioria por mulheres, em geral não são remuneradas e esse excedente não pago continua a favorecer o capitalismo.

Há uma necessidade imperante de somar na rota de um governo democrático e justo, tendo o cuidado como princípio, onde ideias essencialistas sobre as mulheres e as famílias não teriam mais cabimento. Cada ano, em especial na época eleitoral, grupos partidários fundamentalistas renovam os discursos sobre a “família tradicional brasileira” e a “mulher cuidadora do lar” com toques “religiosos” autodenominados de “cristãs” para dar um ar divino e de divindade. Discursos que naturalizam inequidades e discriminações ao desenhar como família tradicional brasileira como sendo branco, heterossexual e nuclear. Nada acorde a realidade das famílias residentes no país, que em sua maioria são geridas por mulheres

negras e, também, negam a existência de outros grupos familiares, como as famílias migrantes e as constituídas por casais homoafetivos.

Ademais, se reconhecermos o cuidado como princípio de governo, poderíamos entender melhor a importância dos investimentos em direitos sociais para uma economia favorável para todas as pessoas que residem neste país. Como bem afirma a economista Conceição Tavares³¹:

[...] Uma economia que diz que precisa primeiro estabilizar, depois crescer, depois distribuir é uma falácia! E tem sido uma falácia! Nem estabiliza! Cresce aos solavancos! E não distribui! [...], e ver os meus queridos amigos que junto comigo durante anos disseram que isto não era correto, que tinham que se fazer ao mesmo tempo: Estabilização! Crescimento! e Distribuição!... e ver esses meus queridos amigos, que lutaram comigo no movimento de economistas, dizer hoje o contrário do que disseram, é uma das maiores dores da minha vida, isto é dor e também uma raiva, portanto energia para lutar! [...] se você não se preocupa por justiça social, com quem paga a conta! você não é economista sério, você é um tecnocrata! [...] (TAVARES, 1995)

Os discursos e ações de tecnocratas que até agora defendem o teto de gastos para importantes instâncias que garantem direitos sociais como o SUS, tem sido um claro exemplo de como mesmo existindo políticas públicas tão progressistas, elas não são materializadas em sua totalidade pela falta de investimentos e uma adequada distribuição, como apela a fala da Conceição Tavares, ainda tão vigente.

Nesse sentido, também *Flor* nos manifesta seu pesar de como a falta de uma boa distribuição de recursos faz com que uma política como o SUS no passe em sua completude do papel para a ações concretas de garantias de direitos à saúde:

Eu acho que em papel [a política do SUS] é maravilhoso, bato palmas e eu acho que todos os países deveriam ter um sistema de saúde único, onde toda a população tenha acesso aos mesmos direitos. Mas, no concreto, acontece que quando os recursos não estão bem distribuídos, acontece o que está acontecendo agora, com o pessoal que está saturado, que não são valorizados, que não tem os insumos suficientes, os recursos suficientes, pessoal insuficiente, que quando você vai solicitar um turno, pode demorar meses para você ser respondido [...] (*Flor, argentina, branca, 39 anos, lésbica, Cidade Ademar*)

Como observamos, a luta por políticas sociais não é suficiente para garantirmos uma democracia com justiça social para todas as pessoas, é preciso prestar atenção aos modos como se faz governo, como se põe em prática o ato de governar, e como afeta isso na vida das pessoas, como pudemos observar em cada vivência compartilhada por nossas interlocutoras,

³¹ Entrevista a Conceição Tavares no programa Roda Viva no ano 1995: https://youtu.be/xKXT_gfBbIA

suas possibilidades de cuidado e de sobrevivência, frente às carências institucionais. Precisamos colocar regras que favoreçam a toda a população, pois elas já existem, os grupos políticos partidários de turno determinam, priorizam e distribuem os recursos e ações públicas do Estado, muitas vezes colocam regras que favorecem só projetos individuais ou um determinado segmento já enriquecido e tradicionais detentores do poder (BOULOS, 2022).

Por último, a proposta de olhar o cuidado como princípio de governo, não é advogar por um estado “paternalista” e “salvador”, e sim insistir na obrigação primária que deve ter todo governo que é garantir o direito a uma vida digna de todas as pessoas, incluídas as pessoas migrantes.

[...]
As outras
As sub representadas
Não almejamos essas riquezas
Essa que falam de muitos dinheiros!...
Essas que perpetuam a pobreza...
Almejamos vida!
Almejamos política viva pela vida!
De livre caminhar!
De um cantinho onde guardar o corpo
De comidinha gostosa
De papo-ato
De boa saúde
De vida!
Por Dignidade! Dignidade!
[...]
Rocio Bravo Shuña, poesia “Dignidade” (2022)

[...]
 Sujetos sujetos
 a tallas,
 a tamaños,
 a precios
 a “minoría”
 a vigilância...
 Y toda esa compleja tesitura
 de esclavismo moderno.
 Por eso:
 Busquémonos,
 Unámonos,
 Vivamos
 en corriente, contracorrientes y ¡Jamás aprisionadas!
 ¡En constante RESISTENCIA!
 Rocio Bravo Shuña, poesía ‘Cuerpos que sí importan’ (2018)

5. Alguns apontamentos finais

Dos diálogos apresentados ressalto cinco pontos, sem pretender com isso reduzir as reflexões e inquietações que a leitura até aqui pode ter provocado:

a. As mulheres migrantes, como identidade e sujeito de pesquisa.

Como identidade, observamos nas vivências de nossas interlocutoras como a nacionalidade se agrega a outras interseções que são interpeladas nos processos de acesso ao cuidado e meios de vida. A mesma que também implica em diversos agenciamentos e lutas pelo reconhecimento e redistribuição (FRASER, 2006; HONNETH, 2011). A identidade como assinala Juracy Armando Mariano Almeida (2005): [...] resulta da dialética entre os modos como nós representamos e de como somos representados, ou, dito de outro modo, a identidade deriva dos modos como nos (re)conhecemos e de como somos (re)conhecidos. (ALMEIDA, 2005, p. 52).

Assim, a identidade se materializa nos modos em que as pessoas são reconhecidas, neste estudo as mulheres migrantes. E como dita identidade intervém no tratamento que receberam das outras pessoas, se são ouvidas, consideradas e incluídas nos órgãos de atendimento à saúde, na formulação e execução de políticas públicas; ou pelo contrário são excluídas ou discriminadas, vítimas do machismo, xenofobia, racismo, LGBTQI+fobia e outras violências, como a falta de acesso a meios de vida. Tal como menciona José Umbelino Gonçalves Neto e Aluísio Ferreira de Lima (2010):

Analisar a constituição identitária de indivíduos ou grupos e seu reconhecimento tem importante implicação política, porque a depender de como eles se reconhecem/são reconhecidas determinadas práticas em relação a eles, ou para eles, ou mesmo contra eles, são levadas a cabo. Assim, direitos são garantidos, deveres são cobrados, penas são aplicadas, preconceitos são combatidos. (GONÇALVES NETO, LIMA, 2010, p.95)

É importante explicitar que a identidade ela não estática, ela é metamorfose (CIAMPA, 1987; GONÇALVES NETO e LIMA, 2010). Assim, como observamos em nossas interlocutoras, as mulheres migrantes não têm um único perfil e elas não ocupam o mesmo lugar de fala (RIBEIRO, 2017) o tempo todo.

Isto é muito importante visibilizar para desconstruir preceitos e estigmas sobre quem são as mulheres migrantes e não recair em padrões essencialistas sobre sua identidade. Daí, a relevância de fazer estudos, como estes, sobre mulheres migrantes como sujeitos de pesquisa e de nomear e visibilizar essa diversidade e suas agências. Reafirmando assim o papel ético-político da produção científica como um espaço também de inteligibilidade e reconhecimento por justiça social (GERGEN, 1993; HONNETH, 2011).

b. O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida. Algo que temos observado nas interlocuções apresentadas é como a responsabilidade dos cuidados recaem principalmente nas famílias e nas mulheres que a compõem, evidenciando que a redistribuição desigual dos trabalhos de cuidado perpassa as fronteiras (BATTHYÁNY, 2020; SERRANO, 2021). Assim, as mulheres são as principais ou as únicas a gerir os cuidados assim como transmiti-los.

Um olhar interseccional (CRENSHAW, 2002; BRAH, 2006; PISCITELLI, 2008, 2012) nos permitiu observar nas histórias trazidas por nossas interlocutoras as desigualdades que lidam para atender seus cuidados e dos outros. No cotidiano de cuidados, relacionadas com questões relacionadas ao gênero, raça/cor/etnia, nacionalidade, orientação sexual, escolaridade e os meios de vida são interpeladas e colocadas em determinados lugares, hora de reconhecimento, hora de subordinação.

Na institucionalidade dos cuidados, se percebe que as estruturas: patriarcal, racista e xenófoba, heteronormativa e capitalista, vão gerando desigualdades de acesso aos recursos de cuidado, aos que elas vão tensionando e resistindo, construindo redes e se somando a coletividades de resistência.

Ademais, se observou que mesmo tendo dentro dos princípios do SUS, a equidade e a universalidade, que implica o acesso gratuito de todas as pessoas, incluindo pessoas migrantes. Isso não se reflete em acesso, pelas intersecções já mencionadas acima, como não ter os meios de vida suficientes para se locomover até o equipamento de saúde, pessoas usuárias podem não usufruir do serviço. Daí que a presença de agentes comunitários de saúde são chave para diminuir essas iniquidades como vincular as pessoas migrantes com o serviço público de cuidados. Ademais, de materiais e ferramentas informativas focadas para esta população colaboram a sua inclusão e apropriação do direito à saúde.

A pandemia, reforça a importância dos cuidados para além de fornecer medicamentos e receitas biomédicas, ela comporta uma série de aparatos que contribuem na manutenção da vida, como acesso à alimentação, aluguel, água e demais meios de vida que o governo deveria cumprir seu dever de promover uma vida digna.

Como menciona Eduardo Rodrigues Bandeira (2017)

[...] é importante compreender o papel do Estado em garantir por uma série de medidas efetivas, a concretização de um direito complexo como a saúde em uma sociedade tão desigual [...]. O Estado Brasileiro em qualquer esfera de governo possui uma dupla obrigação com o direito sanitário: garantir o acesso e a promoção da saúde por um lado e, por outro, impedir o retrocesso do que já foi conquistado em matéria sanitária [...] (BANDEIRA, 2017, p. 95-96)

De modo que é o papel do estado assumir seu papel de principal garantidor do cuidado, como afirma Keli Regina dal Prá, Regina Célia Tamasso Miotto e Michelly Laurita Wiese (2018) “[...] o reconhecimento do direito ao cuidado é um processo em construção e depende de ações políticas comprometidas com a ampliação de direitos e com a garantia do caráter universal que deve presidi-los [...] (p.12). Assim, leis e políticas progressistas e participativas não são suficientes para garantia de direitos, requer de um trabalho constante para que ditas leis saiam do papel, como exemplo temos a Lei de Migração que aprovada no ano 2017 ainda aguarda designação orçamentária e operacional necessária e específica para sua execução.

c. As mulheres como sujeito de direito à saúde e o princípio de integralidade no SUS.

Este ponto dialoga com o ponto a e b, no sentido que a pesquisa também interpela o lugar em que as mulheres migrantes são colocadas na tomada de decisões sobre sua própria saúde e os cuidados do corpo. A *Mariela*, por exemplo, durante todo o pré-natal sentia que as citas ginecológicas eram para tratar uma doença e não uma gravidez, inclusive durante o trabalho de parto o parceiro de ela foi instigado a decidir ou convencê-la a usar um medicamento para estimular a dilatação. Uma amostra de que ainda existem tensionamentos para olhar as mulheres como sujeito de direito à saúde, capazes de tomarem decisões informadas sobre o cuidado de seu corpo.

A Patrícia Flores Medeiros e Neuza Maria de Fátima Guareschi (2009) assinalam que “[...] o discurso sobre a saúde das mulheres, ao nomear partes do corpo como principais ou não, prescreve, a partir disso, quais procedimentos devem ser adotados [...]” (p. 36); protocolos de atendimento que muitas vezes se limitam aos cuidados de temas específicos do corpo cis heterossexual principalmente relacionados à gravidez, ITS/HIV e o câncer. O que dificulta o acesso aos cuidados da saúde de mulheres que não se encaixam a esses protocolos, como mulheres cis não heterossexuais e mulheres trans.

Dita situação, nos mostra que ainda dentro das instituições de saúde se reproduzem saberes e relações de poder limitados a uma só visão de ser mulher e de cuidar da saúde. O que atenta tanto ao princípio de universalidade como da integralidade, que vai mais além de ter o cartão do SUS e sim, de processos resolutivos acolhedores que entenda a diversidade da categoria “mulher” e tenha como base a mulher como sujeito de direito e agente ativo de sua saúde.

Assim, concordamos com Edméia de Almeida Cardoso Coelho, Carla Tatiane Oliveira Silva, Jeane Freitas de Oliveira e Mariza Silva Almeida (2008) que:

Urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero oferecem à mulher possibilidades de serem sujeitos e devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado [...] (COELHO, SILVA, OLIVEIRA, ALMEIDA, 2008, p. 159)

Entendemos neste ponto, que para materializar a integralidade do cuidado precisamos olhar como um processo comprometido intersetorial e comunitário, sensível a escutar e atuar frente às demandas e as distintas realidades das pessoas, usuários do SUS.

d. Alguns caminhos para o cuidado. No capítulo 4 se apresenta uma proposta de caminho desde um olhar mais ampliado sobre o cuidado, que há séculos tem sido a maior responsabilidade para as mulheres, situação que como já mencionamos não muda com a migração. Colocarmos como princípio de governo permitiria o reconhecimento da diversidade populacional que habita cada território e contribuiria para entender a importância da redistribuição considerando essas especificidades.

Por último, reforço a necessidade de continuar desenvolvendo estudos relacionados a mulheres migrantes em relação ao cuidado na área da Psicologia Social a fim de quebrar essencialismos e estigmas que se formam em torno de elas, compreender os mecanismos que as coloca em situações de subordinação como também contribuir na criação de novas formas de resistência e emancipação (ALMEIDA, 2017).

REFERÊNCIAS

- ALARCON M, Ana M; VIDAL H, Aldo; NEIRA ROZAS, Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. **Revista médica de Chile**, Santiago, v. 131, n. 9, p. 1061-1065, sept. 2003.
- ALVES, Isabela Guimarães; MOREIRA, Lisandra Espíndula; PRADO, Marco Aurélio Máximo. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, v. 12, n. 3, p. 145-161, set. 2020.
- ALVES, Pedro Henrique Melo ET AL. Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 6, pp. 2227-2236.
- ALBUQUERQUE, R. (2005). Para uma análise multidimensional da situação das mulheres: as relações entre gênero, classe e etnicidade. In *SOS RACISMO* (ed.). Imigração e etnicidade – vivências e trajetórias de mulheres em Portugal (pp. 37-49). Lisboa: SOS Racismo.
- ALMEIDA, Rosângela da Silva. a Significação Afetiva Da Solidão: Um Estudo Sobre Migrantes Na Cidade De São Paulo'. Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da PUC/SP. p. 150
- AMORIM, C.M. (2006). Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância. *Cien Saude Colet* [periódico na internet].
- ANUNCIACÃO, Diana et al. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2022, v. 27, n. 10 [Acessado 2 Dezembro 2022], pp. 3861-3870.
- BADKE, M. R., SOMAVILLA, C. A., HEISLER, E. V., Andrade, A. de, Budó, M. de L. D., & Garlet, T. M. B. (2016). Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 6(2), 225–234
- BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. Orientação sexual na identidade de gênero a partir da crítica da heterossexualidade e cisgeneridade como normas. *Letras escreve*, v.7, n.1, p.137-164, janeiro-julho, 2017.
- BANCO MUNDIAL (2022). Relatório. Business and the Law (WBL) [Mulheres, Empresas e o Direito].
- BANDEIRA, Eduardo Rodrigues. O direito fundamental de acesso à saúde: entre a democracia e a judicialização das políticas públicas. São Paulo: Reino Editorial, 2017.
- BARBA, Margarita Cerna; MARTOS, Marina Violeta Estrada Perez de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Género y trabajo femenino en el Peru. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 5, n. 2, p. 23-31, 1997.
- BARBOSA, Regina Helena Simões. Humanização da Assistência à Saúde das Mulheres: Uma abordagem crítica de gênero. In: Deslandes, Suely Ferreira. *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 323-350.

BATTHYÁNY, Karina (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires: CLACSO.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação?. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 53, e185305, 2018.

BERTELLI, Edilane; MOSER, Liliane; GUTIERREZ GELINSKI, Carmen R. O. (2021). Famílias, mulheres e cuidados: efeitos da pandemia de covid-19 em Santa Catarina. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, 32(1), 35–54.

BINDER-FRITZ, Christine; RIEDER, Anita (2014). Gender, socioeconomic status, and ethnicity in the context of health and migration. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. Sep;57(9):1031-7.

BOULOS, Guilherme (2022). *Sem medo do futuro*. São Paulo: Editora Contracorrente. p.155.

BORDIN, Tamara M. O SABER E O PODER: A CONTRIBUIÇÃO DE MICHEL FOUCAULT. *Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação*, [S. l.], n. 10, 2014.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu (26)**, Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/Unicamp, 2006, pp. 329-376.

BRAGE, Eugenia (2020). Espera e imobilidade: agenciamentos cotidianos no espaço pandêmico transnacional, *Ponto Urbe* [Online], 27.

BRAGE, Eugenia (2022). El trabajo “duro” de sostener la vida: reflexiones a partir de una etnografía con mujeres (cis) bolivianas que viven en São Paulo, Brasil en el contexto de la pandemia de Covid-19. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana* [online]. 2022, v. 30, n. 65

BRASIL, Julia Alves. *Processos Identitários de Imigrantes e Latino-Americanos e Europeus no Estado do Espírito Santo*. Mestrado em Psicologia. Instituição de Ensino: Universidade Federal Do Espírito Santo, Vitória. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da Ufes. p. 148

BRASIL, Angela Maria Regis Cavalcanti (1997). *Voar é Viajar, Viajar é Migrar, é Sair da Terra*. Doutorado em Psicologia Escolar Instituição De Ensino: Universidade De São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: Serviço de Biblioteca e Documentação do Inst. de Psic da USP. p. 130.

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. p. 82.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). *Saúde, migração, tráfico e violência contra as mulheres: O que o SUS precisa saber: livro-texto*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Universidade de Brasília. Departamento do Serviço Social – Brasília: Ministério da Saúde. p. 196.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. (2018). *Refúgio em Números*. 3ª Edição. Secretaria de Justiça. Comitê Nacional para os Refugiados. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros/>>

BRASIL. Lei nº13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de maio de 2017.

BUTLER, Judith.(2012). *Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. p.236

CABEZAS, Amalia L. (2016). Mulheres dominicanas invisíveis: discursos de tráfico de pessoas em Porto Rico. Cadernos Pagu, Campinas, n. 47, 2016.

CARIGNATO, Taeco Toma. Passagem para o desconhecido: Um estudo psicanalítico sobre migrações entre Brasil e Japão'. Mestrado em Psicologia (Psicologia Social). Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: PUC/SP. p. 197.

CARIGNATO, Taeco Toma. Os sintomas da Migração ? A história e a Cultura na clínica do migrante'. Doutorado em Psicologia Social. Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: PUC-SP. p. 236.

CASTILHO, Maria Luiza Cobra de. Migração, história e transmissão: uma família que se conta'. Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, São Paulo. Biblioteca Depositária: PUC-SP. p. 97.

CAVALCANTI L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, B.G. (2021) Relatório Anual 2021, 2011-2020 Uma década de desafios para a imigração e refúgio no Brasil. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2022.

CERQUEIRA, Daniel. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021

CRENSHAW, Kimberle. (2002). A interseccionalidade da discriminação de raça e gênero. <<http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>>

CLÍMACO, Danilo De Assis. tráfico De Mulheres, Negócios De Homens. Leituras Feministas E Anti-Coloniais Sobre Os Homens, As Masculinidades E/Ou O Masculino. Mestrado Em Psicologia Instituição De Ensino: Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis Biblioteca Depositária: Biblioteca Central Da UFSC. p.255.

COBURN, David; COBURN, Elaine S. (2014). Saúde e Desigualdades em Saúde em um Mundo Globalizado Neoliberal. In: McIntyre, Di; Mooney, Gavin. Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2014. p. 25-49.

COELHO, Edméia de A. C.; SILVA, Carla T. O.; OLIVEIRA, Jeane F. D.; ALMEIDA, Mariza S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Escola Anna Nery, v. 13, n. Esc. Anna Nery, 2009 13(1), jan. 2009.

COLLINS, Patricia Hills (2016). Aprendendo com a *outsider within* a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Soc. Estado**. Brasília, v. 31, n. 1, p. 99-127, Apr. 2016.

CÓRDOVA Fernanda Peixoto et al. Mulheres soropositivas para o HIV e seus companheiros frente à decisão pela gestação. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2013, v. 66, n. 1

DALPRÁ, Keli R.; MIOTO, Regina C. T.; WIESSE, Michelly L. O cuidado como direito social: uma questão contemporânea para o Serviço Social. In: XVI Encontro Nacional De Pesquisadoras/Es Em Serviço Social, 2018, Vitória. Anais do XVI Encontro Nacional de pesquisadoras/es em Serviço Social. Vitória, 2018. v. único. p. 1-14.

DESLANDES, Suely Ferreira (2006). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p. 416

DIAS, Sónia; GONÇALVES, Aldina. (2007). Migração e Saúde. In: Dias, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro, n.º 1, Lisboa: ACIDI, p. 15-26.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2013, v. 22, n. 2 [Acessado 2 Dezembro 2022], pp. 285-292.

ÉVORA, Iolanda Maria Alves. (Des)atando nós, (re)fazendo laços: aspectos psicossociais da migração feminina cabo-verdiana na Itália. Doutorado em Psicologia Social. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: Instituto de Psicologia da USP. p. 298

FENAMI- Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (2021). Documento Final- Etapa Nacional. 5p.

FOUCAULT, Michel (2010). A ordem do discurso. São Paulo: Editora Loyola.

FOUCAULT, Michel (2012). História da Sexualidade I: A vontade do Saber. Rio de Janeiro: Graal.

FOUCAULT, Michel (2013). A Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FRANÇA, Vera. R. V (1999). Comunicação e Política: edifica-se uma tradição?. In: VIII Encontro Anual da COMPÓS, 1999, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: UFMG/COMPÓS, 1999.

FRASER, Nancy (2002). A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (63),7-20

FRASER, Nancy (2006). La justicia social en la era de la política de la identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. In N. Fraser & A. Honneth (Org.), ¿Redistribución o reconocimiento?: un debate político-filosófico (pp. 149-175). Madrid: Morata.

FIGUEIREDO, Regina (2010). Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, v. 15

FINE, Michelle; WEIS, Lois (2003). *Silenced voices and extraordinary conversations : re-imagining schools*. New York: Teachers College, Columbia University, 2003. p. 38-67.

FINE, Michelle et al. (2006). Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sócias. In: DENZIN, Norman; LINCOLIN, Yvonna (orgs). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 219-256.

GALINDO, María (2014). *¡A despatriarcar! Feminismo urgente*. Buenos Aires: Lavaca. 3ra. Edición. 2014. p. 207.

GALEÃO-SILVA, Luis (2017). Psicologia social crítica na periferia do capitalismo: a elaboração do sofrimento social e a luta por reconhecimento recíproco nas periferias. In: JUNIOR, Nelson da Silva, ZANGARI, Wellington. *A Psicologia Social e a Questão do Hífen*. São Paulo: Blucher, 2017 p. 91-100.

GALINDO, Maria (2014). *Feminismo Urgente !A despatriarcar!*. 3ª Edición: lavaca. p.207.

GARCIA-SANCHEZ, Inés. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit, Barcelona* , v. 18, n. 5, p. 47-54, oct. 2004.

GERGEN, Mary McCarnney (1993). *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento*. Rio de Janeiro/Rosa dos Tempos; Brasília/EdunB, 1993.

GOES, Emanuelle Freitas et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. Suppl 1

GOMES, Rogério Miranda. *Humanização e Desumanização no Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2017. p.332.

GOMEZ CANTARINO, Sagrário Et Al. (2016). Vivencias, experiencias y diferencias sexuales: mujer puérpera Española e inmigrante. *Área sanitária Palma de Mallorca (España)*. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. IV, n. 9, p. 115-123, mayo 2016.

GÓMEZ, Ricardo (2018). Ni aquí ni allá: Nociones de hogar y sentido de pertenencia en el contexto de la migración. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 11(1), 169-194.

GONÇALVES NETO, José Umbelino; LIMA, Aluísio Ferreira de (2010). Reconhecimento social, identidade e linguagem: primeiros fragmentos de uma pesquisa sobre perspectivas teóricas atuais no contexto da Psicologia Social. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, MG, v. 2, n. 1, p. 91-97, 2010.

GUZZO, Raquel S. L.; LACERDA Junior F. (2007). Fortalecimento em Tempo de Sofrimento: Reflexões Sobre o Trabalho do Psicólogo e a Realidade Brasileira. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 231-240

HARAWAY, Donna (1995). Saberes Localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, nº 5, p. 07-41.

HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue (2009). Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEU, Tomas (org.). **Antropologia do Ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autentica, 2009.

HIGA, Marília Matsuko. Conflitos intrapsíquicos e interpessoais em um grupo de migrantes brasileiros no Japão'. Doutorado em Psicologia Social Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: IPUSP. p. 355.

HOOKS, Bell (2014). Não sou eu uma mulher. Mulheres negras e Feminismo.

HOOKS, Bell (2021). Tudo sobre o amor: novas perspectivas. São Paulo: Elefante.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Disponível em: < https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde – 2013: Indicadores de saúde e mercado de trabalho. Brasil e grandes regiões*. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 66 p.

IGUIÑIZ, Javier. Visiones del capitalismo y consecuencias de política. *Economía*, v. 9, n.17-18, pp. 11-48, 2012.

INSTITUTO SOU DA PAZ (2018). Boletim Sou da Paz Analisa - 1º Semestre 2018: Estatísticas criminais do Estado de São Paulo. 73 p. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/boletim-sou-da-paz-analisa-sobre-estupros-instituto-sou-da-paz-2017/>>

IOM – International Organization for Migration (2019). *World Migration Report 2018*. Disponível em: <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>

IPEA/ FBSP – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2018). Atlas da Violência 2018. Rio de Janeiro. IPEA, 2018. 93 p. Disponível em : <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>>

KETZER, Nicole et al (2022). SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATOS DE MULHERES LÉSBICAS. *Rev. baiana enferm.*, Salvador , v. 36, e45637, 2022

LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Interfaces do saber Psi. In: BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). *Psicologia: questões contemporâneas*. Vitória: EDUFES, 1999. p. 15-58

LIMA, Aluísio Ferreira de e Ciampa, Antonio da Costa “SEM PEDRAS O ARCO NÃO EXISTE”: O LUGAR DA NARRATIVA NO ESTUDO CRÍTICO DA IDENTIDADE. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2017, v. 29

LORDE, Audre (2019). *Irmã outsider*. p. 237

LOSCO, Luiza Nogueira e Gemma, Sandra Francisca Bezerra. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25

MARTIN-BARÓ, Ignacio (2017). O latino indolente: Caráter ideológico do fatalismo latino-americano. In F. Lacerda Júnior (Org.), *Crítica e Libertação na Psicologia* (pp. 173-203). Petrópolis: Vozes.

MAYA, Bruno da Costa (2010). *Migração e os impasses da hospitalidade: em busca de um lar*. Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) Instituição De Ensino: Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: PUC-SP. p.80.

MBEMBE, Achille (2016). Necropolítica. *Arte & Ensaios*, [S.l.], n. 32, mar. 2016. ISSN 2448-3338. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>>

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima (2009). Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31, jan. 2009.

MÉLLO, Livia Milena Barbosa de Deus e et al. Agentes comunitários de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25, n. Supl. 1

MENDES, André (2005). *A identidade migrante: reflexões sobre o processo de individuação em sua relação com o espaço, a migração e a comunidade*. Mestrado em Psicologia Escolar E Do Desenvolvimento Humano Instituição De Ensino: Universidade De São Paulo, São Paulo Biblioteca Depositária: Serviço de biblioteca do IPUSP. p.162.

MOONEY, Gavin. (2014). A Equidade no Contexto da Diversidade Cultural e da Diversidade de Sistemas Econômicos. . In: McIntyre, Di; Mooney, Gavin. *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2014. p. 83-104.

MOORE, Henrietta. (1997) “Understanding sex and gender”, In: *Tim Ingold* (ed.), *Companion Encyclopedia of Anthropology*. Londres, Routledge, p. 813-830. Tradução de Júlio Assis Simões, exclusivamente para uso didático.

NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, v. 18, n. 3, dezembro de 2005.

NEVES, Sofia. As mulheres e os discursos genderizados sobre o amor: a caminho do 'amor confluyente' ou o retorno ao mito do 'amor romântico'? *Revista Estudos Feministas*, v. 15, n. 3, p. 609-627, 2007.

NOGUEIRA, Maria da Conceição A. (2003). "Ter" ou "fazer" o gênero: o dilema das opções epistemológicas em psicologia social. In: Encontro Nacional da ABRAPSO, 12, Porto Alegre.

NOGUEIRA, Maria da Conceição A. (2011). Introdução à teoria da interseccionalidade nos estudos de gênero. In: NEVES, Sofia. (Org). *Gênero e Ciências Sociais*. Edições ISMAI, p. 67-78.

OLESEN, Virginia L. *Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio*. In: DENZIN, Norma; LINCOLIN, Yvonna (orgs). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 219-256.

OLIVEIRA, Rosiska D.; OLIVEIRA, Miguel D. Pesquisa social e ação educativa. In. BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

OLIVEIRA, Susana K.M. "Afetividade da Família Migrante: Um estudo Sociodramático. Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Instituição de Ensino: Universidade de Brasília, Brasília. Biblioteca Depositária: BCE.

OLIVEIRA, Mateus R. de; SCHLOSSER, Adriano (2020). Brasileiro é assim: fatalismo associado à identidade sobre ser brasileiro. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 33, p. 23-32, jul. 2020

ORTNER, Sherry B. (2007) Subjetividade e crítica cultural. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 13, n. 28, Dec. 2007.

ORSOLIN, Luciana T. (2008). Carto(foto)grafando o encontro de migrantes brasileiros com a China'. Mestrado em Psicologia Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS, São Leopoldo Biblioteca Depositária: Biblioteca da Unisinos.

OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth (2012). Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde.

OXFAM (2020). Tempo de Cuidar: O trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. Sumário Executivo. 21 p.

PRADO, Marco Aurélio M. (2001). Psicologia política e ação coletiva. *Revista Psicologia Política*, 1(1), 149-170.

PAIVA, Vera. Estigma, Discriminação e Saúde: Aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. In: Vera Paiva; José Ricardo Ayres; Cassia Maria Buchalla. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e promoção da saúde / Livro I: Da doença à cidadania*. 1aed. Curitiba: Juruá Editora, 2012, v. 1, p. 165-208.

PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria (2012). Vulnerabilidade e direitos humanos - Prevenção e Promoção de Saúde: da doença à cidadania – Livro I. Curitiba: Editora Juruá. 2012.

PARDO, Catalina Revollo. Migração Forçada De Mulheres Na Colômbia: Trajetórias E Testemunhos'. Mestrado Em Psicossociologia De Comunidade e Ecologia Social Instituição De

Ensino: Universidade Federal Do Rio De Janeiro, Rio De Janeiro Biblioteca Depositária: CFCH. p.100.

PAUTASSI, Laura C. (2010.). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social: el cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo. Sonia Montañó Virreira y Coral Calderón Magaña (Coords.). Cuadernos de la CEPAL, Santiago, n. 94.

PERES, Milena Cristina Carneiro; SOARES, Suane Felipe; DIAS, Maria Clara. Dossiê sobre lesbocídio no Brasil: de 2014 até 2017. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018.

PEREZ OROZCO, Amaia; LÓPEZ GIL, Silvia (2011), Desigualdades a flor de piel: Cadenas globales de cuidados. Concreciones en el empleo del hogar y políticas públicas. ONU Mujeres, Madrid.

PINEZI, Ana Keila Mosca (2014). Caminhos, encontros, obstáculos e desafios nas práticas de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. *InterScience Place*, v. 1, p. 203-215.

PISCITELLI, Adriana (2004). Reflexões em torno do gênero e feminismo. In: COSTA, Claudia de Lima; SCHMIDT, Simone Pereira (Orgs). **Poéticas e políticas feministas**. Florianópolis: Editora Mulheres, p. 43-66.

PISCITELLI, Adriana (2008). Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e cultura**, v.11, n.2, p. 263-274.

PISCITELLI, Adriana (2012). Interseccionalidades, direitos humanos e vítimas. In: MISKOLCI, R.; PELÚCIO, L. (orgs). **Discursos fora da ordem: Sexualidades, Saberes e Direitos**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2012. (Coleção Queer), pp. 199-226.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, Oct. 2004.

PURI, Mahesh; CLELAND, John (2007). Assessing the factors associated with sexual harassment among young female migrant workers in Nepal. *Journal of interpersonal violence*, 22(11), 1363-1381.

QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder y clasificación social. In: S. Castro-Gómez; R. Grosfoguel (Orgs.). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Universidad Central – IESCO/ Universidad Javeriana – Instituto Pensar / Siglo Del hombre. 2007. p. 342-386

RAGO, Margareth. *Epistemologia feminista, gênero e historia*. Ed.Mulheres. Florianópolis, 1998.

RAMOS, Natália (2010). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2010.

REY, Fernando Luis González (2000). *Investigação Qualitativa em Psicologia*. Rumbos y Desafios. Editorial: International Thomson. p.123.

RIBEIRO, Djamila (2017). O lugar de fala. Editora: Jandaíra. p.128

ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, Sonia Ferreira; GAMA, Ana Filipa (2010). Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1003-1012, May 2010.

ROSABONI, Karen. C.; FERNANDES, Maria. E. D. S. M. ; PECANHA, Carolina. B. . Mulheres venezuelanas no estado de Roraima: Desafios de proteção diante da necessidade de políticas públicas interseccionais. Publicação UEPG: Ciências Sociais Aplicadas, v. 26, p. 89-96, 2018.

ROSSA, Lya Amanda (2017). Descolonização do corpo e mobilidade humana: mulheres imigrantes e a produção de saberes contra a violência obstétrica. RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade, [S.l.], v. 3, dez. 2017.

SANTOS, Boaventura de Sousa (2003). Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 427 - 61.

SCARCELLI, Ianni Regia. Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde. Tese (Livre-Docência – Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2016.

SÃO PAULO (cidade). Decreto Municipal nº 59.965 de 7 de dezembro de 2020. Aprova o Plano Municipal de Políticas para Imigrantes em São Paulo. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 7 de dezembro de 2020.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação/ CEInfo. Aguiar, B.S; Neves, H.; Lira, M.T.A.M. Alguns aspectos da saúde de migrantes estrangeiros recentes no município de São Paulo. *Boletim CEInfo Analise/Ano X*, nº 13, Dezembro de 2015. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.49p.

SERRANO, S.L. Cuidados sem fronteiras-mulheres imigrantes bolivianas, maternagem e saúde na Grande São Paulo. São Paulo, 2021. 325 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, 2021

SCOTT, Joan (1999). *Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista*. Debate Feminista. São Paulo, edição especial Cidadania e Feminismo, p. 203-222, 1999.

SCOTT, Joan (1999). Experiência. In: SILVA, A; LAGO, M; RAMOS, T. (orgs) *Falas de Gênero*. Florianópolis: Mulheres, 1999.

SHUÑA, Rocio P. B.; MARGARIT CARBASSA, Nuria. A Política Municipal para a População Imigrante: reflexões a partir de uma perspectiva de gênero. In: Mariana Prioli Cordeiro; Maria Fernanda Aguiar Lara; Henrique Araújo Aragusuku; Rodolfo Luís Almeida Maia (Org.). *Pesquisas em psicologia e políticas públicas II*. 1ed. São Paulo: IPUSP, 2020, v. 2, p. 158-175.

SILVA, Fábila Antonio (2017). Mulheres refugiadas: um caso de invisibilidade normativa frente à violência sexual e de gênero. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Direito. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). .

SOUZA, José Alves de e SANTOS, Beatriz Oliveira. O SINTAGMA IDENTIDADE-METAMORFOSE-EMANCIPAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM O CONSTRUTO MUNDO DA VIDA. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2017, v. 29

SPIVAK, G. Pode o subalterno falar? Belo Horizonte: UFMG, 2010.

VASCONCELOS, M.; BOLZON, A. (2008). Trabalho forçado, tráfico de pessoas e gênero: algumas reflexões. *Cadernos Pagu*: Campinas , n. 31, p. 65-87, Dec.

VALDIVIESO IDE, Magdalena (2017). El Patriarcado contemporáneo y sus violencias extremas contra las mujeres. In: Guajardo, Gabriel; Cenitagoya, Verónica. Femicidio y suicidio de mujeres por razones de género: Desafíos y aprendizajes en la Cooperación Sur-Sur en América Latina y el Caribe. p. 179 - 192

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; YUJRA, Veronica Quispe. Saúde de migrantes e refugiados. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2019.

VERGUEIRO, Viviane (2016). Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. Dissertação de Mestrado, Programa Multidisciplinar de Pós-graduação em Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

TERESI, Verônica Maria (2010). Desafios encontrados na identificação das vítimas brasileiras de tráfico para fins de exploração sexual: consequências na atenção e a garantia aos direitos das vítimas. *Revista Brasileira de Adolescência e Conflitualidade*, v. 3, p. 89-113, 2010.

TONHATI, Tania Mara Passarelli e Macêdo, Marília de (2021). Os impactos da pandemia de Covid-19 para as mulheres imigrantes no Brasil: mobilidade e mercado de trabalho. *Sociedade e Estado* [online]. 2021, v. 36, n. 03

TOPA, Joana B.; NEVES, Ana S. A., & NOGUEIRA (2011). Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico. *Psico*, 41(3).

TOPA, Joana B.; NEVES, Ana S. A., & NOGUEIRA, Maria da Conceição. O. C. (2013). Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 328-341.

TGEU-TRANSGENDER EUROPE (2017). Observatorio de Personas Trans Asesinadas (TMM): Actualización 01 de Octubre de 2016 a 30 de septiembre de 2017. Disponível em: <<https://transrespect.org/es/research/trans-murder-monitoring/>>

WAGNER, Tânia Maria Cemin; BOSI, Denise Rasia. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico (2013). *Contextos Clínic*, São Leopoldo , v. 6, n. 2, p. 164-173.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 3 [Acessado 2 Dezembro 2022], pp. 535-549.

YOUNG, Iris Marion (1999). Las cinco caras de la opresión. In: Young, Iris Marion. *La justicia y la política de la diferencia*. Valencia: Ediciones Catedra. p 71- 101.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1ª via)
MULHERES IMIGRANTES/REFUGIADAS E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE NA
CIDADE DE SÃO PAULO

Investigadora: Rocio del Pilar Bravo Shuna

ENTREVISTA

Você está sendo convidada/o para participar de uma pesquisa que, tendo como elementos analíticos os estudos da Teoria Crítica e do gênero, tem por objetivo analisar os significados e práticas de cuidado em saúde (co)(re)produzidos por mulheres imigrantes/refugiadas e sua rede de convívio e apoio. Para tanto serão conduzidas entrevistas na cidade de São Paulo, junto com mulheres imigrantes/refugiadas e pessoas com as quais compartilha práticas de cuidado em saúde.

Sua forma de participação implica na realização de uma entrevista no local ou plataforma online de sua escolha. A duração da entrevista pode ser em torno de uma hora e será gravada em áudio para posterior transcrição e análise.

Consideramos que algumas questões discutidas durante a entrevista possam causar algum desconforto gerado pela memória ao narrar cenas sobre práticas de cuidado em saúde ou sobre fatos relevantes em sua história de vida. Nesse caso, você poderá escolher como tratar o tema, podendo falar sobre as situações de desconforto como forma de reelaboração do passado ou também poderá solicitar interrupção da entrevista caso se sinta mais confortável dessa maneira. Durante a entrevista você pode solicitar à entrevistadora que desligue o gravador ou até que sejam apagadas partes da entrevista.

Vale ressaltar que sua identidade será preservada em todas as etapas deste estudo, garantido o anonimato e a privacidade. Você poderá declinar ou retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo ou penalização.

Ademais, caso você tenha alguma dúvida ou a sua participação venha a causar algum transtorno, você poderá solicitar atendimento e/ou encaminhamento necessário para atender-lhe. Sendo assim, por favor, entre em contato com a investigadora principal da pesquisa, Rocio del Pilar Bravo Shuna, no Instituto de Psicologia (rocio.bravoshuna@usp.br, Av. Prof. Mello Moraes, 1721 / São Paulo – fones: (11) 3091-4184 e 3091-4362) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH-IPUSP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27. CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182. Atendimento: Das 8h45 às 14h45.

A participação neste estudo é completamente voluntária, você não receberá nenhuma compensação financeira pela sua participação e não terá nenhum prejuízo financeiro. Será assegurado o direito à indenização nos termos da lei, caso haja comprovação de algum dano relacionado à participação no estudo.

Após ter sido esclarecida(o) sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável.

São Paulo, de de

Eu, abaixo assinado, afirmo que li e compreendi o conteúdo deste termo e concordo em participar da entrevista e com as colocações apresentadas,

Nome do/a Participante

Assinatura do/a Participante

Rocio del Pilar Bravo Shuna (Investigadora principal da Pesquisa. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP)