

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HUMANIDADES, DIREITOS
E OUTRAS LEGITIMIDADES

MAYA ISOGAI

Entre a diáspora e a sustentação da vida:
considerações sobre saúde, cuidado e desigualdades nas experiências de
mulheres migrantes em São Paulo

São Paulo
2022

MAYA ISOGAI

Entre a diáspora e a sustentação da vida:
considerações sobre saúde, cuidado e desigualdades nas experiências de mulheres
migrantes em São Paulo

Versão corrigida

Dissertação de Mestrado apresentada à Comissão de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas como requisito para obtenção do título de Mestre em Humanidades, Direitos e outras Legitimidades.

Orientadora: Claudia Moraes de Souza

São Paulo
2022

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a Fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

I85e Isogai, Maya
 Entre a diáspora e a sustentação da vida:
 considerações sobre saúde, cuidado e desigualdades
 nas experiências de mulheres migrantes em São Paulo /
 Maya Isogai; orientador Cláudia Moraes de Souza -
 São Paulo, 2022.
 166 f.

 Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação
 Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades da
 Universidade de São Paulo. Área de concentração:
 Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades.

 1. Migração. 2. Gênero. 3. Saúde. 4.
 Desigualdades. 5. Violência. I. de Souza, Cláudia
 Moraes, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autora: Maya Isogai

Título: Entre a diáspora e a sustentação da vida: considerações sobre saúde, cuidado e desigualdades nas experiências de mulheres migrantes em São Paulo

Natureza: Dissertação de Mestrado

Objetivo: Conclusão de Curso de Especialização Strictu Sensu

Instituição: Núcleo de Estudos das Diversidades, Intolerância e Conflitos (Diversitas) -
Universidade de São Paulo

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Mendes da Costa Braga

Instituição: UNESP

Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha

Instituição: USP/FFLCH - Diversitas

Profa. Dra. Jaqueline Kalmus

Instituição: UNIFESP

Profa. Dra. Janina Onuki

Instituição: USP (suplente)

Profa. Dra. Ismara Izepe de Souza

Instituição: UNIFESP (suplente)

Prof. Dr. Luis Guilherme Galeão da Silva

Instituição: USP/FFLCH - Diversitas (suplente)

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE

Termo de Anuência do (a) orientador (a)

Nome do (a) aluno (a): Maya Isogai

Data da defesa: 16/09/2022

Nome do Prof. (a) orientador (a): Claudia Moraes de Souza

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento ao Sistema Janus e publicação no **Portal Digital de Teses da USP**.

São Paulo, 17/11/2022

CLAUDIA
MORAES DE
SOUZA

Assinado de forma digital
por CLAUDIA MORAES DE
SOUZA
Dados: 2022.11.17 11:26:11
-03'00'

(Assinatura do (a) orientador (a))

Dedico esta pesquisa a todas as mulheres imigrantes e refugiadas, que são inspirações constantes e trazem esperança de dias mais justos.

AGRADECIMENTOS

Realizar uma pesquisa acadêmica no Brasil não é tarefa fácil, mas a caminhada também possui momentos unicamente belos, acompanhados de pessoas múltiplas, complexas, transformadoras, que não deixam a experiência se tornar solitária. Agradeço em primeiro lugar a todas pessoas migrantes que colaboraram com esta pesquisa, direta ou indiretamente, com a crença comum de que a vida é para todos, independentemente de origem, status migratório, condições socioeconômicas, etnia ou gênero. São essas pessoas que me ensinaram todos os dias o quão potentes podemos ser escutando histórias, aprendendo com a diversidade, agindo coletivamente.

Agradeço à Universidade de São Paulo pelos anos de formação e aprendizado, no Instituto de Relações Internacionais e na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. A universidade pública, local de tantos ensinamentos e tantos encontros, me tornou uma pessoa melhor, mais sábia, mais sensível e mais engajada. Agradeço ao Núcleo de Estudos das Diversidades, Intolerâncias e Conflitos (Diversitas) e a todos que o fazem possível, pelo imenso comprometimento com pessoas e grupos à margem da sociedade.

Agradeço à minha orientadora, Cláudia Moraes de Souza, por me guiar pelos percalços e desafios desta pesquisa, com suas sugestões, análises e incentivos. Também fica minha gratidão por sua confiança em mim e na minha escrita. Agradeço ao grupo de estudos Elza e seus integrantes, pelos debates enriquecedores que tanto contribuíram para novas reflexões. Agradeço também às professoras Zilda Iokoi e Martha Rovai, que compuseram a banca no exame de qualificação, cujas considerações foram fundamentais para a continuidade desta pesquisa.

Agradeço a todos meus queridos e queridas amigas que vêm compartilhando a vida comigo, pessoas por quem tenho admiração e carinho imensos: Natália, Amanda, Caroline, Lucas, Fábio, Déborah, Vítor, Phirtia, Thayna, Victoria. A meus colegas de trabalho na Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, pela gentileza, pelo aprendizado e por me mostrarem novas perspectivas sobre a elaboração e execução de políticas públicas em direitos humanos.

Agradeço muito à minha família. À minha mãe, Aiko, e ao meu pai, Kenzo, pelo suporte ao longo dos anos, pela paciência, pela firmeza, pela confiança. Ao meu irmão, Kei, e à minha cunhada, Priscila, pela sintonia de ideias e pela gentileza.

Finalmente, agradeço imensamente a meu companheiro de vida e melhor amigo, Cleudson, por estar comigo nos meus melhores e piores momentos, pela constância, pelas risadas, pelo apoio, pelas inúmeras conversas sobre os mais diversos temas, por sua fé inabalável em mim e pelo amor cotidiano que compartilhamos.

*...en una danza salvaje
que convoque a otras mujeres y éstas a otras más
hasta que seamos un batallón
o un ejército de amor
que acabe con todas las miserias y opresiones
estamos buscando, buscamos todavía una mujer,
que mirando al sol
no cierre los ojos.*

- Julieta Paredes em fragmento do poema “Estamos buscando”

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi debater a relação de mulheres migrantes na cidade de São Paulo com a manutenção da vida, num trabalho de compreensão de suas perspectivas sobre os fatores que impactam sua saúde física e emocional, das dificuldades com as quais se deparam nos equipamentos de saúde, assim como de suas estratégias de resistência para continuarem vivas e saudáveis. Na análise dessas vivências, percebe-se violências e desigualdades conhecidas pelas brasileiras, mas que, nos corpos de mulheres imigrantes e refugiadas, somam-se a outros elementos específicos. Nesse sentido, há uma gama de esforços para a produção de saúde e sustentação de comunidades migrantes, através de redes de cuidados coletivas criadas e geridas por si próprias, que acabam por movimentar afetos e lutas cotidianas.

Palavras-chave: Migração; Gênero; Saúde; Cuidado; Desigualdades; Violência.

ABSTRACT

The aim of this research was to debate the connection between migrant women in the city of São Paulo and the perpetuation of life itself, through a work of understanding their views on the factors that impact their physical and emotional health, main difficulties they face in health services, as well as their strategies of resistance to keep themselves alive and healthy. Through the analysis of their narratives, it is noticeable they face violences and inequalities known by Brazilian women, although, in the bodies of immigrant and refugee women, they are aggregated to further specific elements of the diaspora. Thereby, there is a range of efforts created and managed by migrant women to produce health and sustain their communities throughout networks of care that move everyday affections and struggles.

Keywords: Migration; Gender; Health; Care; Inequalities; Violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGPP	Assistente de Gestão de Políticas Públicas
ALESP	Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMILV	Associação de Mulheres Imigrantes Luz & Vida
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	acidente vascular cerebral
BO	Boletim de Ocorrência
CMB	Casa da Mulher Brasileira
CA	Centro de Acolhida
Cate	Centro de Apoio ao Trabalho e Empreendedorismo
CCM	Centro de Cidadania da Mulher
CEMIR	Centro da Mulher Imigrante e Refugiada
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRAI	Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes
CREAS	Centro de Referência Especializados de Assistência Social
Centro POP	Centro de Referência Especializados para População em Situação de Rua
CRM	Centro de Referência da Mulher
CRNM	Carteira de Registro Nacional Migratório
CMI	Conselho Municipal de Imigrantes
CRS	Coordenadoria Regionais da Saúde
COVID-19	coronavírus (<i>coronavirus disease 2019</i>)
CPMigTD	Coordenação de Políticas para Imigrantes e Promoção do Trabalho Decente
CPM	Coordenação de Políticas para Mulheres
DPESP	Defensoria Pública do Estado de São Paulo
DPU	Defensoria Pública da União
EACH-USP	Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
FDUSP	Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

FMRI	Frente de Mulheres Imigrantes e Refugiadas
HIV	vírus da imunodeficiência adquirida
IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
IST	infecções sexualmente transmissíveis
LC	Linha de Cuidado
LGBTI	lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexuais
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
MS	Ministério da Saúde
NAEM	Nos Apoyamos entre Mujeres
NPV	Núcleos de Prevenção à Violência
OIM	Organização Internacional de Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSL	Partido Social Liberal
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PF	Polícia Federal
PL	projeto de lei
PMPI	Política Municipal para a População Imigrante
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PAL	Presença da América Latina
PVDESF	Prevenção de Violência Doméstica na Equipe de Saúde da Família
Rede MILBi+	Rede de Mulheres Imigrantes Lésbicas, Bissexuais e Pansexuais
RNE	Registro Nacional de Estrangeiros
RNM	Registro Nacional Migratório
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMDHC	Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEFRAS	Serviço Franciscano de Solidariedade
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
Warmis	Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem	Descritivo das Imagens	Página
01	Registro próprio do centro de acolhida a imigrantes e refugiados, fevereiro de 2020.	18
02	Captura de tela de parte da pasta de diário de campo da pesquisa.	25
03	Registro próprio, 13ª Marcha do Imigrante e Refugiado, dezembro de 2019.	45
04	Registro próprio da 2ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes, novembro de 2019.	46
05	Registro em rede social da Warmis em evento sobre a Marcha Mundial pela Paz e Não-Violência, do qual participei, novembro de 2019.	53
06	Registro nas redes sociais da AMILV de evento sobre saúde e bem-estar de mulheres migrantes, do qual participei, julho de 2019.	54
07	Registro próprio, FMIR na 13ª Marcha do Imigrante e Refugiado, dezembro de 2019.	63
08	Registro próprio de manifestação de apoio, solidariedade e de pedido por justiça para Moïse Kabagambe, fevereiro de 2022.	84
09	Captura de tela de publicação de Instagram do CEMIR para divulgação de campanha de conscientização em relação à violência contra a mulher, agosto de 2021.	95
10	Documento “Violencia obstetrica, usted sabe lo que es?” - DPESP/Artemis, traduzido pela Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas	110
11	Capa da cartilha “O calor corporal: considerações ao atendimento do parto e nascimento nas mulheres imigrantes da Bolívia, Chile e Peru”.	113
12	Captura de tela de publicação da Warmis em sua página de Instagram, divulgando a campanha “Migrante, vacine-se já!”, julho de 2021.	146

SUMÁRIO

Introdução - Delineando a pesquisa	16
1. Os impactos da COVID-19 na pesquisa e as questões emergentes	16
1.1. Métodos híbridos e complementares	21
2. Saúde da mulher migrante	26
2.1. Saúde: uma categoria ampla	26
2.2. Migração, gênero e saúde: um debate inicial	30
3. “O que o amor tem a ver com isso?”	35
Capítulo I - Atores, discussões e estratégias postas	38
1. Um panorama das políticas públicas municipais para imigrantes e refugiados em São Paulo	38
1.1. Rede de atendimento e principais programas	40
1.2. Participação social na elaboração de políticas públicas	42
1.3. Dados e apontamentos iniciais sobre migração, gênero e saúde	47
2. Apresentação das redes e mulheres da pesquisa	50
Capítulo II – As violências cotidianas e suas repercussões na saúde	66
1. Discriminação, xenofobia e racismo	66
2. Violência contra as mulheres	90
Capítulo III – As maternidades migrantes, choques culturais e os embates entre conhecimentos na saúde	103
Capítulo IV – Os impactos da pandemia do coronavírus sobre mulheres migrantes e os circuitos paralelos de cuidados	128
Considerações finais – Mulheres migrantes movimentando saúde, afetos e lutas	149
Referências bibliográficas	155

Introdução - Delineando a pesquisa

1. Os impactos da COVID-19 na pesquisa e as questões emergentes

Esta pesquisa de mestrado pode ser dividida em dois períodos, marcados por um evento histórico: a emergência do vírus Sars-Cov-2 (COVID-19) que, devido a sua característica altamente transmissível, foi logo decretado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como causador de uma pandemia que modificou as dinâmicas das relações sociais em nível global. Construir uma pesquisa de mestrado, iniciada antes da pandemia, mas atravessada de maneira brusca, como todas as demais atividades, pelas alterações radicais causadas pela necessidade de controle do vírus, demonstrou ser um processo extremamente desafiador, por vezes marcado pela frustração e necessidades constantes de reorientações, mas também revelou novos caminhos possíveis e muitas reflexões fundamentais.

O projeto de pesquisa de mestrado previa algo distinto do que aqui apresento, em parte devido aos processos naturais de mudança pelos quais toda pesquisa passa uma vez que se obtém maior familiaridade com o tema que se deseja estudar, o que implica novas perspectivas, e em parte devido a um acontecimento bastante específico no período em que esta pesquisa ocorreu, caracterizado principalmente pela emergência do COVID-19. O ponto de partida sempre foi e continua a ser as vivências de mulheres imigrantes e refugiadas na cidade de São Paulo. Contudo, num primeiro momento, o intuito era trabalhar principalmente a maternidade migrante, através da oralidade e do trabalho de campo, entendendo como era o dia-a-dia de mães migrantes, a constituição de suas subjetividades e suas principais reivindicações. Havia o desejo de compreender como era a transição migratória aliada à transição para a maternidade em suas próprias palavras e, a partir disso, projetar alguns indicativos possíveis de políticas públicas. Explorar quais eram suas ambições, que desafios encontravam em relação à maternidade, como transitavam pela cidade, quais eram suas impressões sobre o processo migratório e quais foram suas experiências nos serviços públicos eram meus pontos focais de interesse. Desde o início, almejava escutar as vozes dessas mulheres e trabalhar a ideia de que suas narrativas poderiam surgir como pontos de resistência e como frutos de novos saberes, num movimento de questionamento dos discursos dominantes.

A pandemia do coronavírus, contudo, veio de maneira avassaladora no início de 2020, e impactou profundamente os planos e os rumos desta pesquisa. Assim como para praticamente todas as outras áreas da sociedade, a suspensão de diversas atividades presenciais e

distanciamento social como formas de prevenção ao vírus significou que a academia também teve que se adaptar em seus debates e métodos de pesquisa. No caso deste trabalho, eu havia conseguido realizar entrevistas delongadas com quatro mulheres imigrantes e pretendia aprofundar esses diálogos, além de buscar outras colaboradoras de pesquisa. Todavia, a suspensão das atividades foi uma decisão tomada por vários coletivos e organizações importantes mobilizadas por migrantes e que vinham sendo um campo de entrada para a formação da rede de colaboradoras da pesquisa.

Realizava, desde o final de 2019, trabalho voluntário em uma casa de acolhida a imigrantes e refugiados vinculada à Igreja Católica para observar como os dias se passavam ali, tendo como foco as mães que habitavam o local. Eu fui designada a apoiar o Serviço Social, sendo orientada a atualizar as fichas cadastrais dos moradores, auxiliar na elaboração de currículos e traduzir algumas conversas durante os atendimentos. Naquele período, a minha presença física na sala em que se realizavam a recepção, as orientações e as repreensões aos moradores da casa possibilitaram a compreensão sobre algumas dinâmicas das relações entre funcionários e migrantes. Em 2020, tendo maior familiaridade com o local, desejava me aproximar de maneira mais íntima com as moradoras da casa, produzindo vínculos e ouvindo novos relatos. A presença do novo vírus demonstrou ser uma barreira importante, pois o diálogo por vias não pessoais com as mulheres da instituição, que já era extremamente complicado pelas dificuldades de acesso à internet por grande parte delas, tornou-se virtualmente impossível na medida em que houve a suspensão de novos acolhimentos durante longo período da pandemia, ao mesmo tempo em que muitos de seus moradores saíram do local¹.

¹ O número de moradores da casa, que era 98 no início da pandemia, estava contabilizado em apenas oito em agosto de 2020 e era composto exclusivamente por homens. Para ficar na Casa era necessário que os imigrantes aceitassem não sair para cumprir o isolamento social, o que os impediria de procurar emprego e enviar remessas para seus familiares, algo que parece ter impactado no número de saídas do local.



Imagem 01. Registro próprio do centro de acolhida a imigrantes e refugiados, fevereiro de 2020.

Concomitantemente à minha atuação na instituição acima, iniciei o voluntariado semanal no Centro de Referência e Atendimento ao Imigrante (CRAI), órgão municipal procurado por muitos imigrantes e refugiados para apoio em demandas diversas. Os voluntários trabalhavam na recepção, organizando as filas e atendendo demandas pontuais, como o agendamento de horários na Polícia Federal (PF) para solicitação de documentos, orientação para chegar a determinado local de encaminhamento e auxílios gerais. Em março de 2020, quando a pandemia foi decretada, as atividades presenciais do CRAI foram suspensas.

Dessa maneira, a disseminação do vírus e a necessidade do isolamento social como medida recomendada de prevenção ao contágio impediram que eu desse continuidade à maioria das minhas atividades de campo, pois bloqueou minha presença física em locais importantes de aproximação com muitas dessas mulheres, seja em palestras, rodas de conversa, eventos organizados por coletivos, serviços e espaços de acolhimento. Ademais, como mencionado

acima, as próprias atividades presenciais realizadas por grupos de mulheres migrantes com quem havia me conectado inicialmente foram suspensas, com um período importante de recriação e readaptação para vias online. Assim, o COVID-19 definitivamente exigiu um redirecionamento das questões postas na pesquisa e uma reorganização da metodologia a ser utilizada, o que se configurou como um processo bastante desafiador para muitos pesquisadores.

Isso não significa que a experiência até aquele momento da pesquisa tenha sido em vão, muito pelo contrário, pois foram meses importantes em que percebi algumas dinâmicas centrais das mulheres migrantes inseridas no ativismo, tais como a presença de determinados rostos recorrentes de lideranças migrantes femininas em diversos eventos, assim como algumas configurações dos relacionamentos entre elas. Foi um período fundamental para compreender quais demandas apareciam de maneira mais frequente, quais debates eram constantemente trazidos à tona. Por exemplo, como indicado na introdução, a minha incursão anterior em algumas rodas de conversas de mulheres migrantes e eventos diversos já vinha delineando uma pesquisa que falava mais sobre elas enquanto produtoras de conhecimento, agenciadoras de afeto entre si e mobilizadoras de lutas do que enquanto mães em suas experiências subjetivas, em suas relações com seus filhos e filhas e com a maternidade. A maternidade emergia principalmente como ponto de partida para explorar outros elementos da migração, como diferenças culturais, discriminação e bullying, mas, se antes eu a visualizava como o elemento central da pesquisa, ela passou a caminhar com outras dimensões que apareciam com força nas falas das migrantes. A maioria dos relatos a que tive acesso durante a pandemia foram de mães migrantes, o que ocorreu de maneira natural, mas não me detive mais exclusivamente sobre a categoria de “mãe migrante”, pois o “ser mãe” aparecia como apenas uma das múltiplas experiências trazidas por elas.

Ao mesmo tempo, foi bastante comum vê-las em eventos se apresentando como mães nos eventos, afirmando geralmente que essa condição aguçava suas preocupações e tarefas cotidianas. Assim, maternidade era frequentemente lembrada, na medida em que parecia haver a ativação de um elemento de autoridade moral (VIANNA & FARIAS, 2011) ao falar das dificuldades enfrentadas, pois se trata da responsabilidade sobre a vida de outros seres humanos e de construir um mundo melhor também para seus filhos e filhas. Contudo, como já mencionado, era uma das diversas dimensões acionadas de suas vivências enquanto mulheres migrantes e suas demandas e debates eram postas em torno de pautas que não se limitavam à maternidade.

Passei então a analisar temas que perpassavam as palestras, rodas de conversas e entrevistas das quais havia participado até então, para entender que pontos poderiam ser aprofundados na pesquisa a partir do período pandêmico. Foram os próprios relatos de mulheres migrantes, em diversas ocasiões e por vias plurais, que apontaram para o foco da pesquisa. Aqui, constatei que havia relatos frequentes de discriminação, racismo e xenofobia em suas experiências no Brasil, inclusive nos equipamentos públicos, principalmente em serviços de saúde. Dentro desse contexto, a questão da diferença cultural se destacou como um dos grandes desafios na relação estabelecida entre migrantes e funcionários, na medida em que, além das barreiras linguísticas que eram apontadas como obstáculos no atendimento, apresentava-se também, como ponto de embate importante entre equipe médica e paciente, as diferenças de ideias, práticas, valores e conhecimentos em saúde. Isso implicava diretamente no sentimento de acolhimento, integração e pertencimento por parte de grande parte dessas mulheres. Havia aqui então o potencial para algumas discussões importantes.

O debate sobre a saúde, desigualdade e cuidado através dos olhos das migrantes passou então a ser o foco da pesquisa. Na medida em que a saúde pode ser vista dentro de um contexto de garantia do bem-estar físico e mental, notei que as situações de racismo, xenofobia e intolerância cultural eram trazidas pelas migrantes como aspectos de adoecimento. Assim, a proposta recolocada foi analisar as discussões e atividades realizadas pelas migrantes em prol da saúde. A xenofobia, racismo e intolerância cultural constituíam parte fundamental desse debate, mas ao longo da pesquisa, outros elementos também surgiram com força e aparecem nesta dissertação. Além disso, entendi ser importante comparar alguns pontos dos discursos institucionais, principalmente vinculados à Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), aos depoimentos das imigrantes na cidade para avaliar como as políticas públicas incorporaram as demandas em todas as suas nuances e quais perspectivas podem ser complementadas ou reformadas.

O COVID-19, que, por um lado, limitou a pesquisa em alguns aspectos, surgiu como um tema em si para diversos grupos de migrantes e, portanto, serviu como uma importante categoria de análise que conectou de forma clara o debate ao redor da saúde, pois as próprias migrantes passaram colocar o tema no centro das conversas e, a partir dele, versar sobre diversas dimensões da vida. Ao mesmo tempo, evidenciou-se algo que já vinha sendo demarcado anteriormente na pesquisa, que é a importância das redes de mulheres migrantes na promoção do cuidado, na sustentação da vida e no preenchimento de lacunas deixadas pelas políticas públicas em situações de crise socioeconômica e, no caso do coronavírus, de crise sanitária e epidêmica. O estado de emergência provocado pelo vírus global explicitou a mobilização diária

realizada por redes de mulheres migrantes para suprir necessidades básicas dessa população na cidade, como pretendo demonstrar mais à frente. Nesse sentido, as mulheres imigrantes e refugiadas vivem experiências diversas nos equipamentos de saúde, discutem e apresentam propostas em relação à área, mas também fazem saúde.

Dessa maneira, a pesquisa foi uma oportunidade de discorrer sobre as formas como esses grupos se articulam para entender os modos de violência e desigualdade (de gênero, étnica, socioeconômica ou advindas de processos de colonização) que os atravessam, assim como as estratégias que encontram para lidar com elas a partir de ações que envolvem afetos e políticas, que acabam por possibilitar, de diversas maneiras, a sobrevivência e as formas de alcance de saúde física e mental dessas comunidades. Falar de saúde, como demonstraram os anos de pesquisa, é falar de violência e de opressão. Contudo, é também falar de afetos, de esperanças e de possibilidades outras de vida.

1.1. Métodos híbridos e complementares

Em termos metodológicos, esta pesquisa possui caráter qualitativo e trabalhou com dois conjuntos principais que funcionaram como fornecedores de informações, relatos e dados, servindo para a base da discussão e análise. Num primeiro momento, como mencionado acima, foi revelador o trabalho etnográfico, constituído de observação participante em reuniões, eventos e rodas de conversa com a presença de migrantes, além de conversas informais e entrevistas semi-estruturadas que realizei. O segundo conjunto pelo qual coletei informações e perspectivas das migrantes, e que se tornou ainda mais relevante no contexto da pandemia, foi construído a partir da exploração de materiais *online*, como documentos, textos, publicações, relatórios e vídeos em sites e redes sociais de instituições, coletivos e associações.

A análise de documentos e portais institucionais tornou-se fonte fundamental no momento do direcionamento da pesquisa, na medida em que eles contêm a maior parte das informações sobre os posicionamentos oficiais da PMSP a respeito de temas como imigração, gênero, cultura e saúde. Assim também se deu a coleta do discurso institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e como ele dialoga com as questões levantadas pelas redes de mulheres migrantes analisadas. Por meio de relatórios, folders, cartilhas, mapeamentos, notas e estudos disponibilizados nos sites das Secretarias Municipais e do SUS, foi possível traçar o modo como as políticas públicas para imigrantes e refugiados são relatadas de acordo com o discurso oficial e a maneira como o Município idealiza o acolhimento a essas comunidades.

Outros instrumentos basilares de investigação foram as redes e mídias sociais, que já vinham se mostrando bastante presentes como canais de comunicação entre os migrantes, entre as instituições governamentais e entre diversas organizações da sociedade civil. O desenvolvimento de tecnologias da comunicação resultou em uma proliferação das plataformas *online* nas últimas duas décadas e, cada vez mais, as redes sociais constroem-se como locais fundamentais de diálogos e discussões. É um movimento em particular ascendência a partir de 2010, com o advento da Internet 2.0², em que se borram as fronteiras do mundo real e do mundo digital, num processo de “digitalização do cotidiano”, como argumentam Deslandes e Coutinho (2020).

No contexto da pandemia do COVID-19, essas redes tornaram-se ainda mais centrais para a comunicação, passando a ser o principal meio utilizado pelas diversas organizações para dar continuidade a seus trabalhos. Com as recomendações de isolamento social para conter o vírus, a utilização das redes sociais e mídias digitais para troca de informações e realização de atividades foi intensificada durante a pandemia. Por exemplo, o 1º Plano Municipal de Políticas para Imigrantes do país, no caso, da cidade de São Paulo, foi lançado via live pela página de Facebook e pelo canal de Youtube da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), e assim, pude observar pontos do discurso institucional que frequentemente aparecem, num evento que, ainda que realizado de maneira *online*, foi caracterizado como um marco histórico para as políticas públicas para migrantes no Brasil. Dessa maneira, vídeos que envolviam a temática da pesquisa divulgados pela PMSP fizeram parte do material utilizado para compreender os debates realizados. Ademais, também acompanhei eventos acadêmicos e de outras instituições, realizados através da internet no contexto da pandemia, que discutiram as diversas variantes da migração, especialmente no que dizia respeito à migração feminina, à saúde, à discriminação e às políticas públicas, para complementar informações e reflexões possíveis.

As redes sociais também têm sido muito utilizadas por organizações e coletivos envolvidos com a imigração e refúgio, tanto para divulgar informações, como para promover debates e publicar suas lutas, demandas e interesses. A maioria dos coletivos e redes de mulheres migrantes na cidade já possuía um ou múltiplos canais nas redes sociais, a depender do seu nível de estruturação. Ademais, foi notável a crescente presença nas redes sociais de outros grupos de mulheres migrantes que, ao longo da pandemia, criaram páginas no Facebook,

² O advento da Internet 2.0 é caracterizado pelo uso da fibra ótica, que permitiu intensificação do processamento de dados entre usuários. A total mobilidade através de dispositivos móveis e produção de conteúdos por não especialistas são marcas desse período.

perfis no Instagram e canais no Youtube. Como mencionado anteriormente, os encontros e atividades presenciais usuais organizados por grupos de mulheres migrantes, apresentando-se como riscos à saúde de todas as envolvidas, foram suspensos durante a maior parte da pandemia e a alternativa encontrada foi aumentar a ocupação dos espaços *online* para dar continuidade aos eventos. Por exemplo, a Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas possui um site, páginas oficiais no Facebook, Instagram, Twitter, canal no Youtube, podcast e um boletim de notícias via Whatsapp. O coletivo, já muito ativo na cidade antes da pandemia, entendendo a necessidade de um uso ainda maior, com o surgimento do coronavírus, das ferramentas *online* para compartilhamento de informações e realização de debates, passou a organizar uma série de lives debatendo questões ligadas à temática migratória, incluindo xenofobia, racismo, violência de gênero, espaços de representação feminina, regularização migratória, entre outros. A partir de setembro de 2020, por exemplo, o coletivo passou a produzir uma série de lives com a temática “Maternidade & Migração” e outra sobre “Racismo & Migração”, que foram de riquíssima contribuição para esta pesquisa.

Isso não significa que não haja limites ao uso da Internet como espaço principal de pesquisa, especialmente quando consideramos que ela não é democrática nem acessível a todas as pessoas, o que reduzia o grupo de mulheres migrantes que podiam participar dos eventos *online*. Ainda assim, se levarmos em conta o fato de que muitas acabam sendo excluídas dos eventos presenciais pelas restrições materiais da vida (ex.: custo de deslocamento para eventos), concluímos que não se trata de limites restritos à Internet. Ao mesmo tempo, há de se admitir que algumas observações possíveis presencialmente nem sempre podem ser completamente apreendidos *online*, como a distribuição espacial, o odor, determinados gestos, troca de olhares, alguns silêncios. Ainda assim, foi a Internet que tornou os encontros entre migrantes possíveis à sua maneira e foi ela também que permitiu a continuidade deste mestrado, ainda que de maneira reorientada.

Dessa maneira, com a gravidade e extensão da pandemia, passei a monitorar de maneira mais intensa e frequente as redes sociais de quatro organizações, construídas e compostas majoritariamente por mulheres imigrantes e refugiadas: a Equipe de Base Warmis-Convergência de Culturas, a Associação de Mulheres Imigrantes Luz & Vida (AMILV), o Centro da Mulher Imigrante e Refugiada (CEMIR) e o Coletivo Diásporas Africanas. A escolha deu-se pelo fato de que tive contato pessoal em algumas ocasiões com as mulheres das duas primeiras organizações e porque tanto a Equipe de Base Warmis, existente desde 2013, quanto o CEMIR e o Diásporas Africanas, criados recentemente em 2019, configuram-se como referências na cidade para mulheres imigrantes e refugiadas. Como método principal de análise

e coleta de informações sobre as migrantes, passei a verificar as publicações das páginas de cada uma dessas organizações em suas diferentes redes sociais, analisar eventuais materiais produzidos por elas e acompanhar a participação de suas integrantes em diversos debates promovidos em plataformas *online* por organizações distintas. Nesse sentido, procurei realizar um mapeamento de quais são as principais pautas levantadas por elas, que demandas aparecem frequentemente e de que forma se apresentam.

Desse modo, a pesquisa a partir do período pandêmico foi moldada por um tipo de etnografia virtual, expressão cunhada por Hine (2004), que posteriormente passou a ser chamada pela autora de “etnografia de Internet” (2020) – ou etnografia *online* – por considerar a incorporação do ambiente *online* na cotidianidade e, portanto, não mais como algo virtual, mas sim da esfera real e concreta das vidas na contemporaneidade. A etnografia de Internet, segundo a autora, levaria em consideração os 3Es dessa rede, isto é, a Internet é incorporada (*embedded*) em vários contextos, dispositivos e instituições, a experiência de utilizá-la é corporificada (*embodied*) e, portanto, altamente pessoal e, finalmente, ela é cotidiana (*everyday*), sendo frequentemente tratada como algo mundano. Há uma continuidade entre o *off-line* e o *online*, ambos constituindo a vida real de pessoas e de comunidades. Dessa maneira, Hine argumenta que o conteúdo produzido na Internet pode ser incorporado de forma múltipla, pois ele “circula continuamente e é extraído e reincorporado, aparecendo em conversas boca a boca, em relatórios impressos e na mídia de massa, formatando e sendo formatado pela miríade de atividades da vida cotidiana e da existência pública” (2020, p. 22).

Se, como argumenta Malinowski na introdução de *Argonautas do Pacífico Ocidental* (1977), o estudo de um fenômeno deve ser feito a partir do “maior número possível de suas manifestações concretas” (p. 31), podemos dizer que, em termos contemporâneos – e, ainda mais, em tempos de pandemia – a Internet e as redes sociais são das expressões mais recorrentemente utilizadas por pessoas ou grupos e, portanto, constituem parte fundamental da metodologia. Além disso, o antropólogo defendia o uso extenso das tecnologias disponíveis ao pesquisador (à sua época, máquinas fotográficas e gravadores de voz, por exemplo) para registrar o que ele chamava de “os imponderáveis da vida real”.

Assim como na etnografia tradicional, também foi importante fazer um diário de campo, com o registro das impressões, das falas, das imagens e do contexto para a posterior análise e reflexão. De acordo com Ferraz & Alves (2017), a diferença em relação à etnografia tradicional é que, na etnografia *online*, “o computador passou a ser o campo, o arquivo, o instrumento de produção e armazenamento de conhecimento” (p. 23).

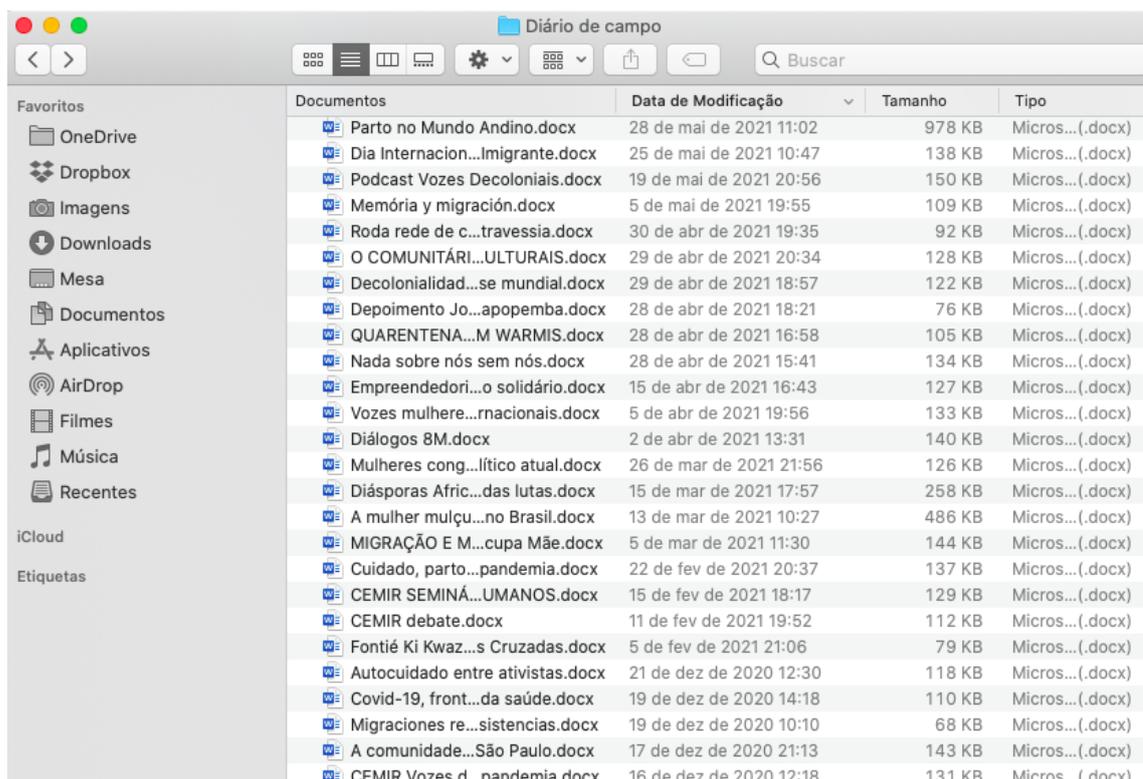


Imagem 02. Captura de tela de parte da pasta de diário de campo da pesquisa.

De maneira semelhante à etnografia tradicional, é importante preservar as identidades dos interlocutores (Recuero, 2016), a não ser que sua divulgação seja explicitamente autorizada por eles, por meio de um Termo de Compromisso. Durante esta pesquisa, obtive o consentimento por parte de colaboradoras para que seus nomes fossem divulgados quando as atividades eram presenciais. Contudo, devido à imersão posterior da pesquisa para espaços *online* em que os relatos e informações foram coletados, ainda que percebidos como falas em domínios públicos, pois ficam registradas na Internet, além de partirem de convidados de eventos *online*, optei por utilizar abreviaturas dos nomes para manter a privacidade de todas e todos envolvidos.

Assim, a pesquisa aqui apresentada é resultado de uma etnografia híbrida (DA SILVA & BORGES, 2020, p. 116). Considerando as rodas de conversa, entrevistas e eventos em que participei – tanto presencialmente quanto em ambientes *online* – nos quais mulheres migrantes trouxeram suas questões, somadas à sistematização de publicações em redes sociais dessas organizações, foi possível compreender quais são os debates sendo realizados a respeito da saúde e da vida de dessas mulheres. Dessa maneira, apesar de não poder ter contato pessoal a partir de um determinado ponto da pesquisa, ao escolher construí-la a partir dos discursos de organizações criadas e administradas por mulheres migrantes, assim como de suas integrantes,

tentei preservar o intuito de enfatizar o que elas têm a dizer, para que as narrativas possam ser lideradas por elas. É evidente que a análise das falas e a organização da dissertação, que cabe à pesquisadora, acaba sendo influenciada por um olhar próprio, incapaz de abarcar completamente a imensidão existente na vivência de mulheres migrantes, que já são muito diversas entre si. O ponto aqui nunca foi “dar voz” a elas, mas tentar construir uma pesquisa que contemple suas reflexões e que se construa a partir delas.

2. Saúde da mulher migrante

2.1. Saúde: uma categoria ampla

É importante frisar neste momento que, ao falarmos de saúde, estamos trabalhando com um espectro amplo de variáveis a serem levadas em consideração. A saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, pode adquirir significados e sentidos plurais. O intuito desta pesquisa foi entender como as mulheres migrantes relacionam-se com a saúde na cidade de São Paulo e foram os relatos e discussões realizados por essas mulheres que me permitem indicar que falar de saúde para esse grupo “é falar de tudo”, como tem sido declarado em muitos eventos que envolvem a temática saúde e migração.

Destarte, faz parte do argumento desta pesquisa que a saúde não pode ser vista somente como ausência de doenças ou dentro dos limites de um foco biológico, como preconiza o modelo biomédico. Esse modelo de assistência à saúde ainda será revisitado ao longo do texto, na medida em que é objeto de muitas críticas de ativistas migrantes e se mostra bastante restrito para comportar as suas realidades. Contudo, trago algumas características da biomedicina descritas por Camargo Jr. (2005), pois ela se faz bastante presente na formação profissional e nas práticas médicas e serão importantes para as elucidações futuras a respeito da saúde para mulheres migrantes.

Segundo o autor, a biomedicina, ou Medicina Ocidental Contemporânea, diz respeito ao conjunto de saberes biológicos tomado como referência pela medicina, envolvendo também as práticas e as instituições associadas a ela. A biomedicina é perpassada pelo positivismo da racionalidade científica clássica e é composta por três eixos principais. Em primeiro lugar, a biomedicina possui um caráter generalizante, com objetivo de propor modelos para identificação de diagnósticos e leis de aplicação no tratamento, que seriam de validade universal. Em segundo lugar, ela segue uma lógica mecanicista, na medida em que trata o corpo

como uma máquina que funciona a partir de determinados mecanismos, explicados por sua causalidade linear. Por fim, a biomedicina tem caráter analítico, pois isola as partes do corpo/máquina, assumindo que o funcionamento do todo resulta da soma das partes (sistemas e órgãos).

Como se verá mais adiante, as bases do pensamento biomédico permanecem muito influentes na prática cotidiana em equipamentos de saúde, ainda que a nível de discurso ele não seja mais contemplado por muitos documentos oficiais, tanto a nível internacional, quanto nacional. Por exemplo, o documento da Constituição da OMS, de 1948, define que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”³ ⁴. A Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) (1948), ao abordar o direito à saúde, indica diversas categorias fundamentais para a aplicação desse direito, já que, em seu artigo 25, afirma:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Segundo Schwartz (2001, p. 41), a saúde é mais que uma meta a ser atingida, é um processo que se constrói, “uma variedade de direitos que compõe, interage, influi e modifica a qualidade de vida”. Nesse rol de direitos, poderíamos citar a proteção do meio ambiente, a educação, a moradia, o saneamento, o bem-estar social, o trabalho digno, a proteção da família, a seguridade social, a saúde física e psíquica, a segurança alimentar, a assistência social e o direito de morrer dignamente. No Brasil, o direito à saúde foi reconhecido como universal com a Constituição Federal de 1988 dentro do contexto de resistência à ditadura militar, em que a desvinculação do acesso à saúde e da Previdência Social era vista como parte da democratização da sociedade (BEZERRA & SORPRESO, 2015). O direito à saúde entrou no rol dos direitos sociais, que, por sua vez, foram incluídos nas chamadas “cláusulas pétreas”, o que significa que não podem ser abolidos ou restritos nem mesmo com uma emenda

³ Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946). Disponível em:

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

⁴ Existem críticas (BEZERRA & SORPRESO, 2015; SEGRE & FERRAZ, 1997) a tal conceito por ser considerado irrealista e utópico por esperar um estado perfeito e completo de bem-estar. Apesar disso, foi uma definição importante por deixar de caracterizar a saúde exclusivamente em termos biológicos de presença ou ausência de doença.

constitucional. Apesar de não definir o que constitui o objeto da saúde, o artigo 196 do documento estabelece que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ao falar sobre a “recuperação” citada acima, na visão de Schwartz (2001, p. 27),

a CF/88 está conectada ao que se convencionou chamar de saúde “curativa”; os termos “redução do risco de doença” e “proteção” estão claramente ligados à saúde “preventiva”, e a “promoção” é a qualidade de vida, posteriormente explicitada pelo art. 225 da Carta Magna.

A ênfase sobre a qualidade de vida ao discutir-se saúde indica que ela “deixa de ter relação com a morte” e passa a ser vista sob uma posição auto-reflexiva relacionada com ela mesma e, com a vida” (GARCIA JESKE & SPAREMBERGER, 2016, p. 6), principalmente através de sua promoção e proteção. A promoção e proteção da saúde estão, por sua vez, relacionados à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem sua vida frente aos múltiplos condicionantes da saúde” (BACKES et al., 2009, p. 113). Já Segre & Ferraz (1997) argumentam que “saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (p. 542). Nesse sentido, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa em 1986, relaciona a promoção da saúde a ações complementares entre Estado e sociedade civil, à criação de ambientes favoráveis à saúde e ao reforço da atuação comunitária, inclusive maior participação no controle desse processo.

É importante observar novamente que esta pesquisa, de caráter interdisciplinar, busca, em grande medida, falar sobre desigualdades a partir dos elementos atrelados à saúde dentro da perspectiva de mulheres migrantes. Nesse sentido, não se trata de entrar em discussões técnicas sobre conceitos clínicos e específicos da área da Medicina, Psicologia ou Psiquiatria, mas de demonstrar como essas mulheres leem e constroem suas realidades a partir de temas relacionados à saúde. Por exemplo, ficou claro que a concepção do termo “saúde mental” que a maioria das mulheres migrantes da pesquisa possui é relativa a seu bem-estar emocional. Assim, aproximam-se de uma ideia ampla a respeito da saúde mental, tal como defendem Alves & Rodrigues (2010, p. 128):

da mesma forma que o conceito de “saúde” se refere a um “estado completo de bem-estar físico, psíquico, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”,

também a saúde mental se refere a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais.

No caso das migrantes, há uma clara ênfase em seus discursos nos determinantes sociais de saúde. Por isso, quando dizem que um problema, praticamente sempre relacionado à uma violência ou desigualdade, afeta sua saúde mental, geralmente estão indicando que a questão lhe traz angústia, dor, tristeza, sofrimento ou preocupação.

Para além disso, como se verá mais adiante, questões que envolvem a cultura, o contexto histórico e a própria subjetividade de cada um podem ter impactos relevantes na forma como se enxerga processos de adoecimento e cura, assim como no que se considera qualidade de vida ou dignidade. Existem questões que não podem ser medidas de maneira objetiva quando se trata de saúde, mas que não são menos relevantes ao pensarmos em múltiplas formas de se produzir saúde e bem-estar, merecendo atenção também dos gestores públicos. Para Silva et al. (2015), não existiria, portanto, uma definição exata e generalizante do que seria saúde, pois o conceito depende dos valores, expectativas e posturas diante da vida, além do contexto histórico, cujas mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas influenciam na elaboração de tal conceito⁵. Para fins das discussões realizadas neste estudo, é importante também trazer as observações de Fassin (2004) sobre o conceito de saúde.

Assim, pode-se definir a saúde como a *relação* do ser físico e psíquico, de um lado, e do mundo social e político, do outro. Isso significa que é, ao mesmo tempo, outra coisa e algo além que o inverso da doença e que a ideia de bem-estar global que as instituições sanitárias asseguram-se de promover. Esta relação não é uma particularidade do vivente, preexistente em uma normalidade de ordem fisiológica, biológica ou sensível e condizente a falar sobre boa ou má saúde. Pelo contrário, historicamente construída, é objeto de competições e lutas entre agentes que se esforçam para impor visões diferentes sobre o que concerne à saúde, isto é, o que é preciso tratar social e politicamente como problema de saúde. Por sua vez, essa relação determina também as práticas ordinárias e especializadas, as formas institucionais e ideológicas do tratamento das desordens do corpo e da mente.⁶ (p. 286)

⁵ Assim como o conceito de saúde, o conceito de doença também varia de acordo com o contexto histórico. Scliar (2007, p. 30) cita o exemplo de uma época em que o desejo de pessoas escravizadas de fuga era considerado um distúrbio mental, denominado drapetomania, cujo conceito foi elaborado em 1851 pelo médico Samuel Catwright, escravagista do sul dos Estados Unidos. O mesmo médico também diagnosticou “disestesia etiópica”, que seria uma doença que explicaria a falta de motivação para trabalhar entre os escravizados. Para ambos os casos, o tratamento proposto era o açoite.

⁶ Tradução própria e grifo do autor.

Dessa maneira, a saúde é um campo que se constrói social e historicamente por meio de disputas entre múltiplos agentes, ao mesmo tempo em que é produzida e refletida pelas dinâmicas, relações de poder e as desigualdades sociais (FASSIN, 2012). A gama de assuntos explorados pelas imigrantes e refugiadas na pesquisa também demonstram essa extensão e complexidade do tema, justamente pelo fato de se tratar de uma área que exige ser considerada a partir de um viés integral e transdisciplinar.

2.2. Migração, gênero e saúde: um debate inicial

Saúde, como se viu acima, é uma prioridade da experiência humana pois diz respeito tanto ao estado físico quanto ao estado emocional da pessoa. Trago neste tópico algumas considerações iniciais através de levantamento bibliográfico sobre as questões relativas à saúde, gênero e migração, de modo a melhorar orientar o leitor sobre pontos de discussão, já que, aparecerão, à sua maneira, nos diálogos realizados por migrantes na pesquisa. Contudo, as migrantes aportam novas dimensões e complexidades às discussões feitas neste tópico e, portanto, as questões não se exaurem aqui.

As causas para um migrante deixar seu país de origem são multifacetadas, tais como fuga de conflitos políticos, étnicos ou religiosos, desastres ambientais, reunião familiar, realização pessoal e/ou profissional ou busca por condições materiais de vida melhores. Em última instância, buscam ser mais felizes. É necessário pontuar que a migração não representa, por si só, necessariamente uma queda no nível de saúde da pessoa que migra, sendo importante a atenção para que não se patologize ou que se estigmatize a condição de ser migrante (DANTAS, 2017). Imigrantes e refugiados, como todos outros seres humanos, estão inseridos em processos históricos, passam por diversas fases e suas vidas são afetadas por múltiplos fatores. A saúde do migrante dependerá de uma série de condicionantes, como situação migratória, tipo de migração, determinantes socioeconômicos, políticas migratórias do país de destino, disponibilidade, acessibilidade e qualidade de serviços de saúde, exposição ao preconceito e discriminação, condições laborais e de moradia e barreiras linguísticas, entre outros (DIAS, 2007, p. 18).

Um primeiro ponto a ser considerado é o argumento trazido por Granada et al. (2017). Segundo os autores, como argumentava Sayad (2008), todo imigrante é, ao mesmo tempo, em suas terras de origem, um emigrante. Desse modo, o projeto migratório frequentemente é fruto de um esforço coletivo de parentes ou é levado adiante pensando-se também naqueles que

ficam. Assim, uma potencial fonte de frustração e de sofrimento é quando o migrante tem suas expectativas frustradas quanto à possibilidade de ajudar financeiramente seus parentes em seus países de origem.

Ainda sobre migrantes em dificuldade socioeconômica, uma questão bastante discutida diz respeito à exposição a trabalhos insalubres e precários, havendo um possível impacto relevante na saúde dos mesmos. Podemos citar como exemplo a alta incidência de tuberculose e doenças respiratórias entre imigrantes bolivianos em São Paulo devido às condições de trabalho, como indica parte da literatura (GOLDBERG & SILVEIRA, 2013; MELO & CAMPINAS, 2010). Para mulheres migrantes, também existe uma preocupação com a parcela trabalhando em serviços domésticos – em sua maioria por contratos informais – e que relatam jornadas extenuantes de trabalho, com baixa remuneração, o que resulta em exaustão, estresse, insegurança e tristeza (RAMOS, 2014; LOCATELLI, 2017). Finalmente, a escassez material pode implicar em insegurança alimentar e condições habitacionais deficientes (ex.: ausência de água potável ou saneamento básico), o que gera impactos importantes na saúde de uma pessoa.

Outro fator importante a se considerar em termos de saúde são as diferenças culturais entre o país de origem do migrante e o país de destino. Diferentes conhecimentos, filosofias, hábitos e crenças – língua, conceitos de bem-estar, saúde, doença e cura, métodos de tratamento, tabus existentes – costumam ter um papel relevante em termos de atendimento qualificado em saúde, pois, como argumentam Ventura & Yurja (2019), um migrante não se movimenta apenas entre fronteiras, mas também entre organizações da rede de saúde e sistemas diferenciados. Dantas (2012), por sua vez, indica que

toda concepção de saúde é culturalmente engendrada. Assim, não só temos diferentes visões de mundo que retratam formas distintas de compreensão do que é saúde, como, a partir destas, cada cultura tem formas distintas de alcançá-la e realizar sua promoção, assim como buscar a cura quando do que se considera adoecimento. (p. 115)

Em casos de práticas culturais distintas de saúde do país de origem em relação ao país de destino do imigrante, aparece então a questão do nível de importância dessas práticas para seu bem-estar e como integrá-las no atendimento. Dessa maneira, é fundamental destacar que a sensação de pertencimento também diz respeito à promoção da saúde, pois trata-se de formas de ser reconhecido em suas dimensões mais íntimas. Zaia (2012) afirma que a ruptura com laços afetivos da sociedade de origem pode gerar muita angústia e que, para muitos imigrantes, uma forma de reduzir essa angústia e manter certa ordem é sentir que algo permanece constante dentro de si, inclusive aumentando a frequência de certos hábitos ou práticas típicas de seu país

de origem. Ela indica a religião como uma possível ponte simbólica⁷, então considero também que podemos apontar diversos aspectos culturais como formas dessa reafirmação identitária. No campo da saúde, isso significa compreender que é importante para o migrante que haja a sensação de que seu corpo e suas escolhas sejam respeitados e que façam sentido para si.

Além disso, o distanciamento do migrante daquilo que lhe é familiar, representado pelas relações sociais e culturais aos quais estava adaptado, pode ter implicações importantes para a saúde do indivíduo deslocado. O sentimento de desorientação no novo ambiente é comum, pois desconhecem referências no país receptor e o próprio cotidiano, com seus hábitos rotineiros e tarefas corriqueiras, é um aprendizado que exige esforço constante. O distanciamento e a desorientação, somados à estigmatização e à discriminação potenciais colocam em risco o sentimento de acolhimento e adaptação, o que pode gerar aumento de medo, estresse e ansiedade (CARBALLO & NERUKAR, 2001). Na visão de Ramos (2012), isso é especialmente forte para mães imigrantes, pois

A situação de migração poderá representar uma fonte de stress e depressão para a mulher migrante, sobretudo para a mãe, com consequências para a criança, devido às rupturas, desenraizamento cultural, isolamento, solidão, dúvidas e ansiedade que acompanham os processos migratório e de maternidade. (p. 89)

Assim, mulheres migrantes gestantes e/ou com filhos em seus primeiros anos de vida, pelo distanciamento com a terra natal, podem sentir falta de uma rede de apoio e de referências ao seu redor (como sua própria mãe, amigas, parentes) e isso pode tornar a maternidade algo solitário. Essa sensação de solidão e perda de referências é ainda mais aguda para mães que vêm de culturas com um senso de coletividade forte e migram para sociedades em que o individualismo é um valor recorrente. A migração gera rupturas que impactam o processo de partilha da maternidade e construção de sentido junto aos seus, aumentando o sentimento de incerteza e dúvidas na mãe imigrante.

Isso ganha uma relevância maior quando consideramos o cuidado como encargo geralmente delegado a mulheres historicamente e socialmente. Zelizer (2012, p. 18) define o cuidado como “qualquer tipo de atenção pessoal, constante e/ou intensa, que visa melhorar o bem estar daquela ou daquele que é seu objeto”⁸. Para além das tarefas físicas geralmente

⁷ A autora observou em suas entrevistas que imigrantes muçulmanas em São Paulo indicaram o aumento do hábito da visita semanal à mesquita e participação em grupos de oração em relação à frequência praticada em seus países de origem.

⁸ Joan Tronto (1993), define o cuidado como “*as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world include our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web*” (p. 103).

associadas ao cuidado, como a limpeza de ambientes e de corpos, a alimentação, a socialização, a atenção a crianças, idosos e enfermos, também há um dispêndio emocional no trabalho do cuidado, pois “a manutenção da saúde emocional de uma família e a manutenção das redes sociais em que está inserida é uma parte necessária para assegurar a sobrevivência de um lar, então uma série de atividades não físicas pode ser incluída nessa categoria (HUWS, 2014, p. 24).

Neste cuidado, pode-se falar de como a gestão da saúde da família normalmente recai sobre alguma figura feminina. As mulheres são as que administram o cotidiano da vida, inclusive o cotidiano da saúde, pois são elas que checam os hábitos de seus parceiros e filhos, sabem onde estão os remédios, vão às farmácias, medem a febre, agendam consultas e levam os que precisam às unidades de saúde. Na família, “a principal responsável pelo cuidado à criança é a mãe ou quem a substitui, sendo a pessoa que problematiza a situação de saúde da criança e busca soluções para os problemas encontrados” (OLIVEIRA; FONSECA, 2007, p. 214). Elas não são responsáveis apenas pela sua própria saúde, pois a saúde dos membros da família é um encargo da mulher e da mãe, é uma questão de gênero. As mães nessa sociedade são consideradas parte da causa e da solução dos problemas pelos quais passam os filhos, inclusive na área da saúde, sendo

evidente a ideologia dominante de cunho positivista, que proclama que a responsabilidade pela criança, inclusive pela sua saúde, cabe à família. Dentro desta, a grande responsável pela saúde dos filhos é a mãe, revelando uma concepção conservadora dos papéis femininos [...] é precisamente a mãe que, em geral, fica com a responsabilidade de solucionar o problema apresentado pela criança, com ou sem a ajuda de alguma outra instituição de saúde, quando existem tal encaminhamento. Em última instância, é sobre a mãe que recai o ônus que seria da família e, por que não dizer, de toda a sociedade. (Ibidem, p. 2019)

Quando fala-se de toda a sociedade, podemos falar de instâncias tais como a escola, políticas sociais vigentes ou o próprio sistema de saúde pública. E se a ela cabe cuidar de todos, quem cuida do bem-estar dela é uma incógnita. Se nela recai o desenvolvimento humano dos outros, ainda fica a indagação se alguém ou alguma instituição assume a tarefa de também encorajar seu desenvolvimento humano, ou se esse encargo fica novamente exclusivamente sobre ela. O cuidado é um elemento central nas vidas das migrantes e, como se verá na pesquisa, é um cuidado que extrapola mesmo o seu âmbito doméstico e ganha muito força externamente, na medida em que exercem um papel importante na saúde de comunidades inteiras.

Ademais, os papéis de gênero que tradicionalmente encarregam as mulheres dos cuidados domésticos vêm ganhando um novo componente nas últimas décadas, que é a inserção das mulheres no mercado de trabalho, seja por meio de lutas de emancipação feminina, seja pelas mudanças estruturais do sistema capitalista, com a flexibilização da mão-de-obra e a busca por redução de custos, possibilitada pelos salários reduzidos recebidos por mulheres em relação aos homens. Assim, tanto para mulheres migrantes solas quanto para aquelas com parceiros, as responsabilidades domésticas permanecem, mas agora o componente do trabalho externo é também um elemento fundamental, inclusive como forma de auxiliar financeiramente a família, na medida em que, atualmente, cresce a importância da renda da mulher para o sustento da família, seja quando elas migram com seu núcleo familiar, seja quando elas enviam remessas para aqueles que ficaram em seus países de origem. Nas palavras de Marinucci & Milesi, (2016 s.p.) a “incorporação no espaço produtivo, portanto, não elimina a responsabilidade em relação àquele reprodutivo”, sendo que o espaço reprodutivo diz respeito ao âmbito familiar, de cuidado com os familiares e outros ao redor. Isso implica numa dupla, por vezes tripla, jornada de trabalho, que sobrecarrega seu cotidiano em termos físicos e emocionais, gerando, portanto, impactos sobre a saúde dessas mulheres.

A saúde ocupa então um local de particular relevância para mulheres migrantes e, ainda mais para mulheres que são mães, devido às dinâmicas das responsabilidades atribuídas a elas. Levando-se em conta tais considerações, é cada vez mais recorrente o apelo pelo papel ativo de migrantes nos debates sobre as estratégias de produção de saúde. Como argumenta Dias (2007, p. 22),

é indispensável para a sustentabilidade do processo um modelo de intervenção que inclua as comunidades imigrantes, com um enfoque no aproveitamento das suas potencialidades. Neste contexto, deve-se incentivar a participação e empowerment destas comunidades para que adotem um papel ativo na melhoria da sua saúde. A um nível mais abrangente é importante a promoção de parcerias comunitárias que facilitem a identificação dos principais problemas e das soluções mais adequadas.

Apesar do exposto acima, é importante ressaltar que pesquisas que relacionam os temas saúde, migração e gênero ainda são raras no país. Na Biblioteca Virtual em Saúde, por exemplo, são encontrados apenas três artigos brasileiros quando se busca o termo “saúde mulher imigrante”, frente a nenhum artigo na plataforma Scielo. Assim, como pretendo demonstrar, os debates a respeito estão sendo realizados frequentemente fora do campo acadêmico e promovidos por movimentos sociais e ativistas migrantes ou apoiadores da causa migratória,

que relatam suas experiências e colocam suas demandas na esfera pública. É um campo ainda em construção e que seria inviável sem o protagonismo das mulheres migrantes.

Uma última observação neste tópico faz-se necessária. Esta pesquisa, iniciada como um estudo sobre as vivências de mães migrantes acabou seguindo as pistas deixadas por elas, o que resultou em observações que reverberaram por pessoas que, em sua maioria, se definem ou são lidas como mulheres cisgêneros heterossexuais, ainda que seja sabido que a maternidade não seja exclusiva a elas. Assim, é importante considerar esse fator ao pensarmos sobre a maioria dos dilemas, questões e demandas levantados nos relatos indicados. Note-se aqui a importância da Rede de Mulheres Imigrantes Lésbicas, Bissexuais e Pansexuais (Rede MilBi+) para trazer pautas fundamentais a respeito da população para os debates públicos. Esta pesquisa também reconhece a importância crescente da inserção da identidade de gênero nos estudos e análises, porém, esse recorte não faz parte do escopo da mesma e, ao longo da pesquisa, não conheci imigrantes e refugiadas que se identificassem como transexuais, travestis ou não-binárias.

3. “O que o amor tem a ver com isso?”⁹

Quando pensava numa pesquisa de mestrado, sabia que queria falar de alguma forma sobre o amor na migração, sobre relações de afeto em grupos com pouca visibilidade e poder social, sobre maneiras de sentir em meio às dificuldades do cotidiano e como isso se tornava uma resistência às dores das desigualdades. Num primeiro momento, foquei nas mães migrantes, pensava em explorar a relação mães-filhos na diáspora. Contudo, quanto mais me adentrava no mundo das migrantes, mais encontrava nesse grupo de mulheres (a maioria das colaboradoras também mães) redes de afetos e movimentos refletidos em lutas por seus filhos e filhas, mas também umas pelas outras. Essas redes de afetos são responsáveis pela sustentação da vida em diversas comunidades migrantes.

bell hooks (2020) afirmou que, em tempos de desamor, refletidos pela ganância, materialismo, individualismo e diversas desigualdades, a prática do amor deve ser ainda mais cultivada em todas as dimensões da vida. Citando Eric Fromm, ela fala do amor como “a vontade de se empenhar ao máximo para promover o próprio crescimento espiritual ou de outra pessoa” (p. 47) e argumenta que o amor é necessariamente um ato, uma escolha, uma prática, não apenas um sentimento. Por ser um ato, ele exige responsabilidade e comprometimento

⁹ Referência à música “What’s love got to do with it?”, de Tina Turner, colocada por bell hooks em seu livro *Tudo sobre o Amor: novas perspectivas* (2021).

daquele que diz amar. Para a autora, o amor envolve carinho, afeição, reconhecimento, respeito, compromisso e confiança. É no amor que se consegue construir relações saudáveis consigo mesma, com seus parceiros e parceiras, com seus filhos, com sua comunidade. É essa emoção participativa que, embora invisibilizada nas discussões sobre políticas públicas, é aquela que valoriza a comunhão e a empatia entre diferentes indivíduos e, portanto, é um instrumento de luta contra injustiças e opressões¹⁰. O amor, tantas vezes tratado como algo do campo do irracional, inconsequente e que nos deixa mais vulneráveis, é base para resistências e produção sociedades mais justas.

Em determinado momento desta pesquisa, enquanto ouvia a participação de uma das integrantes dos coletivos de mulheres imigrantes em um programa de rádio, chamou-me a atenção às palavras “Uma das causas que causam estresse em nossa vida é a falta de amor”, seguido por “O amor precisa ser constante” e por “O ser humano não nasceu para viver sozinho, sem amor”. Ao longo de sua fala, explicou que não podemos viver isoladas, escondendo sentimentos e sem compartilhá-los com pessoas amigas. Ela também indicou que é difícil estabelecer laços de amizade e confiança com os demais quando não confiamos em nós mesmas, fazendo referência ao amor próprio. Em outra ocasião, assisti a um seminário organizado pelo Centro Cultural São Paulo a respeito do feminismo comunitário e outra imigrante do mesmo coletivo foi enfática ao dizer “São Paulo, eu sinto que é uma cidade que te endurece muito, parece que as pessoas ficam com um bloqueio. Para construir uma comunidade, você tem que se importar, tem que amar. Sem amar as pessoas, não conseguimos construir vínculos”. E assim fui observando na pesquisa o trabalho enfático do amor realizado pelas mulheres imigrantes e refugiadas, que a todo momento diziam para as outras que elas deveriam se amar para crescerem juntas e separadas.

Contudo, o amor aqui apresenta ambivalências. O amor é afeto, cumplicidade e agência entre as mulheres migrantes organizadas em redes, mas o amor também é uma responsabilidade atribuída a mulheres social e historicamente. Aqui, o amor é uma carga, um trabalho, que impõe às mulheres o papel de gerenciar o bem-estar de sua família e das pessoas ao seu redor. Espera-se da mulher o cuidado, o “amor incondicional”, como se fosse algo inerente à natureza feminina, algo óbvio, inquestionável, que rapidamente se transforma em dever. No entanto, para hooks (Ibidem), “as mulheres são ensinadas desde a infância, seja pelos adultos responsáveis ou pela mídia a como dar os cuidados básicos que são parte da prática do amor.

¹⁰ hooks afirma que a adoção de uma ética amorosa a nível social significa também se opor a políticas públicas conservadoras e apoiar mudanças radicais (Ibidem, p. 127).

Nós recebemos orientações sobre como sermos empáticas, como cuidar e, o mais importante, como ouvir” (p. 188). Enquanto isso, segundo ela, os homens seriam ensinados a suprimir emoções e a buscar poder e dominância em suas relações, o que gera um desequilíbrio profundo no que se espera de homens e de mulheres quando se trata de acolher e cuidar de outras pessoas. Assim, a prática do amor é algo muito mais colocado como obrigação feminina do que masculina e, enquanto tarefa, sobrecarrega as mulheres mais do que os homens.

Essa prática do amor enquanto afeto, luta e trabalho também é recorrente entre as mulheres migrantes e elas reconhecem os saldos positivos e negativos dessa prática, como pretendo demonstrar nesta dissertação. Em seus discursos e em suas ações, como se verá adiante, as imigrantes e refugiadas na cidade de São Paulo expressam esse amor, que ora é trazido à tona por vocação individual ou coletiva, ora mostra que é o instrumento encontrado na ausência de outras possibilidades, deixando à mostra as falhas deixadas pelas instituições no acolhimento às populações migrantes.

Esta pesquisa traz, portanto, considerações sobre o amor. Não o amor romântico nem romantizado, isto é, não um amor idealizado, abstrato e apolítico. É uma história de amor entre mulheres migrantes organizadas em redes. A história de mulheres que encontram na cumplicidade e no cuidado sua agência a nível individual e coletivo. Entre narrativas que se cruzam nas experiências do deslocamento migratório, do ser mulher, da maternidade e das dificuldades perante as desigualdades e violências, fica a construção de laços de confiança, compromisso, reconhecimento e respeito, que resultam em redes de proteção e lutas por transformações sociais.

Capítulo I - Atores, discussões e estratégias postas

1. Um panorama das políticas públicas municipais para imigrantes e refugiados em São Paulo

Antes de dissertar sobre os debates gerados pelas mulheres migrantes e o que podemos pensar em termos de saúde, considero importante descrever a estrutura de políticas públicas disponível na cidade para a população imigrante e refugiada. Muitas das mulheres migrantes presentes nesta pesquisa e que dão voz às demandas de suas comunidades são muito bem informadas a respeito dessas políticas e desenvolvem suas reflexões dentro desse contexto, tanto para discorrer sobre os avanços realizados até o momento, mas principalmente para pensar criticamente sobre as lacunas deixadas pelo poder público e sobre os limites das políticas construídas até aqui.

São Paulo é a cidade com maior número de migrantes no país¹¹ e, assim, a demanda por serviços é intensa. A partir da análise de portais e cartilhas oficiais, pode-se constatar que a PMSP passou a adotar, especialmente na última década, um discurso pró-migração e estabelecer projetos com um foco maior nessa temática, sendo um dos marcos a criação, em 2013, da Coordenação de Políticas para Imigrantes e Promoção do Trabalho Decente (CPMigTD), no âmbito da SMDHC. Assim, a questão migratória passou a ser considerada oficialmente como algo a ser tratado dentro do campo dos direitos humanos, o que segue as linhas da Nova Lei de Migração (Lei 13.445/2017), que substituiu o Estatuto do Estrangeiro, em vigor entre 1980 e 2017, com seu forte caráter securitário (VENTURA & ILLES, 2010).

O próprio relatório de atividades da CPMigTD afirma orientar suas políticas a partir dessa perspectiva, rejeitando o viés da segurança nacional e o discurso da proteção do mercado de trabalho e ainda enfatiza que é o primeiro órgão municipal do país a lidar com questão migratória de maneira especializada. Sendo assim, sua existência já é algo pioneiro no território brasileiro, o que demarca que o tratamento institucional dos migrantes na cidade pode ser considerado um avanço em relação à situação em outros centros urbanos no contexto nacional.

¹¹ De acordo com os dados do Sistema Nacional de Cadastramento de Registros Estrangeiros (Sincre) e do Sistema de Registro Nacional Migratório (Sismigra), estão registrados na cidade de São Paulo cerca de 367 mil migrantes internacionais, sendo 40% mulheres. É importante notar que são dados a respeito de migrantes registrados e, portanto, não contabilizam o número de migrantes indocumentados, o que elevaria o número dessa população aqui residente.

O objetivo principal da CPMigTD é organizar as políticas públicas migratórias, articulando-as entre os diferentes setores e secretarias, de maneira a promover a inclusão socioeconômica e política da população imigrante e refugiada em São Paulo. Assim, é responsável por articular de maneira transversal e intersetorial as políticas públicas em relação à migração. As ações a serem realizadas pelo órgão foram delineadas dentro do Programa de Metas 2013 – 2016, na meta nº 65 (Criar e implantar a Política Municipal para Migrantes e de Combate à Xenofobia), tais como listadas abaixo:

- Mapeamento e conhecimento da população imigrante de São Paulo
- Conferência Municipal e participação social
- Campanha de conscientização e combate à xenofobia
- Curso de português permanente para imigrantes
- Capacitação e sensibilização no atendimento aos migrantes
- Regularização e apoio a feiras culturais de imigrantes

Posteriormente, foi incluída no Programa a implementação das seguintes ações:

- Promoção da regularização migratória e do trabalho decente
- Promoção da inserção da população migrante no sistema bancário
- Valorização das festividades e culturas das comunidades imigrantes
- Implementação do Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI)
- Lei Municipal no 16.478/2016 – Institui a Política Municipal para a População Imigrante

Como se vê, pode-se afirmar que a maior parte da estrutura pública especializada voltada aos imigrantes e refugiados em São Paulo surgiu a partir do Programa de Metas 2013 – 2016, com a gestão de Fernando Haddad. O Programa de Metas 2017 – 2020, desenvolvido sob uma nova gestão municipal, não faz menção à questão migratória, o que podemos considerar como um retrocesso em termos de prioridades traçadas. Contudo, a CPMigTD permanece com seu trabalho e o discurso do órgão segue suas linhas originais. Mesmo em 2018, já com o novo Plano em vigência, o CRAI, por exemplo, mudou de sede para um espaço mais amplo e aumentou a variedade de serviços oferecidos. À época, o então prefeito Bruno Covas reafirmou a retórica de acolhimento ao imigrante quando disse “São Paulo é uma cidade de imigrantes, que sempre acolheu bem, e o mínimo que podemos fazer é dar orientações e auxiliar

essas pessoas até porque muitas delas passaram por grandes traumas saindo do país onde estavam para vir para cá”¹².

Sendo a CPMigTD o órgão central da elaboração e implementação de políticas públicas para imigrantes e refugiados, é relevante aqui discorrer sobre seus principais serviços, projetos e modos de atuação junto à comunidade migrante para que se tenha um panorama geral da estrutura municipal disponível para tal público e que se entenda quais temas são considerados como prioritários para o Município dentro do contexto migratório. Esse panorama inicial será importante para posteriormente nos adentrarmos de maneira mais focalizada nas discussões que envolvem a migração, o gênero e a saúde.

1.1. Rede de atendimento e principais programas

O município conta com o primeiro centro de atendimento público especializado na questão migratória do país, o Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI), inaugurado em novembro de 2014, equipamento da CPMigTD. O órgão responsável pela gestão do serviço (imóvel e contratação da equipe) é o Serviço Franciscano de Solidariedade (SEFRAS), nos termos do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC). É um equipamento público aberto ao atendimento da população migrante, independentemente da situação documental e migratória do demandante. Em dezembro de 2021, o equipamento foi renomeado CRAI Oriana Jara, em homenagem à ativista e imigrante chilena, fundadora da ONG Presença da América Latina (PAL) e que faleceu no final daquele ano.

Como relatado em seu próprio website, o CRAI tem como objetivos “promover o acesso a direitos e inclusão social, cultural e econômica das pessoas migrantes no município”, independentemente de suas situações migratórias e documentais. É um serviço de bastante importância, na medida em que oferece orientações em línguas diversas para solicitações de documentos, assistência social, assessoria jurídica e informações sobre cursos de língua e capacitação técnica/profissional. O CRAI também realiza seminários de capacitação e sensibilização de servidores públicos para o atendimento aos migrantes e encaminhamentos para o Centro de Apoio ao Trabalho e Empreendedorismo (Cate) ou para a Defensoria Pública da União (DPU), caso considere necessário. Uma estratégia importante adotada pelo órgão foi

¹² Cf. ACNUR Brasil. **Novas instalações do Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI) são entregues em São Paulo**, 23 de maio de 2018. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2018/05/23/novas-instalacoes-do-centro-de-referencia-e-atendimento-para-imigrantes-crai-sao-entregues-em-sao-paulo/>

estabelecer um equipamento itinerante de atendimento, o CRAI móvel, na medida em que se entendeu que é importante descentralizar o serviço, aumentando sua acessibilidade às comunidades migrantes dentro do território paulistano. Ademais, o CRAI firmou parceria com o Grupo Veredas, projeto de extensão do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), cuja equipe oferece apoio psicológico através de rodas de conversa ou aos imigrantes e refugiados que aguardam os serviços no equipamento público.

Uma característica importante do CRAI é a presença em seus quadros de funcionários migrantes. Isso se dá em parte pela necessidade básica num equipamento público especializado no atendimento a imigrantes e refugiados de que haja funcionários capazes de falar fluentemente outras línguas, mas também integra um discurso cada vez mais recorrente de valorização e reconhecimento das competências e habilidades que a população migrante carrega consigo. Na época em que realizei o voluntariado no CRAI, no início de 2020, havia cinco imigrantes trabalhando no local no atendimento ao público e um atuante no CRAI móvel. Era algo bastante comum que pessoas já anteriormente atendidas no equipamento chegassem ao local à procura de funcionários migrantes específicos, principalmente quando percebiam que os funcionários brasileiros não compreendiam bem a língua ou não tinham familiaridade com a sua situação, demonstrando certa pressa ou possivelmente uma maior confiança na capacidade de auxílio ao seu caso por parte das pessoas migrantes da equipe.

Além do CRAI, outro marco importante do trabalho da CPMigTD, aliada à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), foi a criação de quatro Centros de Acolhida (CA) específicos para imigrantes, sendo que o localizado na região da Penha é exclusivo para mulheres e crianças, somando 80 vagas para esse público dentre um total de 572 vagas para imigrantes em geral. O próprio CRAI, por meio de seus assistentes sociais, realizam encaminhamentos de migrantes que procuram o equipamento para vagas disponíveis nos CA. Quando todas as vagas estão preenchidas, o CRAI solicita que o imigrante ou refugiado procure em regiões de sua preferência os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) ou os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), que estão à disposição também da população migrante para atendimento, orientações, cadastro nos programas de transferência de renda e encaminhamentos para outras políticas públicas.

Um dos projetos mais enfatizados a nível municipal é o curso “Portas Abertas: Português para Imigrantes”, criado em 2017 pela SMDHC e pela Secretaria Municipal de Educação (SME), ofertado de maneira irrestrita e independentemente da nacionalidade, situação migratória ou documental dos demandantes. É interessante também analisar a portaria

que institui o projeto, pois podemos averiguar alguns elementos presentes no discurso institucional em relação à migração. Aqui, percebe-se que o aprendizado da língua portuguesa é considerado uma ferramenta para a promoção da autonomia efetiva do imigrante, na medida em que ele tem mais possibilidades de acessar os equipamentos públicos, inserir-se no mercado de trabalho e adquirir educação formal. A dificuldade em falar a língua também é citada como uma barreira para que famílias de imigrantes participem plenamente da escolarização de seus filhos. Para além disso, faz breve menção à interculturalidade, ao definir seu compromisso com “a garantia do reconhecimento e respeito dos valores e saberes das culturas dos países que compõem o espectro de imigração histórica e recente na cidade de São Paulo”¹³.

1.2. Participação social na elaboração de políticas públicas

Reconhece-se no discurso institucional a importância da participação da comunidade migrante no debate a respeito das políticas públicas municipais e na sua construção. Nesse sentido, institui-se o Conselho Municipal de Imigrantes (CMI), órgão de caráter consultivo que tem como objetivo auxiliar na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas municipais. São 32 conselheiros (16 titulares e 16 suplentes), sendo compostos por membros do poder público e da sociedade civil, compostos por representantes de coletivos de imigrantes e refugiados ou de apoio à comunidade, além de pessoas migrantes. Seu regimento interno exige que pelo menos 50% dos membros devem ser mulheres e que a maioria dos membros da sociedade civil devem ser migrantes.

Há reuniões mensais do CMI para a discussão das pautas e são abertas ao público. Em seu regimento, afirma que um dos objetivos principais do órgão é a descentralização das políticas públicas e estimular a participação política de imigrantes na esfera pública e nos movimentos sociais. Portanto, nota-se novamente no discurso da PMSP a expressão da intenção de incluir migrantes social e politicamente como uma defesa da autonomia e dos direitos plenos dessa população.

Outra novidade a partir da criação da CPMigTD foi a criação da Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes, cuja meta é promover debates entre migrantes, poder público e especialistas sobre as políticas voltadas para a temática migratória. A ideia é que se

¹³ Portaria Intersecretarial SMDHC/SME nº 002, de 18 de agosto de 2017 e Portaria Intersecretarial SMDHC/SME nº 002, de 19 de dezembro de 2017. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/MIGRANTES/PORTAS_ABERTAS/PORTARIA%20INTERSECRETARIAL%20SMDHC-SME.PDF

identifiquem prioridades, gargalos e demandas principais para que se possam subsidiar propostas de políticas públicas para serem enviadas à Prefeitura. De acordo com o documento oficial da Conferência, ela “tem como objetivo geral promover a participação social das comunidades imigrantes e da população em geral, por meio da discussão ampla, intersetorial e interinstitucional sobre a Política Municipal para a População Imigrante” (p. 6)¹⁴.

Na primeira edição do evento, realizada em dezembro de 2013, a organização, composta paritariamente por membros do poder público e da sociedade civil, definiu quatro eixos temáticos:

- I. Promoção e garantia de acesso a direitos sociais e serviços públicos
- II. Promoção do trabalho decente
- III. Inclusão social e reconhecimento cultural
- IV. Legislação federal e política nacional para as migrações e refúgio

Dela participaram cerca de 700 pessoas de 28 nacionalidades distintas e com 57 propostas prioritárias votadas em plenária. A SMDHC destaca como principais resultados da Conferência a implementação do CRAI, a eleição do CMI, a criação do curso “Portas Abertas: Português para Imigrantes” e a construção dos quatro CA existentes atualmente para imigrantes.

A 2ª edição ocorreu em novembro de 2019, com a participação de 384 pessoas, sendo 180 imigrantes, ao longo de três dias. A Prefeitura parte de uma retórica de que a participação social é bem-vinda no desenvolvimento das políticas públicas. No caderno oficial da 2ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes, atribui um papel à participação de imigrantes e refugiados, afirmando que o

protagonismo imigrante na governança migratória local fortalece a Política Municipal para a População Imigrante (PMPI) e contribui para a transparência, aderência, intersetorialidade, efetividade, sustentabilidade e aprimoramento constante das políticas para esta população, bem como na promoção da representatividade dos imigrantes nas diferentes instâncias institucionais participativas do município [...] Assim, a partir do diálogo permanente entre o poder público e a sociedade civil, por meio de audiências, consultas públicas e conferências municipais, a PMPI vem construindo e consolidando novos paradigmas para o tratamento estatal das migrações internacionais contemporâneas em nível local. Ao mesmo tempo, aponta para o monitoramento, ampliação e planejamento participativo da PMPI, a partir das demandas, do olhar e das experiências das/os/es próprias/os/es imigrantes residentes da cidade. (p. 22)

¹⁴ Caderno da 2ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes: Somos tod@s cidadãos. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/participacao_social/CONSELHOS/CONSELHO%20IMIGRANTES/CONFERENCIA/Caderno%20Conf.pdf

Contudo, algumas ressalvas precisam ser realizadas. Para a 2ª edição, por exemplo, foram oferecidos canais e locais para que se enviassem propostas a serem debatidas na Conferência. Elas poderiam ser realizadas individualmente via *online*, através das pré-conferências municipais, realizadas entre agosto e setembro pela PMSP nas regiões da Barra Funda, Penha, Santo Amaro e Vila Andrades, ou através das conferências livres, organizadas por entidades da sociedade civil. Nas pré-conferências municipais, participaram um total de 239, sendo 110 imigrantes e 129 brasileiros, enquanto as conferências livres somaram 347 participantes, dentre os quais 278 imigrantes e 69 brasileiros. Aqui, podemos então notar uma capacidade maior de coletivos, organizações e associações de integrar imigrantes e refugiados na participação social, já que em todas as 18 conferências livres observou-se maior participação de migrantes em relação aos brasileiros. Isso pode ter ocorrido devido ao maior número de conferências livres, à descentralização das conferências livres dentro da cidade, o que facilita o acesso dos interessados, e também à relação de confiança que se estabelece entre tais entidades e a população imigrante.

Uma das críticas apuradas nesta pesquisa foi a de que eventos organizados pela PMSP são muito centralizados e de difícil acesso para migrantes em geral, principalmente para os que vivem em zonas periféricas. Outra observação levantada foi a de que as datas das reuniões do CMI não estavam sendo divulgadas amplamente para a comunidade, com falhas também no site da Prefeitura. Finalmente, a questão do direito ao voto, ao menos em nível municipal, é sempre levantada nos eventos em que estive presente e nos diálogos trocados, por haver uma crítica frequente de que muitas das propostas votadas, a partir de seu caráter consultivo, acabam permanecendo nas dimensões discursiva e das “boas intenções”. O voto seria um importante instrumento para que imigrantes e refugiados exercessem maior pressão e controle social sobre os projetos e gestões políticas.



Imagem 03. Registro próprio, 13ª Marcha do Imigrante e Refugiado, dezembro de 2019.

A 2ª Conferência foi estruturada a partir de cinco objetivos principais:

- a. Aprofundar o debate sobre a imigração;
- b. Monitorar, avaliar, aprimorar e fortalecer a Política Municipal para a população imigrante;
- c. Elaborar propostas e diretrizes que fundamentem as políticas públicas para a população imigrante;
- d. Propor bases para a criação de um Plano Municipal;
- e. Ampliar e promover formas de institucionalização das políticas públicas para a população imigrante, e promover a participação social e política de imigrantes

Foram definidos oito eixos temáticos para a formação dos grupos de trabalho:

- I. Participação social e protagonismo imigrante na governança migratória local
- II. Acesso à assistência social e habitação;
- III. Valorização e incentivo à diversidade cultural;
- IV. Proteção aos direitos humanos e combate à xenofobia, racismo, intolerância religiosa, e outras formas de discriminação;
- V. Mulheres e população LGBTI+: acesso a direitos e serviços;
- VI. Promoção do trabalho decente, geração de emprego e renda e qualificação profissional;
- VII. Acesso à educação integral, ensino de língua portuguesa para imigrantes e respeito à interculturalidade;
- VIII. Acesso à saúde integral, lazer e esporte.

Dessa maneira, podemos notar a ampliação dos temas propostos na 2ª Conferência e também uma especificação maior, com a inclusão da questão do gênero e da saúde nas pautas

prioritárias estabelecidas. O caderno da Conferência também faz menção à necessidade de tratar transversalmente ao longo dos eixos a vulnerabilidade social de grupos particulares entre os migrantes, como mulheres, crianças, adolescentes, idosos, pessoas em situação de rua, pessoas em privação de liberdade e população LGBTI.

Na 2ª Conferência, foram aprovadas 78 propostas prioritárias, que formam a base de um documento até então inédito no país, o Plano Municipal de Políticas para Imigrantes (2021 - 2024). Observa-se o acontecimento de um marco histórico, pois surge um documento base, que define objetivos, metas, linhas de base para mensuração dos resultados e órgãos responsáveis por cada ação. Esse documento é particularmente importante por ter sido construído a partir de eventos abertos com participação da população migrante, com propostas votadas e aprovadas em plenária. Assim, é uma fonte bastante relevante para falarmos das pautas expressas por imigrantes e refugiados de uma maneira geral.



Imagem 04. Registro próprio da 2ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes, novembro de 2019

A participação social de imigrantes e refugiados na construção do plano foi essencial e um ponto central do discurso apontado pela PMSP no desenvolvimento de políticas públicas. Contudo, a maneira como as ações do plano foi elaborada significou também que existem por vezes confusão sobre as competências de órgãos federativos, estaduais e municipais. A amplitude das demandas expressas tornou a definição de indicadores delicada, pois muitas vezes os dados que compõem a linha de base atual não foram produzidos. Por sua vez, tal complicação significa que o monitoramento do plano, tanto pela SMDHC quanto pela

sociedade civil é algo difícil de se realizar. Ademais, percebe-se que a fatia majoritária de responsabilidade pelas ações é da SMDHC, com pouca distribuição por outras Secretarias Municipais. Considerando a quantidade de demandas, dada uma equipe pequena e orçamento restrito, há uma dificuldade real na execução completa das iniciativas definidas no Plano.

Quando se fala das ações restantes que são de responsabilidade compartilhada, também existe um desafio, pois existem ações que fogem do escopo das atividades e possibilidades da SMDHC, como é o caso, para citar um, da ação nº 14, de “implantar um Centro de Acolhida Especial 24h para famílias imigrantes, de acordo com a demanda observada, assegurando o atendimento emergencial”, dado que a criação de Centros de Acolhida é de competência da SMADS, com baixa incidência de atuação da SMDHC.

Já retomando a questão orçamentária, percebe-se que ela é pouco avaliada pelos participantes da Conferência, mesmo sendo algo central na execução das políticas públicas. No caso do Plano de Políticas para Imigrantes, é algo ainda mais desafiador, dado que muitas das ações não foram contempladas por dotações nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA), cujos projetos dependem de aprovação da Câmara Municipal de São Paulo todo ano.

Apesar das observações acima, o Plano é o principal documento orientador de políticas públicas para migrantes na cidade, sendo aquele que rege os trabalhos da CPMigTD, além de ser a expressão mais democrática, encontrada até o momento, das demandas da população migrante. Desse modo, outras observações relacionadas à Conferência e as propostas do Plano voltarão a aparecer em outros momentos desta dissertação, ao abordarmos os temas que emergiram das falas de mulheres migrantes ao longo da pesquisa. Além disso, também indicarei ao longo do texto algumas outras políticas públicas e programas que não estão no escopo do Plano, mas que envolvem aspectos importantes de temas concernentes à discussão sendo feita.

1.3. Dados e apontamentos iniciais sobre migração, gênero e saúde

O relatório disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS), intitulado “Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo”¹⁵, é resultado de estudos de um grupo de trabalho do órgão denominado “GT Imigrantes

¹⁵ Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>

e Refugiados” em 2015, apresentando dados importantes e oferecendo algumas considerações iniciais sobre o discurso institucional a respeito do tema, na medida em que enfatiza que

A presença de imigrantes nestes territórios traz desafios específicos aos serviços de saúde, pois os imigrantes podem apresentar padrões de morbidade e de comportamento próprios em relação aos cuidados com a saúde. Para tanto, os serviços precisam se estruturar para atender as necessidades dessas populações, com qualificação de pessoal para responder de forma adequada a cada situação. (p. 27)

O relatório indica que os bolivianos são os imigrantes com maior número de cadastros no Cartão Nacional de Saúde na cidade, representando 31% dos usuários cadastrados dentro da comunidade imigrante. Ademais, o documento também registra que as Coordenadorias Regionais da Saúde (CRS) Leste e Sudeste apresentaram o maior número de estabelecimentos que atenderam imigrantes e refugiados na cidade, sendo que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram as que mais receberam esse público (77,2%), seguido pelos estabelecimentos da Assistência Médica Ambulatorial (AMA) (15,2%), serviços de saúde mental e especializados em infecções sexualmente transmissíveis (IST). Foram registradas 53 nacionalidades atendidas, sendo que 81% dos estabelecimentos receberam bolivianos, 37% deles tiveram atendimentos a haitianos, além de ser indicada presença importante de angolanos e nigerianos. Em relação às principais dificuldades no atendimento, 85,9% dos estabelecimentos citaram a barreira linguística, 12% as diferenças culturais e 10,3% a “adesão ao tratamento proposto” (p. 31).

Quanto à saúde da mulher, o documento enfatizou aspectos da gestação, parto e puerpério. Dentre os dados destacados, cita que cerca de 3% dos nascidos vivos entre 2012 e 2014 na cidade eram de mulheres imigrantes. Cerca de 76% dos partos de imigrantes ocorreram dentro da rede SUS, sendo que, em 2014, 53,4% eram bolivianas, 14,7% chinesas e 4,1% paraguaias. Os partos de mulheres angolanas, haitianas e nigerianas também apresentaram um crescimento, provavelmente resultante do aumento dos fluxos migratórios originários desses países. A publicação também indica consternação referente à questão da gravidez na adolescência, pois argumenta o despreparo físico e mental de jovens nessa idade para terem filhos, com maiores taxas de hipertensão e partos prematuros. Adolescentes somaram um total de 13% do total de mães imigrantes nesse período, com maior incidência entre bolivianas e paraguaias.

Baixas taxas de exames de pré-natal foram verificadas principalmente entre nigerianas (24,3%), haitianas (17,2%) e bolivianas (16%). As maiores taxas de cobertura, com a realização de sete ou mais exames pré-natal, são encontradas entre coreanas (93%), argentinas (90%) e

libanesas (85,2%). Aqui, é interessante notar que as últimas apresentaram alta frequência de partos realizados pelas redes particulares (mais de 90%)¹⁶, enquanto os estabelecimentos do SUS foram utilizados no parto de mais de 90% das bolivianas, paraguaias, haitianas e nigerianas. O relatório enfatiza que o acesso aos serviços de saúde é influenciado por questões como barreiras linguísticas e desconhecimento sobre direito de ser atendida pelo sistema. É, portanto, importante realizar mais estudos sobre a relação entre as possíveis causas para que as frequentadoras do SUS tenham uma menor cobertura de exames pré-natal, com questões como vulnerabilidade socioeconômica, dificuldades de deslocamento, desconhecimento sobre prevenção ou seus direitos e receio de procurar auxílio, entre outros, podem impactar essa relação.

O relatório faz menção à importância da gestação, parto e puerpério para o acolhimento e integração às práticas preconizadas de saúde no país, “uma vez que desempenham papel reconhecido de proteção às mulheres em todos os momentos da gestação bem como à criança, no nascimento e nos primeiros anos do seu desenvolvimento, sempre com respeito às peculiaridades culturais de cada grupo” (p. 21). A gestação, o parto e puerpério foram responsáveis por 60% das internações hospitalares realizadas por mulheres imigrantes na rede do SUS na cidade, sendo o principal motivo de internação entre as chinesas (91,6%), bolivianas (88,2%) e paraguaias (80,4%).

Os dados apresentados acima são importantes para o acesso a um primeiro cenário sobre a saúde migrante no tocante à questão de nacionalidade, gênero, acesso, principais demandas e dificuldades. Contudo, o próprio relatório observa que as informações ainda são insuficientes, principalmente se considerarmos que imigrantes indocumentados buscam menos o sistema de saúde pública por receio, sendo subnotificados mesmo quando são atendidos. O documento afirma então que a ampliação do acesso aos serviços de saúde e de ações assistenciais como promoção e prevenção dependem da redução do receio e resistência de imigrantes em relação ao sistema de saúde e dos profissionais da saúde em relação aos imigrantes, pois

A falta de capacitação ou habilidades para lidar com a diversidade, especialmente em se tratando de grupos oriundos de outros países e culturas, torna tais grupos vulneráveis a preconceitos e discriminação, inclusive racial. A vinculação de estereótipos e visão negativa induz o profissional e, conseqüentemente, as instituições responsáveis a agirem sem a devida cautela em relação à desinformação sobre doenças ainda existentes em outros continentes, bem como incompreensão de conceitos e desconfortos comuns aos imigrantes. (p. 39)

¹⁶ Mais de 90% das sul coreanas, francesas e norte-americanas também realizaram seus partos na rede particular.

O relatório indica que essa capacitação e sensibilização de maneira mais disseminada e permanente dos agentes públicos é essencial para o atendimento da população imigrante, que já está normalmente em situação de vulnerabilidade, e aponta para o fato de que, atualmente, as boas práticas de atendimento ao imigrante ainda estão mais restritas a iniciativas locais e isoladas.

2. Apresentação das redes e mulheres da pesquisa

Esta pesquisa toma como base principal de análise as narrativas lideradas por quatro grupos de mulheres migrantes em São Paulo: a Associação de Mulheres Imigrantes Luz & Vida (AMILV), o Centro da Mulher Imigrante e Refugiada, o Coletivo Diásporas Africanas e a Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas. Todos os grupos são compostos majoritariamente por mulheres migrantes na faixa dos 30 e 40 anos¹⁷, muitas mães, geralmente racializadas (não-brancas), que reivindicam seu espaço social e político na cidade. Ao mesmo tempo em que avaliam as dificuldades, violências e iniquidades às quais estão expostas, recusam uma condição de perpétua, inevitável e imutável vulnerabilidade, colocando-se enquanto agentes de criação, produção e transformação social e coletiva. Tive a oportunidade de participar de algumas atividades e conversar diretamente com integrantes da AMILV e da Warmis, pois as conheci em momento anterior à pandemia e é por elas que inicio as introduções.

Tive meu primeiro contato com a Warmis em uma palestra no Museu da Imigração no final de 2018, justamente a respeito da maternidade no processo migratório, um debate que vem sendo impulsionado na cidade, em grande parte pela atuação desse coletivo. Ali, conheci sua fundadora, J.M., boliviana, quéchua, casada com brasileiro, residente no país desde 2009, mãe de dois filhos nascidos aqui, ativista de direitos de mulheres migrantes e do movimento humanista de não-violência ativa. Ela era uma das convidadas pelo museu, juntamente com T.B., brasileira formada na área de psicoterapia transcultural. As duas realizaram então uma exposição sobre as dificuldades enfrentadas por mães migrantes, como a discriminação e o racismo vivenciados em equipamentos públicos, as diferenças culturais no parto, os dilemas na criação de filhos e a conseqüente estigmatização de mães migrantes como mães ruins. Apresentei-me à J.B. no fim da palestra, expliquei que pesquisava experiências de mulheres migrantes em São Paulo e perguntei se poderia conversar com ela e contribuir com o coletivo,

¹⁷ Contudo, algumas integrantes estão na faixa etária dos 20-30 anos.

ao que ela respondeu afirmativamente e, a partir daí, tive a oportunidade de a ouvir e conversar com ela em outras ocasiões, como eventos, entrevistas e algumas reuniões do coletivo, nas quais pude entender um pouco mais das vivências, demandas e reflexões realizadas por mulheres migrantes.

J.M. me explicou que, a princípio, a Warmis, criada em 2013, era um coletivo voltado para outras mulheres bolivianas, mas, aos poucos, foi se expandindo, e passou contar com a participação de mulheres de outras nacionalidades, pois perceberam que muitas pautas que afligiam as bolivianas também afetavam mulheres de outros países e que, portanto, a Warmis poderia atuar como um espaço de acolhimento para muitas delas, além de promover um desenvolvimento recíproco entre suas integrantes e o diálogo entre as comunidades migrantes. Atualmente, o grupo conta principalmente com a presença de mulheres latino-americanas. Ao que consta e como afirmado pelas próprias integrantes, foi o primeiro coletivo composto exclusivamente por mulheres migrantes na cidade e que toma o gênero como categoria essencial em suas lutas. O coletivo é considerado uma referência nacional para outros de mulheres migrantes que surgiram posteriormente, como o Cio da Terra, de Belo Horizonte (MG), e os próprios CEMIR e Diásporas Africanas, que frequentemente apontam para importância da Warmis como inspiração para início de seus trabalhos, em que a autonomia e autoestima das migrantes surgem como elementos centrais.

J.M. é uma pessoa extremamente presente no ativismo migrante, especialmente em relação às vivências femininas, sendo raros os eventos sobre gênero e migração em que não a via participando. Ela geralmente se descreve como uma pessoa tímida, algo que talvez explicaria sua presença calma e serena, seu tom de fala baixo, o que não impede a firmeza e a convicção de suas declarações. É discreta, porém sempre está rodeada por outras mulheres, conversando com pessoas diversas, geralmente vestida com algum ornamento da cultura andina, como um chapéu ou xale típicos da região, e, com bastante frequência, porta uma camiseta na qual se lê “Lute como uma mãe imigrante”, sendo ela mesma mãe de uma menina e um menino brasileiros. É uma liderança conhecida entre migrantes, servidores públicos, ativistas e pesquisadores sobre a temática migrante, frequentemente convidada a falar em eventos diversos.

A Warmis, refletindo as características de sua fundadora, é um coletivo extremamente ativo na cidade. Antes da pandemia, o coletivo reunia-se semanalmente às quintas-feiras no Centro Cultural São Paulo ou em um pequeno prédio próximo na Rua Vergueiro, na sala que ocupava o primeiro andar, mediante parceria com a instituição. Nas reuniões das quais participei, formava-se uma roda com as mulheres presentes, geralmente entre oito e doze, e

sempre havia duas ou três crianças, filhas das integrantes. Eram momentos que misturavam debates sobre projetos do coletivo e conversas informais sobre a vida, planejamentos e risadas, geralmente com as mulheres brincando também com as crianças presentes. Havia seis mulheres que estavam sempre presentes nas reuniões e se conhecem há anos, notando-se uma amizade forte entre elas.

Ademais, o grupo desenvolve uma extensa gama de atividades, como a realização de diversos eventos que debatem migração e gênero, a participação em manifestações em prol dos direitos de migrantes e mulheres, a organização do “Grupo de Estudos e Escrita: Gênero, Migração e Movimentos Sociais”, a participação semanal no programa “Conversas e Ideias para um Mundo Não Violento” na Migrantes Web Rádio, a produção de materiais informativos para mulheres migrantes e a realização de apresentações musicais através de um grupo formado por suas integrantes, o Lakitas Sinchi Warmis. Em seu site oficial, o coletivo coloca como missão

facilitar e estimular o diálogo entre as culturas, denunciar e lutar contra toda forma de discriminação e todo tipo de violência através da promoção e a proteção dos Direitos Humanos, o apoio à integração social e comunitária, a promoção da intermulticulturalidade na vida social, a promoção da Metodologia da Não Violência Ativa promovendo ações para orientar mudanças positivas nos indivíduos e na sociedade.¹⁸

Por se definir como um coletivo participante do movimento humanista e ter como princípio basilar a prática da não-violência ativa, a Warmis procura debater e combater as diversas dimensões da violência e as formas como atravessam as relações sociais. Sua característica humanista e não-violenta é algo que sempre fazem questão de enfatizar, sendo que há uma bandeira do movimento presente em todos os eventos dos quais o coletivo participa. De acordo com sua fundadora, como nascemos e crescemos em sociedades violentas e discriminatórias, todos incorporam e internalizam algum nível de violência e discriminação, que acabam sempre estourando do lado dos mais vulneráveis. Portanto, precisamos passar por um processo que alia a transformação pessoal à transformação social. A Warmis então trabalha principalmente com aquelas dimensões da violência que impactam profundamente as vidas de mulheres migrantes, como a violência de gênero, a violência racial/xenofóbica e a violência socioeconômica.

¹⁸ Disponível em:

https://www.facebook.com/EquipeDeBaseWarmisConvergenciaDasCulturas/about/?ref=page_internal



Imagem 05. Registro em rede social da Warmis em evento sobre a Marcha Mundial pela Paz e Não-Violência, do qual participei, novembro de 2019.

Ainda que os outros grupos que descrevo nesta pesquisa não sejam parte do mesmo movimento humanista de violência não-ativa da Warmis, os temas tratados por eles são semelhantes. As discussões e atividades promovidas reverberam as violências dos dias e formulam modos de articulação entre elas para tornar a vida mais vivível dentro de seus próprios termos. Como J.M. disse em certa ocasião, “Nos queremos vivas, mas em que condições queremos estar vivas?”. Nesse sentido, é importante mencionar que a Warmis, enquanto referência para as imigrantes e refugiadas, procura formar alianças com outros grupos que tenham o gênero como foco. Foi dessa maneira que conheci a AMILV.

No dia em que conheci a associação, em meados de 2019, senti que havia algumas diferenças em relação à estrutura da Warmis, assim como entre as mulheres que frequentavam as reuniões do coletivo e aquelas que estavam presentes na AMILV. Soube do encontro por meio de J.M., que havia me explicado que participaria de uma atividade com a associação para falar sobre saúde e bem-estar com mulheres bolivianas. Na ocasião, ela me informou que o grupo estava tendo dificuldades em reunir mulheres para a conversa, pois precisavam que alguém cuidasse de seus filhos durante o evento e me perguntou se eu teria disponibilidade para ajudá-las nesse sentido, ao que respondi afirmativamente. Ela me indicou o endereço e, no dia seguinte, cheguei a um prédio sem identificação na região do Brás, aparentemente de locação de espaços para atividades diversas. Subi para o terceiro andar sem saber exatamente quem deveria encontrar nem onde deveria aguardar, pois havia chegado um pouco mais cedo. Contudo, assim que saí do elevador, vi apenas um espaço amplo, onde se encontravam algumas

mulheres, duas delas com a mesma camiseta azul, ao que presumi indicar algum tipo de pertencimento à associação. Apresentei-me, elas confirmaram ser da AMILV, agradeceram minha presença e logo depois outra voluntária brasileira indicada por J.M. chegou. Decidimos então começar a organizar um espaço onde as crianças pudessem estar enquanto as mulheres conversassem. Havia seis crianças e dez mulheres, sendo duas pertencentes à Warmis. Eu carregava na minha mochila papel sulfite e lápis de cor para que as crianças desenhassem, o que de fato fizeram, além de brincarem com massinhas e me mostrarem vídeos e jogos em seus celulares ou de suas mães ao longo da tarde.



Imagem 06. Registro nas redes sociais da AMILV de evento sobre saúde e bem-estar de mulheres migrantes, do qual participei, julho de 2019.

No início da atividade, quando ficamos todas em uma roda para nos apresentarmos, percebi que a maioria das mulheres pareciam pouco familiarizadas com o contexto, exceto pelas duas que vestiam a mesma camiseta, que depois descobri serem as idealizadoras do grupo. Uma das moças disse que estava tímida, pois “não sabia muito bem como funcionava, é a primeira vez que venho para algo assim”, enquanto as outras sorriam concordando, como se fosse uma experiência nova para elas também. À época em que tive esse primeiro contato fiquei com a impressão, o que se confirmou a partir de outras conversas e coletas de informações pelas redes sociais, que as mulheres da associação não possuem o mesmo tipo de perfil da Warmis, por exemplo. Enquanto as integrantes da última, em sua maioria, pertencem a um perfil de mulheres

de escolaridade elevada (a maioria com nível superior completo e algumas na/com pós-graduação), renda média, casadas e/ou em parceria estável e experiência no ativismo, as mulheres participantes da associação possuem níveis de escolaridade bem variáveis, algumas são mães solas e estão em condição socioeconômica mais vulnerável.

Havia então um ar de maior novidade e improviso nas ações da AMILV do que nas realizadas pela Warmis. M.J., uma das colaboradoras desta pesquisa e idealizadora da AMILV, veio grávida de seu filho ao Brasil em 2006 para se desvencilhar de uma situação de violência doméstica. Ela me explicou que as dificuldades da vida fazem com que não houvesse uma periodicidade fixa de reuniões e rodas de conversa promovidas pela associação. Elas eram, antes da pandemia, realizadas quando possível, geralmente uma vez por mês na Vila Yolanda (Zona Leste). Isso também é refletido por sua atuação nas redes sociais. Ao contrário dos outros grupos aqui citados, elas não possuem uma conta de Instagram, criaram uma página de Facebook no final de 2019, e passaram a atualizá-la a partir de 2020, aproximadamente uma vez por mês, com uma série de publicações em sequência, o que difere bastante das publicações diárias que outros grupos produzem. Contudo, isso não significa que não façam um trabalho importantíssimo para muitas mulheres migrantes.

A Associação existe de maneira não institucionalizada desde 2014¹⁹ e vem sendo pensada desde 2007 a partir da inserção de M.J. em outro projeto de assistência a mães e filhos em Guaianases. Diz que também participou de uma ONG e lá ela e outras voluntárias se reuniram pensando em expandir o projeto para outras regiões. Contudo, relata que nem tudo ocorreu sem conflitos, pois havia divergência de opiniões. “Somos uma associação sem fins lucrativos e algumas não gostaram disso”, afirma. Ainda assim, o trabalho continuou, foram conhecendo mulheres de outras regiões, principalmente lidando com bolivianas. Atualmente, realiza atividades, com a colaboração de ONGs, órgãos de assistência social da Prefeitura e contribuições individuais, em 17 bairros de São Paulo. M.J. me explicou que o objetivo do grupo é realizar um trabalho coletivo de cuidado com as mulheres.

A nossa pretensão é fazer com que as mulheres na associação trabalhem com outras mulheres para dar informações e para levantar a autoestima dessas mulheres. Muitas moças da associação não têm um vasto conhecimento e algumas não foram para a escola, mas elas têm ideias em comum. Estamos juntando força para ajudar essas moças a se informarem, se empoderarem, para que estejam pessoalmente bem. Algumas foram abandonadas por seus maridos e são mães solteiras, o que é muito mais complicado. Vamos para algumas

¹⁹ A partir de 2020, a associação também iniciou o processo de emitir um Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), realizando um financiamento coletivo, ainda em andamento, para auxiliar nos custos do processo e nas atividades do grupo.

capacitações que nos convidam. Fazemos parceria com a Warmis, com o Centro da Mulher Imigrante e Refugiada, conversamos. Pretendemos lançar para que elas gerem renda para elas, saibam produzir alguma arte e vender, criar um tipo de cooperativa. Queremos que elas se sintam empoderadas, que elas se formem, que elas estudem. Buscamos cursos online, tentamos encorajá-las, porque entendemos que empoderamento é se sentir capaz.

Para M.J., a situação das migrantes é delicada pois elas sentem-se muito culpadas quando não conseguem lidar com todos os entraves e dificuldades do cotidiano. Quando se trata de mulheres imigrantes que vêm ao país em busca de melhores condições socioeconômicas para si e seus filhos, o elemento principal em que focam é o trabalho que, aliado à tarefa de cuidar da casa e da família, as deixam em estado de sobrecarga total. Quando ela me explicou sobre suas experiências laborais em São Paulo, percebe-se o nível de desgaste a que se refere.

Chegando aqui, trabalhei numa oficina de costura. Na época eu não sabia costurar, mas estava querendo aprender. Estava só como ajudante, fazia algumas coisas. Como estava grávida e ganhei o bebê, tive que trabalhar como cozinheira. Depois eu fui aprendendo a mexer nas máquinas e comecei a costurar. Por questões de relacionamento com as pessoas, era meio complicado. Quando você tem um bebê, eles não gostam que você fique todo o tempo com o bebê, então tem que trabalhar, estava sempre na correria. Então tive que sair dali e fui trabalhar num outro lugar, que acabou sendo pior ainda. Fui migrando de trabalho a trabalho para pagar os gastos que tinha. À força eu tive que ir aprendendo a mexer com as máquinas. Atualmente eu continuo na costura, mas não mais como costureira. Há dois anos eu virei autônoma. Continuei na costura, mas numa oficina pequena, sozinha, não com outros funcionários. As contas aumentaram, com mais responsabilidades e com meu filho na escola. Foi complicado. Principalmente aqui no Brasil, na oficina de costura, quando se tem um filho e se está sozinha, é muito complicado, porque eles não gostam. Meu filho também ficou doente, ele não podia ficar sempre comigo na oficina, só quando eu tinha que alimentar ele. No restante do tempo, tinha que deixá-lo em outro cômodo. Foi triste porque era com minha gente, eu sempre trabalhei com o povo boliviano. Quando me tornei autônoma, tive um pouco mais de liberdade. Mas mesmo assim há uma pressão, um estresse tremendo. Aí resolvi trabalhar fora de novo. Atualmente trabalho numa firma coreana, eles fazem vestidos de festa e eu faço as amostras. Não estou bem e também não estou mal. Consigo pagar minhas contas e comer. É isso.

Segundo ela, o trabalho significa menos tempo para construir uma relação com seu filho²⁰, ao mesmo tempo em que trabalha pela responsabilidade de cuidar dele, lógica que é bastante comum entre outras migrantes, estruturando-se, portanto, uma rotina extremamente extenuante. E quando ficam exaustas, sentem-se insuficientes, pois deveriam “aguentar mais”.

²⁰ Nas palavras de MJ, “Hoje em dia, ainda vejo pouco ele. Mesmo trabalhando fora, eu às vezes tento trabalhar à noite, para conseguir pagar as contas do mês. De noite eu faço bico em outro espaço também costurando. Então tenho que deixar meu filho. Não é uma relação que eu queria, gostaria de poder sair. No final de semana às vezes saímos. Às vezes você tem que sacrificar uma coisa, é assim, minha vida sempre foi assim.”

Contudo, para M.J., as atividades promovidas pela AMILV pretendem reafirmar às mulheres migrantes que existem espaços em que se pode falar sobre isso, entender que todas têm limites físicos e emocionais, que elas não vieram para o Brasil apenas para trabalhar e que a vida não deve ser somente sofrimento. Segundo sua visão, é um processo em que se reivindica o direito de ser humana.

Em relação ao Diásporas Africanas e ao CEMIR, houve uma experiência distinta ao longo da pesquisa, pois os estudos dessas duas organizações ocorreram pelas redes sociais, já no período pandêmico. Realizei um contato breve com duas de suas lideranças mais importantes em outros eventos, mas na época não houve menções diretas ao CEMIR e o Diásporas Africanas ainda não existia. Nesse sentido, o que é exposto aqui sobre os dois grupos é resultado majoritariamente da etnografia *online*, composta das participações de suas integrantes em eventos diversos e das publicações dos grupos em suas redes sociais.

F.P., imigrante angolana no Brasil desde 2013, psicóloga e fundadora do Diásporas Africanas, estava em uma das etapas preparatórias da Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes no final de 2019, no mesmo eixo em que eu participava, cujo tema era racismo, xenofobia e proteção aos Direitos Humanos. Ela estava com seu filho no evento, à época ainda um bebê de colo, e falava principalmente da discriminação sofrida e da necessidade de que se pensasse na saúde mental dos migrantes, pois a experiência do deslocamento possui especificidades próprias que, se somadas às situações de xenofobia e racismo, tornam o processo de adaptação extremamente complicado. Naquela ocasião, ela saiu do evento antes do mesmo terminar, enquanto as discussões aconteciam, e não a vi mais naquele ano.

Meses depois, em uma live da Warmis, reconheci o rosto de F.P. como convidada e na ocasião ela citou que era fundadora de um coletivo denominado Diásporas Africanas. Em seguida, fui pesquisar sobre o grupo e encontrei o nome em uma página pessoal no Facebook, com amigos em comum ligados à migração. À época, o coletivo também contava com uma página no Instagram, que atualizavam esporadicamente. Já em meados de 2021, o grupo também passou a contar com um canal no YouTube²¹ e uma página oficial no Facebook, deixando para trás a página pessoal. Descobri então, através da análise das publicações, que o coletivo surgiu depois da Conferência Municipal. Na ocasião de sua inauguração, em evento na Câmara Municipal de São Paulo, com a presença de integrantes da Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas, Cruz Vermelha, ACNUR e do Instituto ADUS, o coletivo, formado por mulheres migrantes africanas e haitianas, definiu como objetivo “conectar mulheres dos

²¹ O canal, no entanto, até o momento desta presente escrita, contava apenas com um vídeo disponível.

diversos seguimentos sociais e colaborar com instituições governamentais e não governamentais na compreensão, divulgação e criação de políticas públicas para o combate de todo tipo de discriminação e violência contra as mulheres”.

O coletivo foi criado após F.P. observar que as casas de acolhida passaram a receber, a partir de 2012, muitas mulheres africanas, muitas grávidas e mães solas, que precisavam de suporte sem espaços específicos para apoiá-las. Apesar de entender que tais casas possuem uma estrutura própria de acolhimento, afirma que existem determinados aspectos culturais e identitários que são importantes na integração dessas mulheres. Nesse sentido, criou o coletivo com a intenção de acolher imigrantes e africanas e criar redes com outras organizações para melhor ampará-las. O grupo também inclui as mulheres haitianas em seu coletivo por entender que as histórias da diáspora associada à cor da pele engendram experiências semelhantes em alguns aspectos, principalmente no que se refere às consequências do racismo. O coletivo se organiza a partir de lideranças por país, listando mulheres de Angola, Serra Leoa, Congo, Guiné-Bissau, Guiné Conacri, Gana, Senegal, Cabo Verde, Haiti, Burkina Faso, Nigéria, Camarões e Gâmbia.

De acordo com sua fundadora, a formação do coletivo, além de prover apoio para as mulheres migrantes, também almeja demonstrar que elas debatem sobre gênero, saúde e política e que estão organizadas. Há um senso de reivindicar o protagonismo de mulheres no processo migratório, pois, segundo F.P., elas são comumente apagadas das narrativas, descritas como acompanhantes de seus parceiros na história contada. É um argumento semelhante ao de Alencar-Rodrigues, Neves Strey e Cantera Espinosa (2009), que indicam que “a invisibilidade das mulheres nas pesquisas sobre migrações internacionais não reside somente no seu ocultamento nesse fenômeno, mas também no retratá-las como coadjuvantes na posição de membro da família, conferindo um sentido estereotipado às suas experiências” (p. 422).

A própria história de F.P. não é a de uma mulher que veio como companheira de um homem, mas sim de uma mulher que veio estudar na universidade, portando um visto de estudante para o Brasil. Ela afirma que o local de coadjuvante em que colocam a mulher foi algo pelo qual passou também antes de migrar, pois acreditavam que não seria capaz de se manter sozinha aqui, colocando-a num lugar de proteção do grupo, alimentando um discurso que não gerava independência e reproduzia o machismo. Ao mesmo tempo, exigiam dela uma responsabilidade perante sua família, já que era a filha mais velha e, portanto, tinha a obrigação de “cuidar de seus”. Parte da missão do Diásporas Africanas é, portanto, viabilizar as mulheres migrantes enquanto donas de seus itinerários, distantes da percepção de que precisam cuidar de homens ou serem tuteladas por eles.

Em um novo sentido, o cuidado é um tema central para o coletivo, mas um cuidado do tipo que aciona a solidariedade, a união e o ganho de autonomia entre mulheres migrantes. Inspirado nos outros grupos, mas também claramente afetado pelo fato de que teve a maior parte de sua existência marcada pela pandemia da COVID-19, o coletivo reforça bastante a importância do papel das mulheres em se protegerem e se darem força. Frente aos percalços, violências e desigualdades, como F.P. falou certa vez, “Nós mulheres imigrantes cuidamos umas das outras”.

Em relação ao CEMIR, suas atividades foram acompanhadas por meio das redes sociais e das diversas participações da entidade em lives. Enquanto ONG, é composta por uma maioria de mulheres imigrantes e refugiadas e trabalha com estratégias e visões semelhantes aos demais grupos desta pesquisa, especialmente no que concerne à busca pela igualdade de gênero. Sua coordenadora de projetos, S.R., migrante peruana há cerca de vinte anos no Brasil considera-se feminista. Eu a vi pela primeira vez em uma palestra sobre migração e gênero que realizava a convite da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FDUSP).

A pauta de imigração para o CEMIR, assim como para os outros grupos estudados neste tópico, é generificada, pois as migrantes, enquanto mulheres, são extremamente sobrecarregadas pelas desigualdades de gênero, refletidas também pelo trabalho do cuidado. Argumenta-se que as construções socioculturais em diversas sociedades colocam na mulher, e mais especificamente ainda na mãe, o papel de alimentar e de educar os filhos, tendo como consequências um cotidiano extenuante para as mulheres migrantes, que precisam lidar com todas as dificuldades comuns da vida, associadas às dificuldades da migração. O cuidado pelos demais, quando ocorre em contextos que não deixam margens para que a mulher se atente a si, acaba sendo um fator de risco para sua própria saúde. A ONG busca então, como afirma em seu website, “promover o empoderamento feminino e a resistência às violências de gênero, suscitando o empreendedorismo solidário e contribuindo para a melhoria das condições de trabalho”²².

A organização indica que trabalha principalmente com mulheres migrantes em situação vulnerável socioeconomicamente e com mulheres racializadas²³. Isso é uma escolha feita pelo fato de se entender que imigrantes e refugiadas nessa condição enfrentam uma discriminação muito mais violenta e possuem menos possibilidades de buscar algum tipo de assistência, seja por baixo acesso à informação, ocupação em empregos informais que exigem maior tempo de

²² Disponível em: <https://www.mulherimigrante.org/sobre-o-cemir>

²³ Disponível em: <https://www.facebook.com/cemir.mulher.imigrante/posts/645508972782078>

trabalho ou pelas dificuldades de locomoção da periferia em direção ao centro. Como instituição que se coloca como interseccional, parte do princípio de que a classe e a raça afetam diretamente o tipo de experiência migratória que se tem, sendo então necessário analisar tais especificidades para se pensar o acolhimento e a elaboração de políticas públicas em relação às mulheres migrantes.

É uma organização com sede na região da Bela Vista, criada em 2017, porém estruturando suas atividades no segundo semestre de 2019. O CEMIR trabalha em redes, formando lideranças que moram em bairros da periferia de São Paulo para realizarem um trabalho focado em gênero. Atualmente, são 22 lideranças realizando atividades em 13 bairros da cidade. A organização por territórios coordenados pelas lideranças é feita para que haja maior facilidade de aproximação com as migrantes de cada bairro, pois nem todas possuem aparelho com acesso à internet disponível e, portanto, o contato pelas interações pessoais facilita o processo.

Em sua sede, o CEMIR trabalha principalmente com a formação e a capacitação de lideranças. Também utiliza o local para realizar reuniões com instituições que trabalham com a temática da migração e do gênero, como o CRAI e Casa da Mulher Brasileira (CMB), ambos da SMDHC, e com equipes de outros setores de interesse, como aquelas relacionadas à saúde e à assistência social. Quando há algum atendimento direto a imigrantes e refugiadas na sede, geralmente se passam orientações e encaminhamentos, indicando a liderança do bairro da migrante para que ela tenha informações frequentes e contato constante com as atividades realizadas em seu território.

O CEMIR adota como estratégia comum nos bairros as rodas de conversa, denominadas “rodas warmis”, realizadas mensalmente, com temas sempre escolhidos pelas próprias mulheres, pois entende-se que faz parte do processo de construção da autonomia do grupo. Cada grupo faz articulações com serviços socioassistenciais, redes de proteção à violência e com UBS. A primeira roda warmis foi construída em meados de 2019 no bairro da Penha, no Parque Tiquatira, a partir das partidas entre equipes de futebol feminino que se realizavam aos domingos. À época, por coincidência, acontecia a Copa do Mundo Feminina de Futebol e a pauta sobre desigualdade de gênero no esporte fazia-se mais presente na mídia, principalmente a partir da voz da capitã da seleção campeã eleita melhor jogadora da Copa, Megan Rapinoe, o que colocava o tema em posição de ainda mais destaque. Isso contribuiu para a emergência de um contexto favorável em que se pudessem discutir a discriminação e a desvalorização da mulher em diversos ambientes. As rodas de conversa possuem uma configuração em que se

misturam debates e momentos de lazer. De acordo com o CEMIR, as rodas acolhem principalmente mulheres que trabalham em oficinas de costura e, em suas próprias palavras,

lidam com um amplo espectro de particularidades: trata-se de mulheres invisibilizadas pela situação migratória irregular, vivendo, frequentemente, em contextos de discriminação e opressão, enfrentando dificuldades em relação ao idioma e ao desconhecimento de direitos, precariamente inseridas na sociedade que as deveria acolher. Diante de tantas diferenciações, são inúmeras as barreiras que encontram pela frente. Falar de si mesmas e poder ouvir as demais são passos importantes para a saída do isolamento [...] Um aspecto importante do processo é o deslocamento ao encontro do grupo nos bairros, ou seja, as facilitadoras vão até as mulheres e não contrário [...] As rodas *warmis* desenvolvem-se por meio de dinâmicas flexíveis e de acordo com as possibilidades do grupo. A informalidade, a empatia e o respeito ao tempo de cada uma são, porém, elementos sempre presentes. Acreditamos que a realidade das mulheres imigrantes deve ser abordada a partir de suas próprias narrativas para dar voz a suas reivindicações, evitando levar até elas visões preconcebidas. As rodas buscam transformar experiências de vida em força e resistência.²⁴

Assim, todos os grupos aqui citados possuem objetivos semelhantes, no tocante à melhoria da qualidade de vida de mulheres migrantes, através da reivindicação de direitos, mas também do estabelecimento de laços afetivos entre elas, principalmente através de reuniões de integração, rodas de conversa e construções de projetos conjuntos. Aguilar, Navarro & Linsalata (2016) falam de uma produção do comum, entendido como geração e reprodução de diversas tramas associativas e relações sociais de colaboração que permitem a criação e desfrute de bens materiais e imateriais de uso comum. A compreensão dessa produção é impossível sem se considerar os processos de significação coletivas, os vínculos afetivos e as relações de interdependência e reciprocidade. Esse movimento é característico de grupos humanos auto-organizados que traçam estratégias articuladas de colaboração para enfrentar problemas e necessidades compartilhadas, frequentemente possibilitando o sustento material e espiritual de tais grupos. Essa escolha em produzir o comum gera um sentido de inclusão, descrito da seguinte maneira:

a relação *ser parte* – de um indivíduo a uma trama coletiva – não é algo unicamente herdado mas é, sobretudo, uma atividade, um *fazer cotidiano e reiterado com* os demais; fazer comum sistemático e exigente que adquire sentido de acordo com a capacidade de forma assim cultivada coletivamente e que, por isso mesmo, estabelece ou marca os termos da inclusão ao *nós em marcha*.²⁵ (p. 391)

²⁴ Disponível em: <https://www.facebook.com/cemir.mulher.imigrante/posts/438936740105970>

²⁵ Tradução própria e grifo das autoras.

Há nos discursos e estratégias postas pelas (e pelos) migrantes uma afirmação de uma “imigrantidade”²⁶, isto é, de vivências compartilhadas e compreendidas entre si que reforçam um senso de comunidade. Espaços em que imigrantes e refugiados tenham a liberdade para conversar, desabafar, ter hobbies, criar amizades ganham diversos sentidos, como a produção e o compartilhamento de lazer, afetos, política, autonomia.

Ademais, há um desejo expresso de reconhecimento de migrantes enquanto pessoas capazes de produzir conhecimento sobre elas mesmas, de falar com propriedade sobre diversas pautas e de ditar o que é melhor para si. “Nada sobre nós sem nós” foi o lema repetido por vários migrantes durante 2021, por exemplo. Nesse sentido, exigem horizontalidade nas relações entre migrantes, pesquisadores e instituições governamentais, pois compreendem que os demais têm muito a aprender com a população imigrante e refugiada. Para as mulheres isso é ainda mais fundamental, pois trata-se de uma visibilidade na esfera pública a um grupo historicamente posto para lidar com a vida nos âmbitos da esfera privada (FREITAS, 2020, p. 42).

Há então um forte crescimento dos movimentos liderados por mulheres migrantes e refugiadas em São Paulo, em que a categoria de gênero marca a sua agência política, pois elas definem para si e para o mundo externo seu lugar e suas perspectivas como mulheres capazes de protagonizarem mudanças. Talvez o maior exemplo seja a Frente de Mulheres Imigrantes e Refugiadas (FMIR), composta por coletivos²⁷ que se reúnem pontualmente quando existem pautas em comum a serem discutidas ou demandas que contemplem a todas ali presentes, definidas em consenso e ligadas aos temas de migração, refúgio e gênero. Os princípios listados pela Frente são os seguintes²⁸:

- A FMIR é uma frente horizontal, auto-organizada e apartidária;
- A FMIR preza pelo trabalho colaborativo;
- A FMIR respeita toda forma de diversidade de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia, religião, nacionalidade e classe social;
- As componentes da FMIR assumem o compromisso de não desqualificar a fala das companheiras, praticando sempre sororidade e respeito mútuo;
- A FMIR rechaça todo tipo de discriminação e violência;

²⁶ Termo utilizado em evento no Centro Cultural São Paulo por A.C., imigrante ativista chilena que morou durante alguns anos na cidade e participou dos primeiros anos de formação da Warmis.

²⁷ Atualmente, a Frente é composta pela Equipe de Base Warmis, Rede de Mulheres Imigrantes Lésbicas, Bissexuais e Pansexuais (Rede MILBi+), Coletivo Sí, Yo Puedo, PAL – Presença de América Latina, Coletivo feminista de argentinxs em São Paulo e mulheres ativistas independentes. Contudo, é uma Frente aberta e em expansão que convida todas as mulheres imigrantes e refugiadas a participarem das atividades.

²⁸ Disponível em: <https://www.facebook.com/groups/745853555494003>

- Não existe manifestação individual em nome da frente, sem prévio consenso;
- A FMIR não receberá nenhum tipo de financiamento externo;
- Toda criança é bem-vinda às nossas reuniões.

A Frente foi articulada na 8ª Marcha dos Imigrantes e Refugiados, em 2014, e continua marcando presença em atos coletivos e manifestações, como por exemplo nas Marchas dos anos seguintes ou em ocasiões do Dia Internacional da Mulher (8M). Na 13ª Marcha dos Imigrantes e Refugiados, na qual estive presente, era visível uma divisão geral de grupos em nacionalidades, que portavam suas bandeiras e reivindicavam direitos diversos a partir de um viés de orgulho das origens. A exceção mais marcante foi exatamente a FMIR, que marchava com mulheres lado a lado, independentemente da nacionalidade num bloco grande que chamava a atenção do público ali presente, demonstrando que o gênero é algo cada vez mais pertinente e demarcado nas lutas políticas dentro dos movimentos migratórios.



Imagem 07. Registro próprio, FMIR na 13ª Marcha do Imigrante e Refugiado, dezembro de 2019.

Apesar de abordarmos principalmente os discursos e atividades das organizações citadas até aqui, assim como relatos de suas integrantes, também acionarei falas de outras mulheres migrantes e demais interações relevantes sobre casos diversos que complementem e elucidem os temas abordados. Destaco aqui as conversas delongadas que tive com T.S,

imigrante angolana, e H.B., imigrante boliviana. Conheci a última também a partir da Warmis, em evento sobre gênero e migração no Museu da Imigração. Ela não é integrante do coletivo, mas participa de eventos quando pode, sendo mestre e doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), cuidadora de crianças, além de mãe de duas meninas também nascidas na Bolívia. Elas vieram para o Brasil em 2011 devido à crise econômica mundial que reduziu drasticamente o trabalho em ONGs, setor em que H.B. exercia sua profissão de psicóloga, devido à falta de financiamento originário principalmente da Espanha. Ela e o marido encontravam-se desempregados e, precisando criar duas crianças, resolveram partir. Seu marido veio dois anos antes para São Paulo, trabalhou na costura, conseguiu economizar um pouco e estabelecer contatos, o que os ajudou a alugarem quartos em uma boa pensão e a montarem seu próprio ateliê na região da Vila Mariana.

Quanto à T.S. a conheci em uma das pré-conferências municipais para a elaboração do 1º Plano de Políticas Municipais para Imigrantes, no final de 2019. Ela se encontrava no mesmo eixo temático em que eu havia escolhido participar, que debateria sobre xenofobia, racismo e intolerância. Natural da cidade de Bengo (Angola), residente em São Paulo desde 2009, sua fala me chamou a atenção, pois explicou como um de seus filhos, o mais velho entre cinco, havia perdido a oportunidade de frequentar uma faculdade particular, pois a ficha de cadastro não aceitava a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) como documento válido para a matrícula. Assim, sentiu que o fato de não serem brasileiros prejudicou sua família de forma muito significativa. Na ocasião, ela comentou que isso foi um abalo muito grande para seu filho e, por consequência, para si mesma, pois o sofrimento de seu filho era algo muito doloroso para ela.

Quando a reencontrei no Centro Cultural da Penha para uma conversa, ela me disse que a pré-conferência havia sido a primeira ocasião em que participava de um debate sobre imigração e que só tinha tomado conhecimento desse evento por meio de um amigo da Juventude Negra. T.S. Em seguida me disse que ter conhecido aquele ambiente lhe dava mais ganas de participar de outros eventos que discutissem o tema, que havia voltado a estudar, pois desejava entrar em uma faculdade de Direito e lutar por melhorias para os imigrantes, além de ajudar o Brasil, o que de fato transformou sua trajetória. Em junho de 2021, ela foi eleita como uma das integrantes do CMI, o principal órgão consultivo municipal para a temática da imigração, transformando-se então em uma figura de liderança. Ela começou a postar ativamente em suas redes sociais, fazendo divulgação do trabalho do CMI, sendo convidada a falar em eventos online de coletivos e iniciando suas próprias lives para que pudesse interagir

com outros migrantes e ouvir suas demandas. “Se a gente não sair, trocar ideias, não tem como a gente melhorar, porque ninguém vai fazer pela gente”, ela me dizia.

Além disso, esta pesquisa deve imensamente aos múltiplos relatos feitos por migrantes em diversos eventos realizados pelos próprios grupos de migrantes, projetos de extensão, grupos de estudos, organizações da sociedade civil e instituições públicas. Os grupos aqui citados formaram pontos de partida e a base das discussões, mas estas não se restringem a eles. O compromisso principal foi de que esta pesquisa fosse costurada a partir do que as migrantes traziam e não o caminho inverso.

Capítulo II – As violências cotidianas e suas repercussões na saúde

1. Discriminação, xenofobia e racismo

O SUS possui três princípios basilares: a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade implica que absolutamente todas as pessoas, independentemente de qualquer tipo de critério ou caracterização, possui o direito fundamental à saúde. A integralidade, por sua vez, prevê que todas as dimensões do cuidado precisam ser levadas em consideração, o que inclui a atenção a maneiras de reduzir diversas formas de vulnerabilidade, decorrentes, por exemplo, das desigualdades socioeconômicas, violências de gênero ou situações de racismo e xenofobia. Finalmente, a equidade no SUS significa que se deve incluir maneiras de garantir o direito à saúde com atenção às particularidades sociais, econômicas e culturais, de forma que pessoas de diversos contextos sintam-se amparadas em suas diferenças.

Ao longo da pesquisa, não observei mulheres migrantes questionando a forma ou o conteúdo dos princípios do SUS. O sistema é geralmente visto como avançado em comparação com a maior parte dos países do mundo, inclusive quando falam de seus países de origem. Assim, houve a expressão de algumas opiniões bastante positivas ou queixas muito restritas a respeito do SUS. Por exemplo, T.S., relatou que “não tem do que reclamar” e que os partos de seus dois filhos brasileiros em relação a de seus três filhos nascidos em Angola são incomparáveis, pois se sentiu bem mais acolhida aqui do que em seu país de origem, ainda que relate ter visto pessoas de seu continente sendo maltratadas “por questão de língua”.

A gratuidade do sistema frente a muitos modelos privados parece ser importante no momento de tecer comentários a respeito do SUS, o que me remete a um relato interessante feito por F.M., mulher e mãe imigrante de Benim que falava de suas experiências nos equipamentos públicos de saúde na 1ª Plenária Nacional de Migração e Saúde, organizada pela Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados²⁹ e realizada em diversos dias entre junho e julho de 2021. Foi um evento marcante, pois realizou atividades autogestionadas e rodas de conversa, nas quais migrantes e profissionais de saúde falavam de suas experiências sem perguntas definidas a eles.

Na ocasião, ela comentava sobre a sua busca por atendimento quando engravidou de sua filha. Segundo seu relato, havia realizado um teste de farmácia que deu resultado positivo

²⁹ A Rede define-se como um coletivo de serviços de assistência e saúde para migrantes na cidade de São Paulo e conta com pesquisadores, ativistas e funcionários da área.

para gravidez, o que a fez procurar o posto de saúde mais próximo de sua residência. Chegou no período da tarde e a informaram que precisava voltar na parte da manhã. No dia seguinte, ela afirma ter chegado às 06 horas da manhã e lhe negaram atendimento novamente, justificando que não sabiam se ela estava grávida e que ela precisava apresentar um teste de sangue³⁰. Ela optou então por solicitar atendimento em uma maternidade, onde explicaram que só realizavam parto no local, o que a fez procurar outro posto de saúde. Nesse posto, novamente lhe foi negado atendimento, pois disseram que ela precisava ir até a UBS cadastrada em seu bairro, a mesma da qual havia saído sem atendimento inicialmente. Foi apenas no posto da região de residência de seu namorado em que ela conseguiu ser atendida e realizar suas consultas de pré-natal. Ela também afirma que enfrentou certa dificuldade em agendar uma consulta para sua filha na época em que ela teve refluxo. Apesar dos relatos aqui descritos, F.M. afirma: “Eu não reclamo muito, porque a saúde aqui é de graça”. Na mesma Plenária, A.S., imigrante senegalês residente em Caxias do Sul, disse que o sistema de saúde em seu país de origem é bastante deficitário, que já testemunhou casos em que pacientes em risco não receberam atendimento sem garantia de pagamento e que há falta de ambulâncias. Assim, ele afirmou que “pessoas têm medo de adoecer, principalmente os mais pobres” e que “pelo menos o SUS é gratuito”.

O alcance e a gratuidade do SUS são fundamentais por vezes para as vidas das migrantes em aspectos não tão óbvios, que é a mobilidade temporária ou definitiva em busca do acesso à saúde. As pessoas também migram à procura de saúde. É o caso do pai de H.B. residente na Bolívia, que estava em uma situação delicada e a família concluiu que os serviços de saúde brasileiros ofereceriam maiores oportunidades para seu tratamento, impossibilitado em seu país de origem.

Uma coisa que não foi comigo, mas foi quando meu pai foi assaltado na Bolívia e a gente não soube disso na época, bateram muito no meu pai, na cabeça dele. Como estávamos longe da família, eles queriam nos preservar do sofrimento, então não queriam contar. Minha mãe nunca me contou, minhas irmãs também não, só ficamos sabendo quando meu pai já estava perdendo todos os movimentos e ele desmaiou. Ligaram para o médico e ele disse que era uma hemorragia interna, que estava obstruindo o cérebro e que ele poderia morrer e aí eles nos falaram. Sabendo das dificuldades econômicas para fazer uma cirurgia na Bolívia, porque lá não temos um sistema universal... estava sendo implantado agora, mas não sabemos como vai ficar com a saída do Evo [Morales]. Mas à época não tinha isso, então achamos melhor trazer meu pai para cá. Compramos a passagem e no dia que ele chegou levamos no Hospital

³⁰ É comum no protocolo do SUS a indicação de um teste beta HCG a mulheres cujo teste rápido de gravidez tenha dado positivo. Contudo, o guia técnico Teste Rápido de Gravidez (2013), produzido pelo Ministério da Saúde (MS), explica que ele pode ser realizado posteriormente, com demais exames.

São Paulo, ele foi internado nesse dia e no terceiro dia ele foi para cirurgia. Foi muito rápido, não nos pediram nenhuma documentação, só pediram nosso endereço. Ele foi operado lá, foi muito bem tratado. Inclusive a assistente social, ao saber que éramos bolivianos, deve ter pensado pelas dificuldades que a comunidade passa aqui e veio perguntar se precisávamos de cesta básica, alguma ajuda e respondemos que não, mas que ficávamos gratos pela compreensão, que a única coisa que queríamos era que alguém de nós pudéssemos ficar com ele. Foi tranquilo, eu ficava de dia e minha mãe de noite, nunca o deixamos sozinho. Ele foi bem tratado, recobrou todos os movimentos e retornou para a Bolívia.

Portanto, é importante observar aqui, antes de indicar algumas críticas e observações tecidas pelas imigrantes e refugiadas, que o SUS, enquanto modelo de saúde pública, foi amplamente defendido por elas nos relatos que analisei para esta pesquisa. O reconhecimento da saúde como direito fundamental é particularmente admirado pelas migrantes. Existem diversos elementos positivos, profissionais dedicados, atendimentos de qualidade e tratamentos bem-sucedidos no âmbito do SUS, absolutamente essencial para a população, migrante e brasileira, sendo um verdadeiro marco civilizatório. Contudo, ele não é imune a críticas e a problemas que atravessam toda a estrutura social. Desse modo, as observações principais feitas pelas migrantes dizem respeito à uma certa distância entre os princípios defendidos e a prática realizada em seu cotidiano, seja por má organização, desconhecimento da temática migratória, barreiras de comunicação, pouco direcionamento no atendimento a esse público ou por situações diversas em que se sentiram discriminadas, maltratadas, infantilizadas ou ignoradas pelos funcionários dos equipamentos públicos de saúde. Em vista disso, entende-se que os princípios preconizados pelo sistema não são plenamente efetivados nas experiências das migrantes.

Muitas das queixas ouvidas ao longo da pesquisa estão associadas a problemas que ultrapassam o ambiente de uma UBS ou de um hospital e que não podem ser resolvidos estritamente nesses espaços. Nesse sentido, não se trata apenas de desafios enfrentados unicamente em equipamentos de saúde, mas de violências e desigualdades sociais que permeiam toda a estrutura da sociedade. A própria escassez de dados sobre a saúde da população imigrante e refugiada é considerada dentro dessa perspectiva de desigualdade de acesso universal à saúde, pois sem maiores informações sobre o tema, é muito complicado construir qualquer tipo de política. Y.O., acadêmica colombiana há três décadas no Brasil, questionou em live com a Warmis, ao abordar a saúde das mulheres migrantes: “Onde estão os dados? Quem são as mulheres, quais as nacionalidades, de quais doenças se queixam, têm filhos, qual é sua orientação sexual?”.

Já o princípio da universalidade do SUS dentro dos equipamentos de saúde encontra também nas vidas de imigrantes e refugiados alguns obstáculos para ser cumprido. O primeiro diz respeito a um discurso de lugar-comum de que o sistema não tem como comportar estrangeiros, sendo que os próprios brasileiros já enfrentam diversas dificuldades e, que, portanto, o Estado deveria priorizar os nacionais nos serviços oferecidos. Há uma percepção recorrente de que a presença de migrantes nos serviços inflaria ainda mais a demanda na área da saúde pública, isto é, representaria um prejuízo para os brasileiros. A ideia é de que os migrantes estariam ocupando espaços que deveriam ser de nacionais, o que, por si só, já se configura como xenofobia. O atendimento preferencial aos brasileiros é relatado, por exemplo, por I.V., brasileira pesquisadora que presenciou a distribuição de senhas para venezuelanos e brasileiros, em que o critério de atendimento ocorria de acordo com a nacionalidade e não de acordo com a urgência, testemunhando nesse processo o caso de um venezuelano que perdeu a visão de um dos olhos.

Um segundo ponto relaciona-se ao desconhecimento e desinformação dos próprios atendentes de saúde sobre os direitos de pessoas estrangeiras aos serviços, sobre a documentação necessária para o atendimento. Por exemplo, o protocolo de refúgio às vezes é aceito e às vezes não o é como documento para a emissão do cartão SUS. Há um vácuo de orientação para lidar com migrantes, o que na prática significa que muito do que eles acessam e vivem no atendimento em saúde acaba dependendo da discricionariedade do profissional da ponta. A depender do quão recente é a chegada do migrante no país ou de seu nível de isolamento e desinformação, ele pode de fato acreditar que não tem direito à saúde no país.

Em determinada ocasião, J.M. explicou que a terceirização de funcionários nos equipamentos públicos dificulta ainda mais o acolhimento de migrantes nesses espaços, pois muito raramente as empresas realizam programas de capacitação sobre os direitos dos migrantes no SUS, pouco sendo feito para combater crenças de que a população imigrante e refugiada não seria contemplada pela universalidade do sistema. Essas questões se agravam especialmente se a pessoa que demanda atendimento é indocumentada. Aqui, de acordo com as organizações de migrantes, é bastante comum que o atendimento seja negado sob a justificativa de que a situação do migrante no país é irregular, ainda que o direito fundamental à saúde seja previsto na lei para qualquer pessoa. Há mesmo denúncias realizadas por ativistas da causa migratória de migrantes indocumentados que foram buscar atendimento em UBS e reportados por funcionários para a PF, sendo posteriormente deportados. Esse movimento indica um viés xenofóbico, de criminalização da migração e securitização da saúde que não cabe a funcionários do SUS resolver, já que não é do escopo dos profissionais da saúde atuarem como agentes de

segurança. Tais histórias de deportação que atravessam as comunidades migrantes pela oralidade minam a confiança de migrantes no sistema de saúde, servindo como fatores que desencorajam muitas pessoas a procurarem atendimento médico, exceto em casos de extrema urgência, o que impacta profundamente o estado de saúde das mesmas.

Assim, como explicam Garcia Jeske & Sparemberger (2016, p. 15), “é possível vislumbrar o imigrante enfrentando uma dupla dificuldade, ou seja, uma por ser imigrante e não ter, por exemplo, acesso ao SUS pela falta de documentos e por outro lado o estigma de imigrante e carregar o fardo de representar um ônus para a sociedade a qual pretende se inserir. Infelizmente, nestes termos, o SUS tem sido traduzido por uma universalidade mitigada, reduzida, uma vez que esta restou evidente frente às barreiras enfrentadas pelos imigrantes ao acesso às políticas de saúde, bem como as formas de individualização negativa e a categorização do imigrante a partir de seus estigmas.”

Os obstáculos no acesso à saúde pelo fato de ser migrante ficam ainda mais complicados caso a língua materna do mesmo não seja o português. Em realidade, o fato de não haver a presença de tradutores nos equipamentos públicos é uma crítica recorrente entre imigrantes e refugiados, pois as barreiras de comunicação linguística tornam muito complicado comunicar plenamente suas necessidades ou entender o que os funcionários estão dizendo sem o domínio da língua portuguesa. Se o usuário não consegue expressar adequadamente seus sintomas, dilemas, dúvidas e angústias, há um impacto na saúde, seja no diagnóstico, no pedido de exames complementares ou no próprio sentimento de ser verdadeiramente escutado e compreendido. Ademais, a dificuldade em falar o português torna a reivindicação por direitos mais difíceis. Para M.J., da AMILV,

nas instituições públicas deveria ter uma pessoa que pelo menos saiba outros idiomas. Assim como nós bolivianos nos esforçamos para aprender o português, acho que os funcionários precisam aprender espanhol. Não é no sentido de discriminar, ofender, é para nos comunicarmos.

Já J.M., da Warmis, afirma ser chocante para ela que uma cidade diversa como São Paulo não trabalhe com mais mediação cultural nos equipamentos públicos e complementa:

O Brasil é quase metade da América do Sul. Acho que a hispano América deveria aprender a falar português e o Brasil deveria aprender a falar espanhol. Equipamentos públicos com uma alta incidência de imigrantes, pelo menos em algumas práticas, deve-se usar o espanhol. Então deveria haver uma capacitação permanente dos funcionários públicos para lidar com a diversidade, que pelo menos exista um mediador intercultural nos equipamentos públicos, isso já facilitaria muito.

Assim, a incapacidade em equipar os serviços públicos com tradutores é lida como uma forma de desinteresse e discriminação em relação à população migrante, pois as barreiras linguísticas são impeditivas de um atendimento com a mesma qualidade dirigida aos nacionais. Isso não significa que a ausência de funcionários políglotas possa ser levantada como justificativa para o não-atendimento ou para que não se preste atenção no que o usuário está tentando dizer, sem que sejam acionadas outras ferramentas que garantam um mínimo de comunicação, como o Google Tradutor, bastante mencionado por migrantes em seus relatos, e também frequentemente utilizado por mim e por funcionários brasileiros do CRAI em minha experiência no local³¹. Contudo, o que fica claro é que essas ferramentas deveriam ser secundárias e, atualmente, os esforços para se comunicar dentro de equipamentos públicos dependem muito mais de iniciativas bem-intencionais e pontuais, mas não plenamente efetivas e estruturadas, sendo a dificuldade de comunicação linguística uma das deficiências mais reportadas pela população imigrante e refugiada, especialmente nos serviços de saúde.

Entre as propostas que aparecem de maneira mais frequente está a contratação de funcionários e mediadores imigrantes e refugiados nos equipamentos públicos como forma de suprir tais lacunas. Além da questão da língua, seria uma estratégia importante de reconhecimento das capacidades da população migrante enquanto profissionais e para o próprio sentimento de acolhimento dos usuários nos locais, como indica T.S., imigrante angolana que conheci em uma das pré-conferências municipais em 2019:

Porque você quer chegar num lugar e sabe que vai se abrir, se expor e que tenha alguém ali, nem que seja da nossa comunidade, como voluntário, que receba essas pessoas. Porque existem muitos imigrantes com formação. Seria bom para a pessoa não se sentir tão deslocada em procurar ajuda. Você já pensa, tem que ir até lá e quem tá lá não vai me entender. Eu não vou saber o que falar para essa pessoa. Mas se tiver um imigrante ali dentro, para ser intérprete, para fazer um acolhimento, você se sentiria melhor. Para muitas pessoas é esse o medo, chegar para uma pessoa que mal olha para sua cara e sair dali com nada resolvido.

Eu pessoalmente não sinto isso. Como eu falo a língua e dialogo bem, as pessoas me ajudam. Mas é um receio que existe. Nosso povo está sofrendo e é a maioria. Tem gente que não consegue nem chegar na DPU, nem conhece a DPU. Mas se tivesse uma Delegacia do Imigrante, se você sofrer preconceito ou xenofobia, foi assaltado, passou por situações vexatórias, seria mais simples ter esse lugar específico para se queixar. Nada melhor do que uma pessoa que viveu a

³¹ Como mencionado anteriormente, o CRAI, enquanto serviço especializado no atendimento a migrantes, conta com profissionais que se comunicam em línguas diversas, principalmente aquelas pertencentes às nacionalidades que mais demandam serviços no equipamento. Contudo, não são todos os funcionários e voluntários que conseguem se comunicar necessariamente na língua materna do usuário e, nesses casos, utilizamos principalmente o Google Tradutor para realizar o diálogo.

experiência para ajudar pessoas em situações parecidas. Quando eu cheguei aqui eu passei por situações complicadas. Eu superei, mas teria sido legal ter pessoas que passaram por aquilo também para dar esse suporte a pessoas que estão chegando no país.

Ela acredita que é difícil ter órgãos específicos em todos os setores, mas defende a importância de que haja pelo menos migrantes trabalhando nos equipamentos públicos, porque isso propicia certo alívio e apoio para aqueles que procuram tais locais como usuários. Ela fala dos postos de saúde, quando chegam mães ou gestantes migrantes, especialmente as que não falam português e só têm acesso a folhetos informativos, que muitas vezes estão disponíveis apenas na língua local. Para ela, se abrir e se sentir acolhida não é um processo tão simples e seria facilitado com a presença de trabalhadores migrantes nos locais.

No atendimento a migrantes, outro desafio bastante presente é a ideia, reproduzida por funcionários de distintas instituições, de que o migrante deveria ser grato pelo serviço ofertado. A gratidão na verdade toma forma de expectativa de submissão, na medida em que se espera que o migrante não tenha queixas ou mesmo algum tipo de opinião autônoma em relação a qualquer tema que envolva aquele atendimento. Há frequentemente uma postura de que o Brasil ou os funcionários do local estão prestando um favor à pessoa migrante e que, portanto, não caberia à ela fazer observações ou críticas.

Na pesquisa de campo que realizei em casa de acolhida de uma ONG que presta serviços diversos a migrantes, em que eu esperava uma lógica operante distinta, também encontrei traços dessa expectativa pela gratidão, de algo em retorno. Em certo dia, um homem que morava no abrigo explicava para a assistente social sobre sua dificuldade em seguir os rígidos horários do local, enquanto ela insistia na necessidade de o mesmo obedecer às orientações do local, argumentando “Eu estou te ajudando, por que você não me ajuda também?”. Em outra ocasião, uma mulher venezuelana havia discordado com a assistente social e, ao reportar o caso para outro funcionário, este concluiu irritado “Se ela não está gostando, que vá embora então, vai ver se encontra algo melhor”. Ainda em outro dia, uma ex-moradora boliviana veio visitar o local para trazer lembranças aos funcionários. Quando ela partiu, a assistente social afirmou: “Ela é boa, muito boazinha, escuta tudo o que a gente fala”.

Era comum ouvir como resposta dos funcionários às queixas sobre cansaço e dificuldades da vida no Brasil dos moradores variantes da frase “Todos nós temos problemas, não é apenas você”. É evidente que existem nuances nas relações criadas, que os migrantes

também eram capazes de praticar violências³² e que as demandas no abrigo eram de fato muitas e frequentemente estressantes para todos os envolvidos. Ademais, uma organização da sociedade civil que oferece diversos serviços a imigrantes e refugiados possui extrema importância, especialmente em épocas de retrocessos e conservadorismo. Contudo, a preferência pelo não questionamento às regras da instituição e às falas dos funcionários permeava o cotidiano do local.

Essa expectativa de obediência, se já presente em um ambiente especializado no acolhimento à população migrante, adquire ainda maior probabilidade de ocorrer em ambientes que não estão tão familiarizados com esse grupo, como é de fato frequentemente relatado por imigrantes e refugiados. Mais do que isso, no caso dos equipamentos de saúde pública, o discurso de que se está fazendo um favor ao migrante atendido distorce os princípios da universalidade e equidade do SUS e não reconhece os migrantes como sujeitos de direitos e, em última instância, negam a plenitude de sua humanidade, o que inclui a capacidade de questionar, como revela parte da conversa com J.B, em que ela falava da primeira experiência de discriminação que sentiu em São Paulo.

Acho que a primeira que me deixou muito triste foi quando eu cheguei e eu peguei uma infecção urinária terrível. Meu marido me levou ao pronto socorro da Santa Casa, no Largo do Arouche. Entramos juntos na madrugada, estava com muita dor. O médico nem olhou para minha cara, ainda me quis maltratar, meu marido brigou com ele, porque o comportamento dele era tipo “Estamos fazendo um favor para você” porque na época só tinha o protocolo, ainda não tinha o RNE³³, demorava. Me senti péssima, porque estava tão doente que não podia nem me defender. Não sabia falar a língua, mas eu entendi e senti a violência e a xenofobia desse médico. A única coisa que me confortou foi meu marido discutindo com ele. Mas também sofri no serviço público quando estava grávida, fui discriminada, saí chorando. Tinha uns exames e a moça do atendimento foi muito grossa comigo, claramente porque eu era imigrante, perguntando por que eu vim para o Brasil se eu não entendia as coisas. Eu comecei a chorar, estava grávida e super sensível. Até as pessoas ao redor pediram para a moça se retirar, porque foi muito grotesco.

Os comentários acima refletem algumas faces da xenofobia e sua relação com o direito à saúde. Entretanto, quando falamos de xenofobia, é importante notar também que é impossível

³² Conflitos entre os próprios migrantes não eram incomuns, inclusive resultante de práticas discriminatórias. Um exemplo foi um dia em que cheguei e todos pareciam estressados. A assistente social me disse que uma briga eclodiu no abrigo entre imigrantes haitianos e angolanos e precisava ouvir os envolvidos, já que é contra as regras do local agressões contra funcionários ou outros moradores, que resultam em expulsão automática da instituição. O que as testemunhas até então ouvidas relataram era que um dos haitianos havia falado para um dos angolanos que ele precisava fazer seus serviços no abrigo, pois o Haiti era um lugar de “pessoas livres”, enquanto a África era de escravos, dando início à confusão.

³³ Registro Nacional de Estrangeiros, atualmente o RNM.

discorrer sobre tal fenômeno sem falar sobre o racismo. A história da formação nacional do Brasil é marcadamente atrelada ao racismo. Se o colonialismo significou o extermínio de povos originários e o deslocamento forçado de um contingente imenso de pessoas negras escravizadas, cujos reflexos permanecem vivos em tempos presentes, é necessário também recordar que a imigração entre o fim do século XIX e início do XX, período em que o país recebeu cerca de 4,4 milhões de imigrantes (LEVY, 1974), foi resultado de uma tentativa de branqueamento da população durante o período.

Seyferth (1996, 2002), em suas análises de documentos históricos, indica que o primeiro argumento utilizado era sobre a necessidade de ocupação de terras vazias, argumento que desconsiderou a população nativa, classificada como nômade e incivilizada. Um segundo argumento era que pessoas não brancas seriam incapazes de agir de maneira autônoma e, portanto, pressupunha-se que fracassariam como pequenos proprietários de terra e seriam improdutivos num sistema de livre iniciativa, ao contrário de imigrantes europeus, habituados a tal sistema. A composição étnica da população era considerada incompatível com a formação de uma economia moderna, com o progresso do país. Seyferth (2002, p. 134) descreve que “partindo de uma ideologia que afirmava a superioridade biológica, intelectual e cultural dos europeus, muitas dessas teorias pretendiam ter demonstrado que o desenvolvimento da civilização, o progresso tecnológico e a própria estratificação social obedeciam a leis naturais”.

Os cientistas, pensadores sociais e legisladores brasileiros, calcados em ideias de darwinismo social e eugenia, esperavam que o fenótipo brasileiro se transformasse em branco em aproximadamente três gerações. Portanto, esperava-se, ao trazer mão-de-obra europeia – sobretudo italianos, portugueses e espanhóis – “melhorar a raça” e construir uma nação branca ideal. Nesse sentido, negros e indígenas constituíam um obstáculo à ideia de civilização sonhada pela elite brasileira. Trazer a Europa para o país era a maneira encontrada para apagar o máximo possível os traços da existência de negras e indígenas no território. O tipo nacional ideal era o que conseguisse mais se aproximar do branco europeu. A construção do Brasil enquanto nação independente definiu rapidamente quais eram os tipos desejáveis e quais eram os indesejáveis³⁴.

³⁴ A imigração asiática não era um consenso entre os formuladores de políticas migratórias. Seyferth (1996) indica que alguns, como o conselheiro João Cardoso de Menezes e Souza, se mostravam radicalmente contra a vinda de asiáticos, enquanto outros, como o político Tavares Bastos, apoiavam a vinda dos mesmos apenas para áreas rurais, sem a concessão de permanência fixa e através da iniciativa privada, pois o financiamento do governo deveria ser voltado para um fluxo originário de “povos civilizados”. Para os que eram a favor da vinda de povos asiáticos, estes eram vistos como um mal menor para suprir a mão-de-obra necessária na lavoura, mas ainda assim eram encaixados como povos médios permeados por vícios e defeitos, enquanto europeus eram categorizados como superiores. Os africanos eram considerados bárbaros, cuja vinda para o Brasil representaria a “africanização” da

A configuração de migrantes desejáveis e indesejáveis é ainda bastante presente nos dias atuais brasileiros e é diretamente influenciada pela cor de pele da pessoa que se desloca. Queixas vindas de migrantes não brancos sobre situações de racismo e xenofobia são extremamente comuns. Falo especificamente de migrantes não brancos, pois a xenofobia aparece de maneira mais demarcada quando se trata de grupos racializados. Em alguns eventos sobre a temática migratória, ouvi migrantes declarando que brancos não sofrem xenofobia ou não são afetados com a mesma intensidade, chegando a utilizar a expressão “xeno-racismo”³⁵, pois o racismo e a xenofobia se retroalimentariam, sendo o elemento racial central na definição das vítimas de xenofobia. M.J., por exemplo, teceu um comentário importante a mim em relação ao assunto:

Basta um olhar para fazer você se sentir mal. Você sobe no metrô e te olham dos pés à cabeça como se você fosse um bicho exótico, não é assim, nós também somos gente, seres humanos. Aqui no Brasil tem muita discriminação, principalmente com bolivianos e com africanos. Com paraguaios não é assim, como eles são altos e brancos. Bolivianos são baixos, morenos, então existe esse preconceito.

Para a Equipe de Base Warmis, enquanto migrantes brancos ocidentais são socialmente aceitos, considerados portadores de conteúdos positivos, como conhecimento e trabalho qualificado, migrantes negros e indígenas são tratados como invasores, criminosos, pessoas que roubam empregos ou que são tão vulneráveis a ponto de serem infantilizados constantemente.

Há um elemento de surpresa no encontro com a xenofobia e racismo no Brasil, pois a imagem que se faz do país no exterior geralmente é moldada de outra forma. S.M., migrante peruana desde 2014 na cidade e integrante da Warmis, disse em live do grupo que, como o Brasil é composto por muitos grupos étnicos, acreditava que o país estava relativamente livre de discriminações, mas se percebeu diante de uma sociedade bastante preconceituosa. Para algumas migrantes, há um reconhecimento maior de sua identidade racial e étnica no Brasil, na medida em que seus países de origem são compostos por uma grande maioria negra ou por uma parcela maior de população de ascendência indígena, como é o caso das mulheres andinas, por exemplo. J.M., me disse:

Talvez seja difícil de entender, mas eu não me dei conta dos meus traços indígenas até chegar aqui, pois na Bolívia todo mundo sabe que pertence à

cultura e da sociedade, não sendo sequer cogitados nas discussões sobre a imigração. Ambas as imigrações foram proibidas entre 1890 e 1907.

³⁵ “Xeno-racismo” é um termo já utilizado por alguns autores como Flannery (2018) e Fekete (2001).

alguma nação³⁶, não se questiona, você vive isso. Quando você sai, aí eu comecei a entender o que é ser quéchua. Minha família sempre se declarou quéchua, mas nunca me questioneei sobre o que era ser quéchua até morar no Brasil. Até agora minhas relações sempre passam pelo tema da xenofobia e da discriminação por minha aparência.

Ela comenta, por exemplo, que durante seus dias aqui, já passou por muitas situações de constrangimento, em que se sentiu rejeitada, exotificada ou ameaçada, inclusive na frente de seus filhos. Assim, contou-me sobre a vez em que sua filha presenciou um momento em que um homem quase a agrediu fisicamente por xenofobia e outra situação em que foi solicitado a ela e seu filho uma foto, com a frase “Posso tirar uma foto com o indiozinho?”.

Em conversa com H.B., também boliviana, portadora de título de Mestre e atualmente doutoranda na Unifesp, ela teceu observações sobre os estigmas negativos e estereótipos associados a determinados grupos de migrantes, como se houvesse uma única narrativa possível a ser contada sobre eles.

Percebemos muito os estereótipos, principalmente de associar a comunidade imigrante com pessoas sujas, com trabalhadores escravos, com traficantes de cocaína. Eu já escutei de pessoas onde me apresentava em outros bairros de achar que eu era trabalhadora escrava, de estar na área da costura de maneira precária, de ser alguém que trafica drogas. Uma vez eu subi no ônibus, estava com minhas filhas, fomos assistir um filme no cinema, pegamos um ônibus, elas se sentaram atrás de mim e eu sentei do lado de uma moça negra. Ali a moça levantou e falou “Eu não vou sentar com uma traficante de drogas” e foi para outro lado, mudou de lugar. Eu tentei disfarçar, até porque não estava disposta a ter uma briga na presença de minhas filhas com uma pessoa que tem essas dificuldades, porque às vezes nem adianta. Ela continuou falando e eu tentando disfarçar, falando mais alto sobre o que vimos no filme. Eu falava alto, ria alto. Percebemos bastante esse tipo de preconceito, essas ideias que muitas pessoas têm e muitas se surpreendem quando encontram bolivianos tendo uma profissão, tendo instrução ou uma história diferente. Muitos brasileiros ficam surpresos quando eu digo que tenho mestrado e estou no doutorado, porque acho que existe esse preconceito.

F.P., do Diásporas Africanas, afirma que em Angola, de onde vem, a grande maioria da população é negra, então estava mais acostumada a ver pessoas como ela em posição de destaque, na política, na academia, na mídia e no entretenimento, enquanto aqui percebeu que locais de poder ou de destaque são dominados por brancos. Assim como H.B., diz que sempre que fala que é psicóloga, percebe um olhar de surpresa nas pessoas que escutam a informação.

³⁶ O termo “nação” aqui é utilizado para se referir a “povo indígena”, como os quéchuas, por exemplo. A Bolívia, país de origem de J.M., considera-se desde a reforma constitucional de 2019 um Estado plurinacional, o que parte de uma perspectiva de defesa da diversidade étnica e cultural boliviana, assim como o direito à terra das populações indígenas.

Foi na imigração ao Brasil que passou a se identificar como mulher negra ao perceber como sua cor afeta sua imagem. F.P. argumenta que, no Brasil, pessoas negras ficam associadas a determinados papéis ou são ligadas a “profecias autorrealizadoras”, como ocorre nos casos em que indicam como destino automático de garotos negros o tráfico de drogas. Ela afirma que sentiu aqui que seu corpo preto não podia frequentar certos lugares, especialmente em determinados horários, relatando o primeiro caso de racismo que sofreu aqui, ao ir para o mercado e ser seguida pelo segurança.

S.M., outra das lideranças do coletivo, também se queixa da mesma situação, pois, nascida e formada em Direito no Congo, sente que muitos brasileiros não acreditam na informação. Outro relato ainda vem de N.P., haitiana que veio ao Brasil como estudante universitária e diz que geralmente presumem que ela é pobre. Ela conta sobre uma ocasião em que estava na rua e começou a conversar com um brasileiro, simpático e educado que, ao fim da interação, sem nenhum aviso, sinal ou indicativo prévio no diálogo até então, lhe ofereceu uma nota de dois reais. Além disso, aquelas que buscam demonstrar seu valor no mercado de trabalho também citam o racismo como um obstáculo importante. T.S., que trabalha como vendedora autônoma se movimentando pela cidade, me disse que nos processos seletivos, “as primeiras a serem descartadas são as mulheres de pele negra”.

Por mais que você tenha capacidade, eles nunca te permitem mostrar o que você vale. No Brasil, você não precisa só ser, você precisa provar, mas se não te permitem provar, como você pode mostrar que você pode? Se você é descartada de primeira? Eu fui a uma entrevista de trabalho faz um mês. Foi uma indicação de uma amiga e essa empresa tem um projeto de agregar imigrantes. E eu fui na entrevista e as questões da prova eu achei simples. Mas aí eu senti que tiraram as pessoas com uma certa imagem. Na primeira chamada eu já fui recusada, me falaram que foi pela prova, mas eu sinceramente não vi isso. Eu conversei com minha amiga depois e ela foi falar com a chefe de RH e meu nome não estava nem na lista de candidatos da seleção, o que isso te remete?

Ela sente o racismo em diversos graus e dimensões da vida. T.S. fala sobre a sensação de fetichização sobre seu corpo, que “os homens olham para a mulher negra como se ela fosse um ser a ser dominado, eu já senti isso, olhares, indiretas, mas eu nunca permito que a pessoa dê dois passos com relação a mim”. Também acredita que o racismo pode ser identificado pela ignorância e desconhecimento a respeito de países africanos no geral. Ela sente que está sempre dando aulas de Geografia ao explicar que Angola é diferente do Congo e da Nigéria, que, por sua vez, são diferentes do Haiti, que é um país caribenho. Ela afirma que os brasileiros enxergam os países africanos como um todo indiferenciado, com culturas iguais e homogêneas e que sempre precisa ficar refutando esse fato. Essa falta de estudo e investigação sobre os

países africanos no Brasil a incomoda, ainda mais quando percebe que as associações feitas aqui em relação à África são frequentemente negativas, que “até na vizinhança tem aquela ideia de que todo africano é trapaceiro, todo africano lida com negócio ruim”.

Os estigmas negativos, discursos xeno-racistas e ideias pré-concebidas sobre determinados grupos emergem também nos serviços públicos e, nos relatos dos migrantes, ocorrem com frequência nos equipamentos de saúde, afetando em tal população o sentimento de acolhimento, assim como gerando rupturas nos princípios constituidores do SUS. Por exemplo, na Plenária Nacional de Saúde e Migração, S.Z., imigrante venezuelano indígena questionou a universalidade do sistema, pois afirmou que já passou por muitos problemas para conseguir ser atendido e marcar exames ou consultas. Ele citou como exemplo o caso de sua mãe, que passou a sofrer com dores de cabeça e, ao procurarem postos de saúde, indicaram a busca por hospitais privados, cujos custos não tinham condições financeiras de arcar, ao mesmo tempo em que foram informados que teriam de aguardar mais de um mês para os exames. Sua mãe faleceu 27 dias depois. S.Z. também falou de casos em que sua família não foi atendida pois, segundo os funcionários, “indígenas se curam naturalmente”. Assim, relatou que seus netos, com quadros de febre e diarreia, não foram atendidos, e repetiu algumas vezes “Somos todos humanos, também pegamos doenças”. Ele traz ainda mais um exemplo de dificuldades em obter atendimento, ao falar de sua neta gestante, que também não conseguiu marcar ultrassom e outras consultas necessárias, dizendo, em tom melancólico, que às vezes se questiona: “Será que o doutor tem medo de nós?”, concluindo que não tem confiança nos postos de saúde.

Quando há atendimento ou realização de exame e consulta, migrantes também passam por situações de constrangimento ou em que se sentem agredidos. Existem casos pontuais, como o vivido por H.B., que diz não ter sofrido muitas experiências de discriminação, com exceção de uma.

Não percebo discriminação dos médicos quando procuramos acesso à saúde, por exemplo. Mas eu tive uma experiência, que uma vez fui para um dentista, que é em outro espaço e eu já tinha ido muitas vezes, mas a moça me perguntou naquele dia “Você é de onde?”, eu respondi da Bolívia, ela perguntou “E você não pretendo voltar para seu país? Porque aqui está assim de bolivianos né”. Eu senti esse incômodo. respondi que ia ficar aqui e não dei mais nenhuma justificativa para ela. Mas depois disso não, somos bem tratados, não tive problemas com minhas filhas de atenção com os médicos com ela.

Em outros casos, houve uma maior frequência de relatos de preconceito e o tom agressivo de funcionários foi sentido de maneira mais forte. M.J. falou dos serviços de saúde,

dizendo que uma discriminação comum cometida contra bolivianos é em relação aos estereótipos sobre seu odor, afirmando que já viu, ao frequentar espaços públicos, pessoas fazendo o gesto de tapar o nariz e complementando:

Nos postos de saúde acontecem casos de discriminação também. Uma moça me falou que lá na Vila Maria tem um cartaz que diz “Para ser atendido, tem que tomar banho” e a maioria que vai lá é boliviana, há uma comunidade enorme ali. Uma que me marcou muito é quando estava fazendo tratamento por infecção urinária e me pediram alguns exames ginecológicos também. Eu fui numa clínica, num posto de saúde no Tatuapé e estava tudo bem, mas naquele dia, antes de mim entrou uma boliviana. Quando eu entrei, a doutora me tratou realmente muito mal, porque falou de um cheiro. Quando eu entrei, ela falou “Ah, outra”. Eu costumo ler os cartazes no hospital e tinha um cartaz que dizia “Você não pode discutir com um médico” e por isso que eu mordi minha língua. Se você não gosta do odor, porque você trabalha com isso, porque essa região tem cheiro. Quando estava na cama, abriu minhas pernas bem agressivamente. Lá também estavam três enfermeiras e ninguém falou nada. Eu olhei e aguentei, porque eu tinha que fazer esse exame. Eu saí dali, queria dar uma queixa, mas ninguém queria me falar quem era responsável pela ouvidoria, tentaram me acalmar.

Silenciamentos são produzidos no âmbito da saúde quando o comportamento adotado pelo médico é o de que está fazendo um favor ou de que sua palavra é inquestionável. Aqui, percebe-se que a relação médico-paciente hiper hierarquizada, típica do modelo biomédico, em que um é dado como o portador do conhecimento, enquanto o outro, paciente (passivo) escuta e obedece, ganha novos contornos de violência quando atravessado pelas dinâmicas da xenofobia e do racismo, frequentemente marcada por um sentimento de impotência por parte do usuário, como explicitado no relato de M.J. As relações de poder que estão inseridas *status quo* social de criação e reprodução de exclusões e privilégios refletem-se em “lógicas, processos, procedimentos, condutas, que vão impregnar a cultura institucional – o que, se não os torna invisíveis, faz parte de uma ordem ‘natural’ das coisas” (WERNECK, 2016, p. 545).

A falta de respeito e discriminação reverberam mesmo na forma como se vê os corpos racializados, subjugados à uma maior possibilidade de dor, colocando-os em uma situação de maior vulnerabilidade. H.J., imigrante haitiano, argumentou na Plenária Nacional de Migração e Saúde, por exemplo, que funcionários pressupõem que pessoas negras suportam mais a dor e têm menos preocupação em evitar os sofrimentos delas, relatando histórias de amigos compatriotas que alegaram terem escutado frases de funcionários como “Esse aí é negão, ele aguenta” ou “Esse é tão escuro que não consigo achar a veia” durante o atendimento. Tal relato é corroborado em estudos (Kalckmann et al., 2007; Leal et al., 2005, 2017; Figueró & Ribeiro,

2017) sobre o racismo institucional³⁷ na área da saúde, que indicam comportamentos graves dos profissionais, como falas que apontam para uma crença de que pessoas negras são mais resistentes à dor, falta de aplicação de anestesia, na assistência ao parto a mulheres negras³⁸ e em casos de anemia falciforme, minimização das queixas de usuários negros, menor uso de analgésicos para dor em pacientes negros, falta de orientação médica sobre doenças e prescrição de medicamentos e tratamentos incompatíveis com o diagnóstico. Em relação às mulheres negras, foi constatado também que, além do menor uso de anestesia durante o parto em relação às mulheres brancas, elas também possuíam maior risco de terem um pré-natal inadequado, tinham o direito de ter acompanhante no parto mais violado e recebiam menos informações sobre possíveis complicações na gravidez, sendo que o atendimento insatisfatório era maior entre pretas do que entre pardas, demonstrando haver um gradiente de cor relevante (Leal et al., 2017).

Para além dos impactos no atendimento dentro dos serviços do SUS, as migrantes dialogam sobre os demais efeitos que a xenofobia e o racismo produzem em seu estado de saúde. O Diásporas Africanas, por exemplo, frisa frequentemente o processo de desgaste que o preconceito é capaz de acarretar no indivíduo. O racismo, permeado em toda a sociedade, é uma marca constante nas vidas de migrantes africanas, o que gera impactos diretos na saúde física, como no caso de mortes violentas da população negra por aparatos estatais, por exemplo, mas também afeta a saúde mental, já que a exposição constante à violência racista é altamente perniciosa, fonte de sofrimento frequente. Nas redes sociais do coletivo, vemos algumas publicações atentando para a questão da saúde mental, como foi o caso da campanha Janeiro Branco de 2021, com o intuito de sensibilizar as pessoas sobre a importância da prevenção ao adoecimento mental. Em tais publicações, alega-se que cerca de 12 milhões de pessoas sofrem de depressão no Brasil a partir dos dados da OMS e afirma-se que “muitas pessoas adoecem sem ao menos perceberem que estão doentes, acreditam que tudo faz parte das dificuldades da

³⁷ O termo foi cunhado por ativistas do grupo Panteras Negras como “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (Carmichael & Hamilton, 1967, p. 4). O Programa de Combate ao Racismo Institucional (Silva et al., 2009, p. 22) indica que o racismo institucional “se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e Organizações”.

³⁸ Falhas na atenção obstétrica podem gerar impactos graves e negativos à saúde materna e à do recém-nascido. O racismo apontado na assistência ao parto de mulheres negras também reverbera nas estatísticas sobre mortalidade materna no SUS, que, em 2016, por exemplo, foi duas vezes e meia maior entre mulheres negras em relação a mulheres brancas (LEAL et. al., 2017, p. 2).

vida. Os efeitos colaterais surgem mais tarde a ponto de prejudicar o desempenho destas pessoas”³⁹.

O elemento racial na saúde mental é importante na visão das migrantes, pois o processo de adoecimento pode estar ligado ao modo como a raça é demarcada dentro da sociedade em questão. Fanon (2008), ao falar sobre as aulas nos cursos de Psicologia e Psiquiatria, fazia uma crítica ao uso dos modelos ensinados por serem muito distantes das realidades de pessoas negras, argumentando que “nem Freud, nem Adler, nem mesmo o cósmico Jung em suas pesquisas pensaram nos negros” (p. 134). Novamente, deparava-se com o aparelhamento que toma o branco como uma categoria universal, neutra e padrão para modelos explicativos, sendo que a socialização de pessoas negras é completamente diferente, algo que também produz subjetividades distintas das de brancos, relacionadas aos modos de ver, perceber, ser e estar no mundo. Há, portanto, consequências para a saúde mental advindas especificamente da experiência do racismo e da xenofobia, problemas estruturais que acabam afetando profundamente suas vítimas.

Nos relatos das mulheres migrantes, o racismo não faz parte de um trauma que permanece no passado, muito pelo contrário, é fonte de um sofrimento inscrito sempre no presente e que ameaça o futuro, afetando sua movimentação no espaço público, suas interações sociais, sua busca por emprego, o acesso à saúde e à moradia, o cotidiano escolar de seus filhos com colegas e professores, a maneira como são tratadas em instituições diversas. É uma fonte de angústia exaustiva⁴⁰. Para Bustamante (2020), ela própria imigrante boliviana em São Paulo e pesquisadora em saúde mental de migrantes,

A discriminação e o racismo, tanto ostensivos quanto sutis, têm importantes implicações para a sensação de pertencimento e bem-estar dos imigrantes. Especificamente, a experiência de discriminação racial tem sido associada a problemas de saúde mental, incluindo estresse, depressão, ansiedade, abuso de substâncias e ideação suicida. A desconfiança no sistema jurídico afeta a capacidade dos imigrantes de procurarem cuidados de saúde em geral e saúde mental em particular. As consequências negativas de conviver com o preconceito devem ser questões de grande preocupação para profissionais de saúde mental. Apresentações de problemas de saúde mental com base no preconceito incluem: exposição a formas manifestas e sutis ou aversivas de racismo; sentimentos de medo, ansiedade e um senso de comprometimento da segurança; questões de identidade racial; sentimentos de ser uma pessoa

³⁹ Disponível em: https://www.instagram.com/p/CJ8x7UOny_5/

⁴⁰ Cabral *et al.* (2020) argumentam que a exposição constante ao racismo pode provocar sentimentos de inadequação nos indivíduos. Ademais, indicam que a expectativa de vida de negros é menor em decorrência do aumento de quantidade de estressores advindos do racismo sistêmico, dando como exemplo a morte de parentes e amigos vítimas da violência racial.

de "segunda classe" e falta de um senso de pertencimento, dando lugar a uma menor utilização de serviços de saúde em geral e, em especial, de saúde mental.

Quando as migrantes são mães, os impactos do racismo sobre os filhos constituem uma outra fonte marcante de preocupação. P.K. é uma liderança congoleza conhecida na comunidade migrante em São Paulo, refugiada desde 2012 na cidade, mãe solo de cinco e avó de uma pequena menina. Já a ouvi contando sua história diversas vezes em eventos públicos, por ser, de acordo com ela, uma forma de trabalhar e ser protagonista de sua própria narrativa. Para sustentar sua família, atua e dá aulas de dança, culinária e de uso de turbante. P.K. veio ao Brasil devido aos conflitos políticos em seu país de origem, fez a travessia para Angola com sua filha, à época com cerca de sete anos, e grávida da segunda. Diz que se apaixonou pelo Brasil em Angola, assistindo às novelas que passavam na televisão. Como toda paixão, não viu defeitos no início, mas ao longo do tempo a realidade da vida no país a fez perceber outras características não tão apaixonantes. O racismo também foi uma surpresa para ela, pois em seu país ninguém apontava para ela na rua gritando “Negra!”. Aqui, teme pelas suas quatro filhas e pelo seu filho, como relatado em sua participação em live organizada pela Warmis.

Meu filho, não sei se é sonho de criança, sempre diz pra mim “Mãe, vou virar policial para te defender”. Ele cumprimentava policiais quando tinha 5/6 anos, eles acenavam de volta. Ah tá, ele é um anjinho né... Se um dia ele completar 15/16 anos e falar “Oi polícia”, eles não vão mais levantar a mão, meu filho vai ser tratado como alguém ruim. Nós pessoas pretas perdemos nossos filhos, por isso eu falo que a luta da mulher africana é a mesma que a da mulher afro-brasileira, porque a primeira coisa pra gente não é o documento, é o tom de pele, é nossa primeira identificação. Ser pessoa negra é ser barrada na rua, tratada como criminoso, já estou hoje sofrendo por quando meu filho completar 15 anos. Nós vivemos um momento ruim, que acontece também várias vezes nos EUA, apoio muito a luta do Black Lives Matter para o mundo mudar, porque a mãe negra não pode mais chorar o futuro de seu filho.

Um caso de grande repercussão ocorrido no início de 2022 ilustra bem o que foi dito por P.K. no trecho acima. Moïse Kabagambe, jovem congolês de 24 anos, foi assassinado em janeiro em um quiosque na Barra da Tijuca, na cidade do Rio de Janeiro, ao cobrar pagamentos atrasados no estabelecimento, já que havia trabalhado no local. Os registros das câmeras mostram que ele e um funcionário estão discutindo, Moïse segurando uma cadeira e o funcionário com um pedaço de pau. Após o congolês soltar a cadeira, ele é agredido e imobilizado com um golpe. Em seguida, sofre várias agressões com pedaços de madeira e um taco de beisebol, tem suas mãos e braços amarrados e fica desacordado por cerca de 20 minutos

sem atenção até o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) chegar e constatar seu falecimento.

O caso da mãe de Moïse remete um pouco ao de P.K., pois ambas saíram do Congo para fugir da guerra civil que acontecia em seu país de origem, chegaram no Brasil e encontraram violências cotidianas, com consequências extremas. A guerra não matou Moïse, mas o racismo, a xenofobia e a desigualdade de classe brasileiros o fizeram, evidenciando as tragédias sociais do país. Em entrevista, a mãe de Moïse relatou:

Olha a foto do meu filho, meu bebezinho. Era um menino bom. Era um menino bom. Era um menino bom. Eles quebraram o meu filho. Bateram nas costas, no rosto. Ó, meu Deus. Ele não merecia isso. Eles pegaram uma linha (uma corda), colocaram o meu filho no chão, o puxaram com uma corda. Por quê? Por que ele era pretinho? Negro? Eles mataram o meu filho porque ele era negro, porque era africano⁴¹

No trecho acima, destaca-se a frase “Era um menino bom”, repetida três vezes, como se quisesse reiterar a injustiça de tudo, a inocência de seu filho. O medo, as dores e as perdas de mães negras são retratados nessas narrativas. P.K. estava no ato que ocorreu no Museu de Arte de São Paulo (MASP) em solidariedade a Moïse, sendo uma das mulheres a falar para o público durante o evento. Ela expressou sua raiva e cansaço pelo tratamento que imigrantes e refugiados negros sofrem aqui, repetindo a indignação que sente também enquanto mãe. Na ocasião, a Equipe de Base Warmis e a AMILV estiveram presentes no ato de maneira organizada, demonstrando seu apoio e colocando na pauta da manifestação temas como xenofobia, racismo e regularização migratória.

⁴¹ Cf. Carta Capital. ‘**Eu só quero justiça. E peço: por favor me ajudem**’, diz mãe de congolês assassinado no Rio, 01 de fevereiro de 20221. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cartaexpressa/eu-so-quero-justica-e-peco-por-favor-me-ajudem-diz-mae-de-congoles-assassinado-no-rio/>



Imagem 08. Registro próprio de manifestação de apoio, solidariedade e de pedido por justiça para Moïse Kabagambe, fevereiro de 2022.

Em outra ocasião, revelou que quando busca apoio em um serviço público e sugerem encaminhamento para o setor da Psicologia, acredita na utilidade de sessões de terapia, mas não acha que sejam o suficiente. P.K. indica que precisa de apoio institucional para que tenha a convicção de que sua família ficará bem, em termos de segurança física e material, pois, em suas próprias palavras, “Eu não vim para o Brasil para enterrar minha filha”.

Outro elemento bastante reportado entre as mães migrantes racializadas como fonte de angústia é o bullying a que estão expostos suas filhas e filhos nas escolas, considerado frequente e grave. Retomo à T.S., que me contou:

Quando viemos para cá, não foi fácil, porque trazer seus filhos para uma cultura totalmente diferente, para um mundo novo. A adaptação foi difícil na escola, no convívio com as pessoas, porque a maior parte do meu povo é negro. Nós temos brancos no país, mas a convivência diária era entre negros. E você traz a criança

para um mundo novo, para um povo novo, para uma cultura nova, pensamentos totalmente diferentes. Foi um processo bem lento, mas hoje eles conseguiram superar bem. Questões como racismo, aceitação. Isso eles passaram também, não tem como fugir disso. Mas é aquilo que eu falei para você sobre a criança saber de onde ela veio, quem ela é e porque ela está aqui. Então tirando meu filho menor, que passou pelo CEI, pelo EMEI, ele passou por algumas situações que marcaram um pouco mais, mas a gente sabe que a questão do racismo vem de casa. Você não vai ouvir uma criança de 4 anos falar “Ai, não toca no que é meu porque você é preto” e meu menor dos três passou por situações desse tipo.

M.J. também me descreveu, expressando bastante irritação e frustração, algumas situações difíceis e violentas pelas quais seu filho adolescente passou na escola, perpetradas por alunos, professoras e pela própria instituição.

Eu sempre falo para ele que ele é brasileiro, mas que é para ele nunca esquecer que é filho de uma imigrante, de uma boliviana, não pode ter vergonha disso. Eu sou boliviana com orgulho. Ele mesmo me diz que ele é de dois países, gosto quando ele fala isso. Eu vi outras pessoas com filhos que não querem saber de nada, se envergonham da origem de seus pais, porque o entorno critica bastante, sofrem bullying. Meu filho sofria bullying. Uma vez ele bateu num menino, porque ele falou mal de mim e de meu país, falou com desprezo “Sua mãe é uma índia” e aí meu filho não gostou. Eu falei que ele não precisa bater no menino, que é para falar com ele e que, se ele não entender, é para deixá-lo. Nas escolas eu tive um problema com uma professora porque às vezes nós falamos espanhol com nossos filhos e meu filho confundiu uma palavra no caderno, aí a professora falou para ele “Você é um burro. Você não está na Bolívia para falar assim, vai embora para seu país”. Meu filho falou que ele é brasileiro e que a mãe dele é boliviana. Ele me falou o que aconteceu e fui lá reclamar com a coordenadora pedagógica. Fala-se tanto em direitos humanos, mas nessa escola não pediram nem desculpas. Buscaram a ficha dele para ver se ele se comportava mal ou não e acharam a ocasião em que ele bateu no menino que tinha falado mal de mim por ser boliviana. Mas a escola não se perguntou por que ele fez isso. Eu briguei bastante, aí me falaram que a professora estava estressada, tem que entender, desculpar. Desculpa nada, esse é o trabalho dela, por que trabalha com crianças se não gosta?

N.M., jovem boliviana na faixa dos 20 anos, integrante da Warmis, que veio para o Brasil com apenas quatro anos de idade, disse em programa de rádio que ouvia constantemente que não deveria estar no país. Antigamente, não pensava em seus traços indígenas, então não associava os episódios de bullying ao racismo, começando a acreditar que ela era o problema, que ela de fato não deveria estar aqui, o que resultou em uma deterioração de sua saúde mental. Hoje, se identifica como mulher marrom e entende melhor as marcas que o xeno-racismo deixou nela. De fato, a exposição ao ódio irracional, movido pelo preconceito e discriminação, é, afinal de contas, algo extremamente neurotizante para uma criança em desenvolvimento, como dizia Fanon (2008, p. 110). Dantas (2017), ao abordar o tema da violência verbal e física

sofrida por imigrantes e refugiados na infância e na adolescência, argumenta como a exposição constante às agressões gera sentimentos para as vítimas de que elas não possuem direito a um lugar no mundo, o que se torna fonte de muito sofrimento, com consequências por vezes permanentes.

Veiga (2019), falando sobre a discriminação racial sofrida por pessoas negras, argumenta que o racismo, a partir do apagamento de histórias dos ancestrais pela escravidão e da criação de narrativas negativas associadas a negros, acaba sendo pernicioso para a autoimagem e para o amor-próprio, produzindo sentimentos de vergonha, culpa e baixa autoestima. Assim, advoga por uma Psicologia que promova “o resgate do amor por si mesmo, por sua história, pelo povo ao qual se pertence” (p. 247). Para T.T., uma das integrantes do Diásporas Africanas, pessoas são plurais e diversas em todo o mundo, não é justo que à África fiquem associados apenas estigmas negativos.

Nesse sentido, pode-se destacar o trabalho do coletivo quando divulga em suas redes sociais um compilado de publicações de valorização da história, da cultura, da luta e da intelectualidade negra. Podemos encontrar posts celebrando datas de independência de países africanos uma vez colonizados, publicações informando sobre cada país, eventos que discutem as culturas africanas, divulgação da gastronomia e música de países do continente, fotos das cidades africanas e artigos que explicam argumentos de acadêmicos e ativistas negros. O grupo enfatiza ainda a potência das mulheres negras, publicando imagens delas com diplomas, em cargos políticos, vestidas de super-heroína, artigos de revistas com as frases de efeito, como “Black girls are queen”, e fotos de personalidades e intelectuais negras como Jurema Werneck, Sueli Carneiro, Leci Brandão e Vilma Reis, acompanhadas de suas citações. São publicações de celebração, orgulho e pertencimento, em que as histórias do povo negro e, principalmente das mulheres negras, são definidas em seus próprios termos.

Desse modo, para as mulheres migrantes racializadas, o sentimento da diáspora, entendido como aquele em que se enxerga como deslocada e/ou não incluída na sociedade em termos de equidade em relação aos demais membros da mesma, é frequentemente triplicado pela experiência da migração, do racismo e do machismo. Suas atividades, portanto, buscam lidar com essas vivências. Ademais, as próprias rodas de conversa e reuniões organizadas pelos grupos de mulheres migrantes servem como modos de perpetuar suas culturas, homenagear suas origens, enfrentar os processos diários de violência, construir vínculos afetivos, tão importantes para nosso bem-estar.

A Warmis, por exemplo, através de reuniões em que se discute contos tradicionais andinos, das apresentações de seu grupo musical Lakita e do compartilhamento de pensamentos

de autoras indígenas, perpetua sua ancestralidade e traz à luz culturas que sofreram e sofrem tentativas sistemáticas de extermínio, ao mesmo tempo em que estabelecem uma cumplicidade no processo. Traçando paralelos com a importância que Nascimento (1985) atribui aos quilombos na perpetuação de culturas africanas, de autoafirmação e de encontros, podemos observar nessas atividades uma luta pela formação de espaços em que há construção de laços com semelhantes, fortalecimento de identidades e valorização de culturas, nutrindo modos de acolhimento e produção de pertencimento. O Diásporas Africanas compara-se a um quilombo, afirmando que “a nossa existência se faz pela participação e colaboração de cada mulher que tem participado da construção e proteção deste Kilombo”⁴². É um novo lar fora do lar, um modo de resistir e de se abraçar, de acordo com F.P.

O que bradam então as migrantes ouvidas na pesquisa é que a xenofobia e o racismo estão associados à produção de iniquidades em saúde a ao processo de adoecimento e morte de imigrantes e refugiados. Para Y.O., imigrante colombiana residente no país há 28 anos, os impactos do racismo sobre a saúde do migrante ainda é um tema invisibilizado. A nível municipal, há um histórico recente de certo avanço, com a regulamentação da Política Municipal de Saúde Integral da População Negra em 2016, por meio da Portaria nº2.283, tendo como intuito principal reduzir as desigualdades étnico-raciais e combater a discriminação nos serviços e instituições do SUS. O documento reconhece que a população negra, devido ao processo histórico de exclusão socioeconômica, política e cultural, fica mais vulnerável a condições desfavoráveis de saúde, como desnutrição, doenças resultantes da periculosidade no trabalho, mortes violentas e sofrimento psíquico.

Além disso, o Plano Municipal de Saúde⁴³ (PMS) (2018 – 2021) possui tópicos específicos referentes à saúde da população negra, indígena e imigrante⁴⁴. Em relação à população negra, objetiva-se a ampliação do acesso, reconhece-se a importância da ampliação da temática étnico-racial na formação contínua dos profissionais do SUS, a necessidade de reduzir as taxas de mortalidade materna de mulheres negras e as taxas de violência contra a juventude negra, além de dar atenção especial à anemia falciforme, que é encontrada em maior proporção na população negra. Para a população indígena, foram estabelecidos como objetivos a ampliação do acesso e do cuidado integral, considerando-se as especificidades culturais. No

⁴² Disponível em:

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=175578724707477&id=109484187983598

⁴³ A Política geralmente é mais abrangente e define diretrizes gerais, enquanto os planos incluem metas, indicadores e objetivos.

⁴⁴ Refere-se à população imigrante, sem menção aos refugiados.

que diz respeito à população imigrante, há apenas uma ação listada, definindo a implementação do acesso, “independentemente da situação imigratória e documental” (p. 62).

Recorro também ao documento do Plano Municipal de Políticas para Imigrantes (2021 - 2024), pois, como já mencionado em momento anterior, é um documento resultante de diversas rodas de conversa entre migrantes e funcionários da PMSP e, portanto, expressa propostas importantes dentro da população imigrante e refugiada. O eixo IV do plano é especificamente sobre “Proteção aos Direitos Humanos e combate à xenofobia, ao racismo, à intolerância religiosa e a quaisquer formas de discriminação”. A ação nº 38 propõe criar programas de conscientização, que envolvem campanhas (duas por ano) e materiais (seis por ano), sobre os direitos dos imigrantes e a promoção de uma cultura de combate à xenofobia, racismo, intolerância religiosa e outras formas de discriminação, considerando recortes de gênero, idade, idioma e diversidade. Em complemento à última, a ação nº 39 estipula o apoio à realização de estudos interdisciplinares sobre temas ligados à xenofobia, racismo, intolerância religiosa e outras formas de discriminação, envolvendo universidades e comunidade imigrante, de forma a enriquecer a elaboração de políticas públicas transversais e a divulgar um amplo debate para a sociedade. O eixo IV ainda prevê a ampliação e o aprimoramento de canais de denúncias disponíveis para o público imigrante diante de experiências de discriminação, sistematização e divulgação de dados de violações a direitos humanos e a ampliação do acesso à justiça por imigrantes. Contudo, o eixo não faz menção específica à saúde, que é inserida no eixo VIII, intitulado “Acesso à saúde integral, lazer e esporte”, que, por sua vez, não menciona racismo e xenofobia, mas cita a criação de canal de interlocução remota entre migrantes e intérpretes, a capacitação e a sensibilização de servidores públicos para garantir o respeito à diversidade cultural, assim como a necessidade de maior espaço para pessoas migrantes em grupos de trabalho e conselhos de saúde.

Em parceria com a Escola Municipal de Saúde, a CPMigTD promoveu o projeto “Migrantes e Memórias no Atendimento ao Cidadão na Saúde” (EAC-2014), que se constituía como um curso de qualificação para Assistentes de Gestão de Políticas Públicas (AGPP). Ali foram qualificados 688 funcionários em 33 turmas. Os servidores recebiam aulas e material didático que explicavam sobre o contexto migratório brasileiro, a legislação migratória, as dificuldades enfrentadas por imigrantes e refugiados, assim como os estereótipos associados a eles. O relatório sobre as oficinas do curso aponta que a xenofobia e o desconhecimento sobre as questões migratórias como uma das causas principais para problemas enfrentados por imigrantes no sistema de saúde. Os AGPP refletiram que há pouca cobertura ou uma cobertura sensacionalista sobre os imigrantes e também afirmaram que até o curso ali ministrado, não

havia esse tipo de formação sobre migração para os servidores públicos. Outra questão levantada foi novamente sobre as reclamações de brasileiros argumentando que o sistema já estava sobrecarregado com a demanda do público brasileiro, o que dificulta ainda mais um atendimento de qualidade aos imigrantes.

Já em 2016, o Escritório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS) firmaram termo de cooperação para a capacitação de profissionais, troca de experiências, apoio técnico nos serviços de saúde mental, atenção técnica e saúde de imigrantes e refugiados, após um consenso de que os novos fluxos migratórios exigiam o fortalecimento de políticas públicas nesse aspecto. Dessa maneira, com o intuito de refletir sobre uma política de saúde para esses grupos, foi criado o projeto “Rodas de conversa: Saúde, Imigração e Refúgio”. Foram realizados fóruns mensais entre fevereiro e agosto daquele ano, reunindo membros da sociedade civil, ONGs, coletivos de imigrantes e acadêmicos para debates referentes ao tema. Desses fóruns resultou o Projeto de Educação Permanente em Saúde, que realizou cerca de 200 rodas de conversa em 63 centros de saúde (56 UBS, seis hospitais e dois prontos-socorros), com o objetivo principal de qualificar profissionais da área no atendimento à população imigrante e refugiada, e sensibilizá-los em questões como xenofobia e diferenças culturais. A coordenadora técnica da implantação de Políticas de Saúde para Imigrantes e Refugiados à época disse que o maior desafio enfrentado era a discriminação e a xenofobia e que

A importância desse trabalho é a desconstrução da discriminação e do preconceito. O SUS é uma política para todos. A gente espera que as Rodas de Conversa diminuam a discriminação, o preconceito, essas barreiras que a gente constrói dentro da gente, que impedem de olhar o outro que é diferente de mim, como uma pessoa igual, com direitos.⁴⁵

Há, portanto, um reconhecimento da PMSP da necessidade de lidar com a discriminação em equipamentos públicos. Contudo, é necessário frisar que esse reconhecimento não teria ocorrido sem as lutas de migrantes que, por meio de múltiplas vias, inserem suas pautas na esfera pública. A ocupação de espaços pelas e pelos migrantes é, portanto, central para que haja o desenvolvimento dos debates, levantamento dos problemas e possíveis soluções, para que o discurso antirracista e anti-xenofóbico não se limite às palavras ou a campanhas pontuais. A partir dos debates e relatos trazidos neste tópico é possível entender que tais formas de discriminação possuem efeito direto no acesso aos equipamentos de saúde, na maneira como

⁴⁵ Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=217244>

são tratados nessas instituições. Entretanto, as migrantes estão levando as questões para além desses ambientes, quando versam sobre as violências xenofóbicas e racistas que atravessam seus cotidianos, capazes de gerar sofrimento e dor, a nível físico e emocional. A produção da saúde e do adoecimento ultrapassam os limites das instituições da saúde, sendo necessário o reforço da ideia de que ela é realizada no dia-a-dia das vidas e está diretamente associada ao acesso a outros direitos.

2. Violência contra as mulheres

Segundo a ONU, a violência contra as mulheres pode ser definida como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”⁴⁶.

A violência contra as mulheres já vem sendo tratada há algumas décadas pela OMS e pela literatura como uma questão que ultrapassa a esfera criminal e que necessita ser prevenida e combatida por meio de múltiplos vieses. No campo da saúde, além das marcas físicas visíveis, há sequelas emocionais graves, como exposição ao estresse, baixa autoestima, aumento de ansiedade, confusão mental, depressão e suicídio. No caso da violência doméstica, há pesquisas que relacionam sua incidência a maiores riscos de baixo peso do bebê ao nascer, gravidez indesejada, queixas gastrointestinais, queixas ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis (IST), distúrbios alimentares, fadiga e hipertensão (SCHRAIBER & D’OLIVEIRA, 1999; GUEDES et al., 2009). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), escritório regional da OMS para as Américas, também lista outras consequências da exposição à violência de gênero na saúde da mulher, como homicídio, lesões e dores diversas, abortos induzidos ou espontâneos, insônia, propensão ao alcoolismo e consumo de drogas e mobilidade limitada. Assim, os profissionais da saúde possuem posição estratégica para identificar possíveis vítimas de violência doméstica, através do histórico das pacientes e reconhecimento de sintomas, e encaminhá-las para assistência ou ajuda legal (TAVARES, 2000).

O PMS (2018 – 2021) indica a necessidade de atenção às pessoas em situação de violência, inclusive a violência sexual e violência doméstica. Nesse sentido, o PMS definiu

⁴⁶ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>

como metas a ampliação dos Núcleos de Prevenção à Violência (NPV)⁴⁷ em equipamentos da SMS, o aumento do número de equipes para serviço especializado em violência sexual, a elaboração e implementação do protocolo relativos às situações de violência nas unidades dos serviços de saúde e a instituição de grupo de trabalho que desenvolva campanha educativa do Projeto de Prevenção de Violência Doméstica na Equipe de Saúde da Família (PVDES F).

O projeto PVDES F nasceu em 2014, tornando-se política pública oficial do município de São Paulo em 2018, por meio da Lei nº 16.823/18. A cartilha do PVDES F (2020) argumenta que a violência doméstica é uma questão de saúde pública, pois mulheres perdem mais anos de vida saudável em função desse tipo de violência do que em decorrência de câncer, problemas cardíacos, problemas relacionados ao parto, doenças respiratórias e acidentes automobilísticos. Além disso, o documento afirma que a cada 5 anos, a mulher perde um ano de vida saudável se submetida à violência doméstica. O documento também lista uma série de possíveis sequelas resultantes da violência doméstica, como hematomas, feridas, problemas físicos (dores de cabeça, lombar, abdominal, problemas de locomoção) contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, depressão, insônia, estresse, distúrbios alimentares, uso abusivo de álcool e drogas e tentativas de suicídio.

É importante também indicar que o documento reconhece a violência contra as mulheres imigrantes e refugiadas, afirmando que obstáculos devido à língua e legislação distintas, assim como vulnerabilidades econômicas, sociais e dificuldades de acesso ao mercado de trabalho e a serviços públicos devido à (in)documentação (seja devido ao status migratório ou à retenção de documentos pelo parceiro) agravam cenários de violência para essas mulheres. A cartilha ainda informa que a Lei Maria da Penha é destinada a todas as mulheres que estejam em território nacional, independentemente de nacionalidade e se a violência se dá dentro de um relacionamento hetero ou homoafetivo.

As metas indicadas no PMS estão inseridas como parte da Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no Município de São Paulo (2015), conjunto de recomendações que envolveu diversos trabalhadores do SUS e ficou aberto para consulta pública. Aqui, a própria PMSP reconhece a violência, na mesma tônica da OMS, como um problema caro à saúde pública, argumentando que as experiências de violência podem aumentar os sentimentos de sofrimento, culpa, insegurança e medo, aumentando as probabilidades que pessoas nessa situação se tornem tristes e apresentem baixa autoestima,

⁴⁷ Dentro dos serviços de Saúde, os NPV são grupos compostos por profissionais responsáveis pela organização do cuidado e articulação de ações que visam a superação da violência e a promoção da cultura de paz.

“com altos níveis de frustração e desconfiança. Violências de toda espécie geram doenças no corpo e na mente” (p. 12).

Quanto à violência contra a mulher, o documento afirma que é um tema complexo que ainda encontra muitos desafios nos serviços de saúde, com profissionais sobrecarregados e com pouca formação técnica sobre o tema. Ainda assim, indica que há uma demanda relevante, pois mulheres nessa situação geralmente apresentam alguns sinais e sintomas aos quais os profissionais devem estar atentos, como entrada tardia no pré-natal, dor pélvica crônica, ansiedade, depressão, infecção urinária sem causa secundária encontrada, transtornos de sexualidade, complicações em gestações anteriores, dor crônica em qualquer parte do corpo. Dessa maneira, afirma-se que “atender as mulheres que sofrem violência é assumir a responsabilidade e a vocação da saúde que é o cuidado” (Ibidem, p. 57).

Para os grupos de mulheres migrantes atuantes na cidade, uma das pautas dadas como mais urgentes é a violência de gênero à qual estão expostas muitas delas, justamente por considerarem que estão mais invisibilizadas e isoladas. Tais grupos estão especialmente atentos à violência doméstica cujas vítimas são mulheres migrantes. Segundo eles, as dificuldades com a língua, o desconhecimento sobre as leis e estruturas de proteção, a discriminação e a falta de redes de apoio tornam a mulher migrante mais vulnerável a esse tipo de violência, sendo essencial chamar a atenção dos órgãos públicos para o problema. Entre as violências mais comuns cometidas contra mulheres migrantes, os grupos elencam como exemplos: retenção de documentos e aparelhos eletrônicos, controle do contato com a família e amigos, controle da renda, impedimento do aprendizado do português, proibição da busca por um emprego, trancamento das portas de casa, falta de pagamento da pensão, difamações para conhecidos do país de origem e violência após uso excessivo de álcool.

Há um consenso de que a Lei Maria da Penha é um instrumento fundamental e um avanço em relação a muitos países, além de contemplar todas as mulheres que estejam em território brasileiro, independentemente de nacionalidade ou status migratório. Já testemunhei mulheres do Congo, Bolívia e Peru, por exemplo, dizendo que em seus países de origem a situação de mulheres é mais delicada por não haver legislação específica que combata a violência de gênero. Contudo, ainda existem lacunas importantes no Brasil, particularmente quando se trata de mulheres migrantes. O isolamento de muitas mulheres vítimas de violência doméstica, no caso de mulheres imigrantes e refugiadas, acentua-se por estarem em um país que não o seu e muitas das mulheres desconhecem a Lei Maria da Penha, os serviços públicos especializados ou onde se localizam Delegacias da Mulher, sendo que muitos casos são denunciados pelos vizinhos e não pelas próprias mulheres.

Outro ponto em que se observa muitas lacunas é no próprio atendimento à vítima ao realizar a denúncia. Um ponto sempre muito caro aos migrantes e que se repete também nas Delegacias da Mulher, Centros de Referência da Mulher (CRM) e Centros de Cidadania da Mulher (CCM) é a barreira linguística. Se a mulher não fala ou fala pouco português, ela precisa necessariamente de um intérprete na instituição. Caso contrário, fica dependente de algum conhecido que esteja disposto a acompanhá-la e realizar a tradução durante a denúncia ou de algum tipo de aplicativo de tradução, nem sempre eficiente na tarefa. Assim, mais uma vez, tal como em outros equipamentos públicos, há reclamações sobre a falta de funcionários capacitados no atendimento em outras línguas e também atentos à situação e às especificidades dos migrantes na cidade. O CEMIR argumenta então que a mulher migrante, que já encontra muitos obstáculos para fazer uma denúncia de violência doméstica e/ou de gênero por medo, vergonha, dificuldade de comunicação, desconhecimento dos direitos da mulher no território brasileiro, quando os supera e deseja denunciar, é recebida muitas vezes com impaciência, negligência ou grosseria. O atendimento não humanizado desencoraja mulheres a denunciarem seus agressores, o que as deixa em situação, no limite, de risco de morte.

Outra crítica feita pela ONG sobre atendimento à migrante vítima de violência de gênero é a documentação, no que consideram um excesso de entraves burocráticos, pois indicam que a falta de determinado documento é um impeditivo para realizar uma denúncia em algumas ocasiões. Isso é ainda mais delicado para migrantes consideradas em situação irregular, que têm muito medo de procurarem equipamentos públicos, principalmente delegacias. Acredita-se então que há uma subnotificação dos casos dessa natureza entre as migrantes. A ONG não mencionou casos relatados, mas trouxe ao debate também a possibilidade de haver mulheres migrantes casadas com brasileiros que são violentos, o que as deixaria em situação ainda mais complicada, pois o poder de isolamento social que o parceiro é capaz de exercer sobre a mulher é ainda mais forte, já que ele está em seu próprio país, enquanto ela possui uma rede de proteção muito menor. Retomo um relato feito por J.M. a mim,

Acompanhei um caso de uma mulher que veio resgatar sua filha porque seus sobrinhos avisaram que ela estava morando com um brasileiro que batia nela e explorava ela e ela não conseguia sair. Como você vai falar para sua família que você está nessa situação? Ela veio para pegar a filha e levar embora. Conheci ela no aeroporto, dei direções, mas olha o desespero dessa mãe para resgatar a filha.

Ademais, a própria regularização da situação da migrante casada com um brasileiro pode ser impactada pelo acesso a documentos que dependem do aval do parceiro, como o

certificado de casamento ou de união estável, por exemplo. Se o estatuto legal da mulher migrante depende de seu parceiro, a probabilidade de ela permanecer em silêncio é muito alta, não obstante estarem em situações de violência.

O CEMIR, defensor de discurso interseccional, sempre reafirma que a experiência de mulheres migrantes periféricas, assim como a de migrantes negras e de origem indígena, são marcadamente distintas das de migrantes brancas. Em termos de violência doméstica, classe e raça importam, pois elas impactam as oportunidades de acesso aos sistemas de justiça, de saúde, de segurança social, de habitação e de emprego. Isso implica maior dificuldade de emancipação de um relacionamento abusivo, maior dependência de seu agressor e, conseqüentemente, maior exposição à violência. Os estereótipos racistas também funcionam como mecanismos acionados em locais de denúncia e assistência social para deslegitimar as narrativas dessas mulheres e culpabilizar as mesmas, refletidas em frases como “você é muito submissa”, no caso de mulheres andinas e asiáticas, ou “você é muito agressiva”, aplicadas com frequência a mulheres negras, o que significa que essas mulheres são violentadas duplamente: por seus agressores e pelas instâncias cuja obrigação seria de protegê-las (DUARTE & OLIVEIRA, 2012). No caso da última, a violência institucional serve como perpetuador da violência de gênero e da violência racial. Quando se leva em consideração tais fatores, fica claro que políticas de prevenção à violência contra a mulher devem ser pensadas para além da categoria gênero.

Uma última crítica recorrente é o fato de que as mulheres migrantes não aparecem nos censos sobre violência de gênero e nos índices de feminicídios dentro dessa população. A inexistência de dados sistematizados aumenta a vulnerabilidade e a escancara a invisibilização das mulheres na sociedade. Como sempre se enfatiza, sem dados não é possível dimensionar o problema nem organizar estratégias específicas de prevenção, denúncia e mitigação da violência de gênero nas comunidades imigrantes e refugiadas. O trabalho dos grupos das mulheres migrantes é, em grande medida, afirmar a existência dessas mulheres, trazê-las à tona para os olhos da sociedade. A cada feminicídio que ocorre, “um corpo e uma rede de afetos desaparece”⁴⁸. No Ato Unificado 8M 2020, realizado na Av. Paulista em decorrência do Dia Internacional da Mulher, a Frente de Mulheres Imigrantes reuniu-se e marchou sob o lema “Mujeres Inmigrantes contra el Feminicidio y la Violencia de Genero”, justamente com o

⁴⁸ D.S., mulher imigrante mexicana em debate promovido pelo CEMIR. Disponível em: <https://www.facebook.com/310225012977144/videos/567629653930742>

intuito de visibilizar a causa, especialmente considerando que no mês anterior, duas mulheres bolivianas haviam sido vítimas de feminicídio.

Os grupos aqui referidos realizam então uma série de atividades tendo como objetivo visibilizar a causa e promover a conscientização e o acolhimento a imigrantes e refugiadas em situação de violência. Assim, estruturam-se redes de apoio entre mulheres para conversarem sobre suas experiências, informarem sobre seus direitos e orientarem sobre serviços de proteção. É possível, por exemplo, encontrar materiais *online* criados pela Equipe de Base Warmis e pelo Diásporas Africanas explicando os tipos de violência doméstica existentes, como a violência física, sexual, psicológica, moral, patrimonial, além de serem organizados eventos para debater as formas como essas violências estão presentes nas vidas de muitas imigrantes e refugiadas, num esforço de alcançar o maior número possível de mulheres migrantes quanto aos riscos, formas de prevenção e reação.



Imagem 09. Captura de tela de publicação de Instagram do CEMIR para divulgação de campanha de conscientização em relação à violência contra a mulher, agosto de 2021.

Em agosto de 2021, o Diásporas Africanas também organizou junto com o coletivo Iada África e com apoio da Warmis, a campanha “Mulheres imigrantes e refugiadas contra a violência doméstica”, composta por uma série de vídeos em diversas línguas, nos quais mulheres migrantes explicavam de maneira detalhada como pode se configurar a violência doméstica e incentivando à denúncia caso identifiquem passar por alguma das situações descritas, pois enfatizam que todas as mulheres são amparadas por lei, sem critérios de

nacionalidade ou status migratório. É interessante denotar que elas também afirmam que a violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos, então defendem que não se pode utilizar argumentos sobre diferenças culturais ou religiosas para justificar tal ato.

Ademais, todas as reuniões que os grupos realizam são sempre atentas às formas possíveis de gerar autonomia e produzir laços de confiança entre as mulheres, elementos bastante importantes na prevenção e enfrentamento à violência de gênero. Para os grupos estudados, um método bastante utilizado é organizar atividades em que se trabalha a autoestima das mulheres. M.J., da AMILV, com sua própria história de imigração vinculada à violência doméstica, já que veio ao Brasil para escapar do abuso que sofria de seu então parceiro na Bolívia, atrela as atividades da associação à necessidade de discutir a violência contra as mulheres e, mais especificamente, a violência doméstica.

Aqui mesmo tem uma grande quantidade de violência doméstica na comunidade boliviana. É triste porque é a minha comunidade. Mas isso não é denunciado. Eu atendi bastante casos de mulheres que apanharam e elas continuaram com eles, porque têm medo de ficarem sozinhas e medo de enfrentar a vida sozinha. As brasileiras também estão desse jeito. Talvez as gerações futuras não pensem assim, mas as outras gerações estão nisso. Querendo ou não, elas acabam influenciando as mais jovens às vezes. Se você não muda a sua mente, a sua forma de pensar, você fala para sua filha “Você tem que aguentar” e não é assim que se deve lidar com as coisas.

Eu converso com mulheres brasileiras também, com haitianas e elas têm essa mentalidade de “Ah, é homem, ele me entende, ele me dá o que comer” e não é assim. Às vezes a mulher se sente tão pouco coisa e acha que se você se separar você não consegue mais homem nenhum. Homem não faz falta. Não é porque eu sou solteira, mas se você se olha no espelho, você é capaz de tudo. Pode ser que algum dia eu case, mas esse sentimento de inferioridade tem que mudar. Você nasceu livre, você não pertence a ninguém. Nós na associação tentamos ensinar isso. E às vezes é triste quando nós perdemos uma que já estava no caminho de enfrentar a situação, mas temos que continuar, não podemos desistir.

Assim, a associação promove atividades frequentes de conscientização sobre a violência de gênero, principalmente no sentido de desnaturalizar a violência perpetuada pelo parceiro afetivo. Na página de Facebook do grupo, existem publicações com fotos e vídeos das mulheres da associação segurando cartazes com frases de encorajamento à autonomia da mulher e de combate à violência de gênero, entre as quais “Homem de verdade no bate en mulher” (*sic.*), “Con o sin pareja, tu eres y debes ser mujer libre”, “Tienes todo poder que necesitas dentro de ti”, “Mujeres, estamos juntas!!! Não à violência! A violência não é força, é fraqueza”, “No mas violencia contra las mujeres”, “Ofereça ajuda ou faça denúncia” e “Violeta es el color que marca la lucha de resistencia al morado que tu dejaste”, “No te calle y denuncia, llama 180”. Em tais

publicações, sempre se enfatiza a força e o potencial das mulheres, o apoio mútuo, o trabalho em equipe, o desenvolvimento de amizades, a solidariedade para crescer juntas. Como colocado determinados momentos, “nos cuidemos umas as outras”⁴⁹ e “vamos juntas minhas queridas continuemos construindo sonhos”⁵⁰.

O CEMIR segue uma linha semelhante à AMILV, ao colocar como uma de suas prioridades o combate à violência de gênero, particularmente à violência doméstica, sendo uma tarefa fundamental retirá-las do isolamento social como forma de proteção e prevenção. Nos debates promovidos pela ONG, frequentemente se argumenta que um dos motivos principais para mulheres migrantes não saírem de relações abusivas é pelo fato de não possuírem uma rede de apoio e também por internalizarem/naturalizarem a violência perpetuada contra elas, em níveis variados de intensidade, a depender do país de origem e a situação das mulheres no mesmo. De acordo com o CEMIR, por vezes uma mulher separada/divorciada é vista com desconfiança pelos outros ou como fracassada perante as responsabilidades como esposa e mãe⁵¹. A estigmatização torna a vergonha um elemento central para falar de um relacionamento abusivo ou para deixá-lo para trás. Sair de relacionamentos violentos quando se está isolada é ainda mais complicado e, nesse sentido, criar espaços e redes em que a mulher possa se sentir aceita e acolhida, independentemente de vínculos de nacionalidade ou de parentesco, é essencial para que essas mulheres não se sintam sozinhas e se tornem mais propensas a sair de um relacionamento abusivo.

Dessa maneira, o CEMIR exerce a prática dialógica como maneira de compartilhar ferramentas para que se entenda a violência vivida e possibilidades de libertação. A partir do momento em que conhecem outras mulheres, ouvem histórias parecidas, inclusive de mulheres que saíram de relacionamentos abusivos, entendem que possuem direitos garantidos em legislação, elas têm maior probabilidade de reconhecer que são vítimas de violência, assim como os tipos de violência que ocorrem (física, psicológica, sexual, patrimonial, moral, etc.)⁵².

⁴⁹ Disponível em: <https://www.facebook.com/ASC.MULHERESLUZEVIDA/posts/181479596658821>

⁵⁰ Disponível em: <https://www.facebook.com/ASC.MULHERESLUZEVIDA/posts/191500832323364>

⁵¹ P.K., refugiada congoleza e liderança do CEMIR, relatou em live promovida pela ONG em junho de 2020, que se sentiu julgada também por outras mulheres da mesma nacionalidade, algo que ela atribui ao fato de seu país de origem ser extremamente machista, exigindo uma força extrema para deixar a relação.

⁵² O CEMIR também atenta para os efeitos da violência doméstica sobre crianças e adolescentes, que também constituem vítimas de violência moral, psicológica, física e sexual. Caso não sofram diretamente a violência mas presenciem agressões a suas mães, a exposição à violência pode gerar impactos relevantes, que vão de traumas psicológicos até o desenvolvimento de comportamentos agressivos. P.K., ao relatar o relacionamento abusivo perpetuado por seu ex-marido, argumenta que seus filhos tinham comportamentos agressivos por terem crescido em um ambiente muito violento e que trabalha constantemente, sentindo uma obrigação como mãe e como cidadã, para que eles não perpetuem ações desse cunho.

Se reconhecem a situação, também podem entender que ela não precisa ser silenciada, permanente, aceita ou justificada. Não é um processo rápido, envolve a criação de laços de amizade e companheirismo com os quais se estabelece a confiança necessária para relatar e entender as agressões sofridas, pois a violência doméstica é constantemente tratada com um tabu em algumas comunidades. Ao descrever o funcionamento de uma roda de conversa, o CEMIR explica que se trata de:

um espaço de intercâmbio para falar de si e ouvir as outras, mulheres invisibilizadas por um cotidiano sofrido ali se encontraram como grupos identitários compartilhando uma visão comum de sua condição, fruto de uma reflexão sobre a identidade e a experiência de vida. No exercício coletivo sobre a situação de suas realidades, teceu-se uma biografia comum, na qual cada experiência pessoal entrelaçou-se, iniciando um desvelamento do mundo da opressão em que vivem [...] Mais uma roda se firma e cabe a nós motivar o diálogo, problematizar a situação existencial, trocar experiências que possibilitem práticas libertadoras referentes à questões de gênero, violência doméstica, direito à saúde, empreendedorismo solidário, mantendo sempre esse espaço como um local de escuta e busca coletiva de soluções para as demandas trazidas pelas participantes.⁵³

O fato das integrantes dos grupos de migrantes aqui expostos serem frequentemente amigas significa que os vínculos formados ao longo do tempo exercem papel central para que elas se conheçam e se atualizem sobre as dinâmicas de vida de cada uma, por vezes detectando possíveis manifestações e sinais de violência que servidores públicos comuns não conseguiriam realizar, justamente devido à escassez de laços entre eles e as usuárias dos equipamentos. Dentro do espectro da saúde, podemos comparar o trabalho dessas redes de mulheres com o de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam no âmbito da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pelo fato de trabalharem territorialmente, observarem o contexto do local e conhecerem as famílias, tais profissionais tendem a criar mais vínculos com possíveis vítimas, aumentando suas possibilidades de identificar situações de violência (FONSECA et al., 2009). No caso de mulheres migrantes que se reúnem com frequência e formam vínculos de amizade, essa confiança é ainda mais forte e um instrumento elementar de combate à violência de gênero.

Enquanto adoção de práticas de cuidado, também se assemelham às atuações, no sentido que, para os ACS, o diálogo pautado por maior horizontalidade e espontaneidade surge como ferramenta principal, possibilitando espaços de escuta ativa, desabafos, compartilhamento de informações e conselhos (ARBOIT et al., 2018). A proximidade e o convívio com vítimas de violência podem criar maior sentimento de segurança, o que potencializa então as

⁵³ Disponível em: <https://www.facebook.com/cemir.mulher.imigrante/posts/358692818130363>

possibilidades de exposição de problemas e, conseqüentemente, de prevenção, acompanhamento e enfrentamento à violência doméstica.

A construção de redes é parte da produção de saúde, pois envolve a criação de referências de cuidado, apoio, orientação e acolhimento. Podemos falar aqui de atividades que relacionadas ao que se chama de saúde comunitária (PAUL, 2013), em que se procura intensificar os laços sociais entre membros de uma determinada comunidade, analisando as especificidades locais e entendendo que pessoas e grupos comuns podem ser agentes de transformação social, inclusive na saúde, por meio da transformação de si em contato com os outros.

A reconquista do espaço de vida e das relações sociais passa pela valorização de imagens positivas mediante atividades comuns, permitindo o desenvolvimento de competências e transformando o estatuto em que a alteridade tem o poder sobre si em um estatuto que favorece a autonomia das relações. O estado de melhor bem-estar que daí decorre favorece a participação social, a emancipação e a autoformação frente à gestão das imposições. (PAUL, 2013, p. 38)

A percepção, reconhecimento e discussão da violência pelas mulheres migrantes apesar de constituírem passos importantíssimos, não são garantias de que elas irão de fato sair da situação, pois outros elementos estão envolvidos. Da mesma forma que ocorre com mulheres brasileiras, muitas vezes há uma dependência emocional típica dos relacionamentos abusivos que torna difícil romper o ciclo de violência. Além disso, a vulnerabilidade econômica em que se encontram muitas mulheres migrantes significa que se sentem menos seguras para deixar suas casas. Nesse sentido, discute-se a importância de se falar de planejamento familiar e reprodutivo, pois sustentam que algumas mulheres que desconhecem tal plano, ficam cada vez mais expostas à violência doméstica. Como sustentar os filhos, onde morar, como trabalhar em um país que não o seu são questionamentos bastante comuns nesses casos. É por isso que os coletivos de mulheres migrantes reivindicam também políticas sociais que abarquem esse perfil, assim como a ampliação de políticas públicas, tais como a o aumento do número de Centros de Acolhida exclusivos para mulheres migrantes e seus filhos e projetos de aumento de oferta de vagas de emprego disponíveis para elas.

A relação trabalho e violência doméstica é abordada pelo CEMIR em muitas ocasiões. Em casos em que a mulher trabalha com o parceiro, há diversos níveis de exploração, pois o homem impõe as regras no trabalho, pode confiscar a renda da mulher, enquanto a ela cabem os cuidados domésticos e dos filhos, além de sofrer abusos físicos e psicológicos. É também

comum que sejam os homens que saiam para realizar transações comerciais nesses casos, deixando as mulheres fechadas no ambiente doméstico⁵⁴. Nesse sentido, a ONG realiza o projeto Empreendedorismo Solidário, pois enxerga na independência financeira de mulheres uma etapa indispensável para que consigam sair de situações de violência doméstica, especialmente no caso de mulheres com filhos, pois a dependência econômica em relação ao parceiro é um dos elementos principais que explicam o receio de se deixar um relacionamento abusivo, na medida em que implica uma preocupação e uma angústia imensa referente ao sustento e futuro de seus filhos. Faz parte do trabalho da equipe dar visibilidade e valorizar os trabalhos de mulheres imigrantes e refugiadas, destacando sua habilidade, competência e talento⁵⁵.

Em sua página do Facebook, é possível encontrar publicações em que se divulgam trabalhos realizados e produtos feitos por mulheres migrantes, como serviços de cabeleireira, manicure, maquiadora, massagista, confecção de máscaras e bijuterias, aulas de dança e venda de produtos gastronômicos. O CEMIR também ajuda financeiramente mulheres migrantes para que elas possam sustentar seus trabalhos. E, ao mesmo tempo em que falam com muito orgulho de seu trabalho, as integrantes da ONG indicam que o poder público precisa estar mais presente, não apenas com a elaboração de políticas públicas que valorizem o trabalho de mulheres, mas que também haja previsão no orçamento para tanto. Do mesmo modo que o CEMIR, o Diásporas Africanas também procura divulgar frequentemente os serviços oferecidos pelas mulheres migrantes negras como forma de apoiar a independência profissional e financeira das mesmas, o que as deixaria menos expostas a diversas vulnerabilidades, inclusive à violência de gênero. A saúde da mulher sofre sérios obstáculos quando não se visualiza o vínculo entre as violências sofridas e as desigualdades existentes na estrutura social. Como argumentam Guedes & Fonseca (2011, p. 1734)

A desigualdade social é concreta na realidade de sujeitos excluídos do trabalho e quando somada à desigualdade de gênero que permeia a relação conjugal de violência compromete exacerbadamente a reprodução social pela intercessão de iniquidades produzidas por duas categorias: classe e gênero, ambas numa alquimização que produz entraves para a autonomia, saúde e existência das mulheres.

⁵⁴ Uma das convidadas em live do CEMIR, G.R., Coordenadora de Projetos para a Promoção dos Direitos de Migrantes e Refugiadas da Associação de Defesa da Mulher, da Infância e da Juventude (ASBRAD), que acolheu imigrantes vítimas de violência doméstica durante a pandemia, afirmou que elas ficavam tão isoladas que desconheciam serviços elementares na região onde residiam, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) ou delegacias. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=aMsHnD_rGcw

⁵⁵ Disponível em: <https://www.facebook.com/cemir.mulher.imigrante/posts/686417865357855>

O documento da LC referido no início deste tópico indica que a violência afeta de forma significativa o setor da saúde, uma vez que “muitas vítimas adoecem, apresentam sequelas e demandam assistência/cuidado dos diferentes níveis de atenção à saúde” (p. 8), argumentando que faz parte da responsabilidade da saúde promover uma cultura não violenta, a partir de “práticas [que] devem envolver não apenas o tratamento do agravo, mas ações no sentido da produção de qualidade de vida, onde aspectos como a empatia, o respeito, a autonomia e o empoderamento do indivíduo devem estar presentes” (p. 9). Em determinado trecho do documento, explicita-se que “a prevenção da violência pode ser entendida como uma estratégia de promoção da saúde, uma vez que busca proteger e fortalecer indivíduos e grupos que se encontram em situações de risco e de vulnerabilidades” (p. 13). É interessante então notar que a LC recomenda estratégias de atenção à violência muito semelhantes ao que perpassa os discursos das redes de mulheres migrantes, como a comunicação não-violenta, a escuta empática e as rodas de conversa. Tais metodologias são sugeridas pelo documento como forma de estabelecer vínculos afetivos sólidos, a construção de uma rede de apoio para que as pessoas possam expressar seus sentimentos e tratar de bloqueios. Mais uma vez, podemos identificar as mulheres migrantes fazendo saúde na cidade dentro da lógica do cuidado.

Além disso, os esforços realizados pelos grupos de mulheres migrantes para visibilizar a violência de gênero cometida contra elas foram contemplados pelo Plano Municipal de Políticas Para Imigrantes (2021 - 2024), principalmente através de seu eixo V, “Mulheres e população LGBTI+: acesso a direitos e serviços”. Nele, podemos destacar a ação nº 44, que abarca a criação, a implementação e a avaliação do “fluxo especializado no atendimento e acompanhamento multilíngue a mulheres imigrantes em situação de violência no acesso a serviços protetivos socioassistenciais e de saúde” (p. 45), definindo como metas a criação desse atendimento especializado e a publicação anual de dados sobre atendimento a mulheres imigrantes vítimas de violência atendidas nos serviços de assistência social e proteção a mulheres. A ação nº 46 define como meta a elaboração de campanhas multilíngues que informem mulheres sobre como denunciar casos de violência e que sensibilizem homens sobre a violência de gênero e sobre a responsabilização familiar paterna. O plano aborda novamente a violência de gênero na ação nº 25 ao enfatizar a necessidade do acesso à moradia para imigrantes e refugiados, principalmente para mulheres em situação de violência.

A inserção de um eixo que contemple questões de gênero no Plano, o que não existia na 1ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes, indica o protagonismo crescente dos grupos de mulheres migrantes na cidade, que vêm colocando em pauta, de maneira cada vez

mais enfática, as questões elementares em suas vidas e que precisam ser consideradas pelos órgãos públicos. Até mesmo na própria configuração e organização da Conferência, via-se a mobilização desses grupos durante o evento, desde a busca por voluntários que pudessem cuidar das crianças para que suas mães pudessem participar do evento, até sua contribuição nos debates durante as rodas de conversa e na plenária de votação final.

Parte das propostas indicadas no Plano já são ações realizadas, principalmente no que diz respeito às campanhas de prevenção e sensibilização sobre a temática. Contudo, percebe-se a centralidade das campanhas e atividades realizadas em paralelo pelos grupos de mulheres imigrantes e refugiadas citadas nesta pesquisa, que, a partir de seus vínculos de confiança e amizade, alcançam espaços que o poder público por vezes desconhece ou tem dificuldade em alcançar. Assim, elas exercem um papel ativo no acolhimento a mulheres imigrantes e refugiadas vítimas de violência de gênero, assim como na prevenção dessas situações, em um exercício contínuo que envolve afetos, cuidado, política e resistências.

Capítulo III – As maternidades migrantes, choques culturais e os embates entre conhecimentos na saúde

Ao iniciar meus caminhos por esta pesquisa em busca de histórias sobre maternidades migrantes, não imaginava o quanto outras pautas seriam inseridas, trazendo debates sobre questões que, em um primeiro momento, não me vinham como hipóteses de pesquisa a serem verificadas. Contudo, essas questões logo se mostraram centrais para falar sobre saúde de mulheres migrantes, sobre desigualdades e violências e, de maneira ainda mais curiosa, porém não sem sentido, para explorar questões relativas às disputas entre epistemologias diversas. Assim, a maternidade foi um ponto de partida para me enveredar por outros trajetos e acredito que isso se deu, de maneira significativa, devido a meu contato com a Warmis, pois J.M. explicou-me como ser mãe foi um essencial para a fundação do coletivo.

Antes de ser mãe, me movia de uma forma bem politizada, mas não enxergava o tema de ser mulher, de ser mãe e tudo que isso implica. Depois de ficar grávida, você passa por um processo de entender que você não sabe nada sobre a maternidade, que é um tema muito comercial, mas sobre o qual se fala pouco. E quando se está grávida você precisa de alguém, geralmente sua mãe, alguém te cercando pra te ajudar. Eu comecei a me sentir muito sozinha. Minha sogra é muito boa gente, mas culturalmente é diferente. Queria que eu fizesse cesárea, que desse mamadeira, bem diferente do que eu trazia com minha cultura. Então passar por essa experiência, ser discriminada, a xenofobia, depois a dificuldade com o tema de trabalho vs. maternidade, o tema do deslocamento com seus filhos, os espaços onde você pode participar ou não porque tem um filho pequeno [...] O tema da identidade cultural também foi muito forte e aí entra o tema da violência obstétrica, a pesquisa para entender o que tinha acontecido comigo. E entendia que acontecia com outras pessoas, pois há relatos de oralidade muito fortes entre imigrantes.

Um primeiro destaque desta fala é como a própria maternidade já é uma experiência transformadora, em que a mulher precisa se adaptar cotidianamente, mas que também resulta em novas reflexões com as experiências inéditas que propicia. Com o deslocamento migratório, a distância do país de origem implica barreiras para um contato constante com pessoas próximas, que poderiam servir como referência e apoio para a mulher migrante ao se tornar mãe. Enquanto em seu país de origem, a mulher pode contar com pessoas próximas para tirar dúvidas sobre a maternidade, na migração isso é mais raro. Por conseguinte, tal processo, marcado por inúmeras mudanças, aliado ao aumento de responsabilidades dentro de um

contexto cultural diferente, no qual a mulher nem sempre se sente plenamente compreendida em suas práticas e dilemas, pode se transformar em uma experiência bastante solitária.

A maternidade é então o ponto que deu início ao coletivo e à rede de amizades que ali se formaram. Muitas de suas integrantes encontram na maternidade um potencial de ação política transformadora⁵⁶. Além da dimensão cultural e filosófica de como seus filhos chegam ao mundo e como criá-los, existem outros elementos atrelados a essa ação política, tal como o direito à boa educação e saúde e a luta contra a discriminação e xenofobia, que agora também diz respeito a seus filhos. Como diz J.M., é “lutar pelo mundo que se quer ao lado dos filhos”. E aqui, outro ponto que o coletivo sempre traz é a necessidade de que os eventos de debate estejam abertos e possuam estrutura para receber mulheres com seus filhos, pois ser mãe não desabilita uma pessoa de ser política, muito pelo contrário, a maternidade por vezes age como ponto de partida para a entrada no ativismo e para a formação de lideranças femininas. Nas palavras de J.M.,

na Bolívia, na minha província, as mães vão com os filhos participar, porque senão, como seus filhos aprendem? Aqui é excludente. As crianças não conseguem, sempre são excluídas. E, para mim, isso é chocante, porque a sociedade precisa das crianças. Lá, minha mãe sempre me levou na em reuniões de organização, em todos os espaços as mães levavam os filhos. Então você crescia politizando-se também, entendendo várias coisas. E aqui, por exemplo, as pessoas se incomodam quando tem criança que faz um barulhinho. Isso para mim também foi muito forte.

Estar com seus filhos e filhas nos espaços de debate é também um ato de resistência para as mulheres do coletivo, pois isso implica vida para além do âmbito doméstico, significa ter voz em lugares frequentemente dominados por homens. J.M. frequentemente lembra que a Warmis foi originalmente pensada para mulheres e mães imigrantes, pois sentia que muitas vezes não era ouvida nos eventos em que participava. Com filhos, isso tornava-se ainda mais complicado, pois era vista como inconveniente. Integrantes da Warmis afirmam em eventos diversos que se sentiram mais compelidas a continuar com seu ativismo nas reuniões do coletivo, pois crianças eram bem-vindas ali. Uma crítica feita a algumas feministas pelo grupo é de que se sentem julgadas quando levam seus filhos a eventos de debates, como se a suposta inconveniência de receber crianças fosse algo que superasse a necessidade dos movimentos

⁵⁶ S.M., integrante da Warmis, por exemplo, disse que passou a se interessar e ser mais atuante no ativismo quando começou a conversar com outras mulheres ao levar a filha para brincar no parque de seu bairro. Ali, formou um conselho de mães e pais para discutir melhorias no parque e formas de preservar a natureza, como modo de pensar em espaços de qualidade para que seus filhos passassem o tempo.

incluïrem todas as mulheres. Não são todas que podem deixar seus filhos em creches ou que contam com redes de apoio disponíveis para o cuidado compartilhado e não entender isso é ignorar questões profundas que atravessam as vivências de diversas mulheres. É como se a mulher pudesse ser ativista até o momento em que se torna mãe.

J.M. me disse que sempre deixa claro para mulheres sem filhos do coletivo que mães e crianças fazem parte da dinâmica das reuniões do grupo, então precisam estar preparadas para lidar com esse ambiente. Assim, nas reuniões em que estive presente, sempre havia pelo menos duas crianças, principalmente as mais novas (até quatro anos), com as quais as mulheres do coletivo pareciam estar plenamente familiarizadas e vice-versa. As crianças frequentemente entregavam algum desenho ou objeto para as integrantes do grupo, enquanto as mulheres tinham o hábito de brincar com elas, explicitando que há uma rede de amizades clara entre as mulheres, que confiam seus filhos umas às outras e que, entre risos e conversas paralelas aos debates, vão moldando suas atividades.

A maternidade é, portanto, basilar na formação do coletivo, ainda que nem todas suas integrantes sejam mães. É dela que partem temas importantes, como citados pela fala que abre este tópico. E aqui, considero elementar discorrer sobre a violência obstétrica, que é um tema central das lutas de suas integrantes. Em uma das lives do grupo que debatia a maternidade, J.M. voltou a citar o combate contra a violência obstétrica como grande motivadora para a fundação da Warmis, pois era algo que identificava frequentemente nas conversas com outras mulheres migrantes. O grupo também coletou informações a partir de questionários online e encontros com gestantes e mães na Praça Kantuta, área de alta concentração de comunidades migrantes, principalmente da comunidade latino-americana, dentro de seu projeto “Salud de la mujer inmigrante en São Paulo”, constatando novamente que a discriminação e a violência obstétrica caminham juntas para muitas mulheres migrantes.

Em questões sobre maternidade, o combate à violência obstétrica constitui-se como um dos maiores pilares de atuação da Warmis. É uma luta tão cara às suas integrantes, pois também é considerada dentro do tema da autonomia da mulher, de conhecimento e conexão com seu corpo, dentro de uma sociedade patriarcal que tenta tirar esse poder da mulher e transferi-lo para outras instâncias. Em 2014, o grupo lançou a campanha “No a la violencia en el parto” na Praça Kantuta, com a participação da DPESP, da CPMigTD e da ONG Artemis. No site da Warmis, encontramos uma seção sobre a campanha, na qual explicitam sua luta⁵⁷:

⁵⁷ Há uma parte em espanhol e uma parte em português com conteúdos distintos. Optei por inserir os dois trechos completos (trecho em espanhol traduzido por mim), pois ambos se complementam, com tradução própria desta

Um grande número de mulheres imigrantes no Brasil são discriminadas e maltratadas de várias maneiras quando buscam atenção médica. Durante o parto, sofremos violência obstétrica, não respeitam nossos corpos nem nossos desejos quando realizam intervenções que não são necessárias, como a episiotomia (corte vaginal), utilizam o fórceps, quando fazem cesárea porque o bebê é “muito grande” ou quando não nos explicam os procedimentos que vão realizar em nós.

No Brasil, uma em cada quatro mulheres relata que foi vítima de violência obstétrica e nós, mulheres imigrantes, não estamos a salvo desse tipo de violência. Somos imigrantes, mães e voluntárias. Somos testemunhas diárias da discriminação por nossa cor, nossa aparência, nosso sotaque, nossos costumes. E o momento do parto isso é ainda mais grave porque muitas vezes as enfermeiras e os médicos têm preconceitos e nos tratam mal. Queremos que esse maltrato pare, queremos ser respeitadas e tratadas com igualdade, queremos que o Brasil saiba o que estamos passando, por isso precisamos denunciar.

Em 2010, 25% das mulheres brasileiras declararam que sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto. Em 2012, num universo de 1966 experiências de parto no Brasil, ¼ das mulheres revelou que sofreram episiotomia, o corte feito na vagina, sem consentimento prévio. A violência obstétrica é violência contra a mulher!

As mulheres imigrantes também estão sofrendo esse tipo de violência no Brasil e precisamos que elas denunciem.

Nós mulheres, mães, queremos que todas as mulheres tenhamos partos dignos e que nossos filhos sejam respeitados desde o primeiro segundo da sua vida.

J.M. diz que a questão econômica também tem um papel considerável nas reflexões do grupo, pois percebeu que o debate sobre o parto humanizado existia em um nível muito elitizado, com mulheres de classe média-alta pagando para que parteiras viessem a seus domicílios. Contudo, ter um parto mais ou menos humanizado deveria independe da condição financeira de cada uma, sendo então fundamental que se inserisse a questão em termos de saúde pública. Para mulheres pobres, a inserção de políticas que visem o parto humanizado no sistema de saúde pública é ainda mais fundamental por dependerem exclusivamente do mesmo. Desse modo, o desenvolvimento de espaços acolhedores para que mulheres migrantes possam dar boas-vindas a seus filhos é um dos direitos mais reivindicados pelo grupo, assim como a ênfase na necessidade de pensar em práticas de saúde que atendam verdadeiramente ao bem-estar físico e mental dessas mulheres.

Assim, o coletivo, além de constantemente debater em suas reuniões sobre o tema e levar o assunto a outros eventos, realiza trabalho pelas redes sociais e diversos canais para informar outras migrantes sobre seus direitos nos serviços públicos de saúde, além de produzir e distribuir materiais de interesse para a saúde da mulher. Em suas participações no programa

pesquisadora do trecho em espanhol. Cf. Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas. **Campanha “No a la violencia en el parto”**. Disponível em: <http://www.warmis.org/projetos/no-a-la-violencia-en-el-parto.html>

Conversas e Ideias para um Mundo Não Violento pela Migrantes Web Radio, por exemplo, demonstra atenção à maternidade ao passar informações sobre amamentação e alimentação adequada na primeira infância, pois acredita que muitas mães migrantes, como já observado acima, distantes de país de origem, carecem de orientações e conhecimentos que vão sendo repassados dentro círculo familiar. O grupo também sempre observa que ter um filho deve ser fruto de uma escolha. Nesse sentido, se posiciona a favor da legalização do aborto e frequentemente indica a importância do planejamento familiar, informando que preservativos gratuitos são distribuídos pela cidade.

Na divulgação de direitos e acesso à saúde, temos como exemplo a cartilha “Imigrantes e refugiados têm direito à saúde no Brasil sim!”⁵⁸, elaborada pelo coletivo e disponível em seu site, em que há explicações sobre a gratuidade e a universalidade características do SUS, assim como orientações para obter o cartão SUS. Ademais, o documento reserva seções específicas para gestantes e mães, utilizando a definição de “violência obstétrica” formulada pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP), como aquilo que diz respeito à

apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (p. 6)

Na cartilha, descreve-se como a violência obstétrica pode acontecer durante a gestação, o parto ou no atendimento em situações de abortamento, além de se afirmar que é um tipo de violência que geralmente vem acompanhada da xenofobia e do racismo contra a imigrante. No site do coletivo, é possível encontrar material produzido pela DPESP e pela ONG Artemis sobre as formas de manifestação da violência obstétrica e como denunciá-la, material traduzido para o espanhol e inglês em parceria com a própria Warmis. Nos documentos, aponta-se para o direito de toda mulher de ter um pré-natal de qualidade, tendo em vista a saúde e bem-estar da mulher e da criança, assim como o seu direito à integridade física e mental durante o trabalho de parto e à dignidade no atendimento em situações de abortamento.

⁵⁸ Disponível em:

<http://www.warmis.org/images/Direitos%20dos%20imigrantes%20e%20refugiados%20na%20saude-%20Warmis.pdf>

La Violencia Obstétrica existe

Y se caracteriza por la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por los profesionales de salud, a través del trato deshumanizado, abuso de medicación, patologización de los procesos naturales, causando la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

En países como Argentina y Venezuela, la violencia obstétrica es reconocida como un crimen cometido contra las mujeres, y como tal debe ser prevenido, castigado y erradicado.

Para que la realidad de la violencia obstétrica cambie, es necesario comprenderla y denunciarla, bien como asegurar que los casos en que ella ocurre sean recibidos, investigados e juzgados.

Es también necesario que se cumplan las leyes y normas vigentes en el país, que garantizan a las mujeres el pleno ejercicio de su ciudadanía, libertad sexual y reproductiva y derecho a salud.

La Violencia Obstétrica en la Gestación

Toda mujer tiene derecho a un pre-natal de calidad, y este es un derecho que tiene como objetivo la salud y el bienestar, no apenas de la mujer, sino también del niño(a).

La violencia obstétrica durante la gestación puede caracterizarse por:

- Negar el atendimento a la mujer o imponer dificultades al atendimento en puestos de salud, dónde son realizados el acompañamiento del pre-natal.
- Comentarios vergonzosos a la mujer por su color, raza, etnia, edad, escolaridad, religión o creencia, condición socio-económica, estado civil o situación conyugal, orientación sexual, número de hijos, etc.
- Ofender, humillar o insultar a la mujer o su familia.
- Negligenciar el atendimento de calidad.
- Agendar cesárea sin recomendación basada en evidencias científicas, atendiendo a los intereses y conveniencia del médico.

Brasil es el país campeón en operaciones cesáreas en el mundo, resultado de una práctica indiscriminada de cirugía y contra las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Reducir el número de cesáreas en el país es esencial para la mejora de los índices morbi-mortalidad materna e infantil.

Ejemplos de mitos dichos a las mujeres, para justificar una cesárea sin indicación clínica:

- Bebé muy grande, muy pequeño o "pasando de la hora"
- Mujer con baja estatura, o "caderas estrechas" (no tiene pasaje)
- Cordón envuelto en el cuello.
- Pie del bebé "preso en la costilla" de la mamá
- Poco líquido amniótico.
- Mujer que tuvo una cesárea anterior
- Deficiencia o movilidad reducida
- Falta de contracciones o dilatación (fuera del trabajo de parto)
- Hemorroides
- Hepatitis
- Cardiopatía, etc.

La Violencia obstétrica en el parto

En Brasil, toda mujer tiene derecho a un acompañante de su elección durante todo el periodo de duración del trabajo de parto, parto y pós-parto, además de ser tratada con dignidad y tener garantizada su integridad física y psicológica.

Las formas más comunes de Violencia Obstétrica en el parto son:

- Negar la admisión en hospital o maternidad (peregrinación por un lecho);
- Impedimento de la entrada del acompañante escogido por la mujer;
- Procedimientos que se afectuen sobre el cuerpo de la

mujer, que interfieran, causen dolor o daño físico (de grado leve a intenso). Ejemplos: suero con ocitocina para acelerar el trabajo de parto por conveniencia médica, exámenes de toque sucesivos y por diferentes personas, privación de alimentos (dejar sin comer y beber), episiotomía (corte de la vagina), inmovilización (brazos y piernas), etc.

- Toda acción verbal o de comportamiento que cause en la mujer sentimientos de inferioridad, vulnerabilidad, abandono, inestabilidad emocional, miedo, inseguridad, disuasión, alienación, pérdida de integridad, dignidad y prestigio.

- Cesárea sin indicación clínica y sin consentimiento de la mujer.

- Impedir o retrasar el contacto del bebé con la mujer luego después del parto, impedir el alojamiento conjunto mamá y bebé, llevando el recién nacido a la sala de cunas sin ninguna necesidad médica, apenas por conveniencia de la institución.

- Impedir o dificultar la lactancia materna (impidiendo amamentación en la primera hora de vida, alejando el recién nacido de su mamá, dejándolo en la sala de cunas dónde son introducidas mamaderas, chupones, etc).

La violencia obstétrica en el atendimento en situaciones de aborto

La complicación de aborto es una de las principales causas de muerte registrada en Brasil y considerada garantizada prioritariamente, proporcionándose la participación multi-profesional y, sobre todo, respetando a la mujer en su libertad, dignidad, autonomía y autoridad moral ética para decidir, apartándose preconceptos, estereotipos y discriminaciones de cualquier naturaleza, que puedan negar y deshumanizar ese atendimento.

En casos de abortamiento, la violencia obstétrica se caracteriza por:

- negativa o demora, en el atendimento a la mujer en situación de abortamiento;

Imagem 10. Documento "Violencia obstétrica, usted sabe lo que es?" - DPESP/Artemis, traducido pela Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas

Além disso, no site do coletivo, é possível encontrar um "Teste de Violência Obstétrica"⁵⁹, no qual se lista uma série de perguntas para que as mulheres possam identificar fatores que indicam que tal tipo de violência pode ter ocorrido em seu(s) parto(s), tais como:

- Te trataram por apelidos ou diminutivos como se fosse uma criança incapaz de compreender os processos que você estava atravessando?
- Foi difícil ou impossível perguntar ou manifestar seus medos e inquietações porque não te respondiam ou te tratavam de maneira rude?
- Foi obrigada a ficar na cama, sendo impedida de caminhar ou buscar posições de acordo com suas necessidades?
- Te impediram de estar acompanhada por alguém de confiança?
- A experiência no parto te fez se sentir insegura, vulnerável ou culpada?

De fato, a violência obstétrica foi relatada em outros momentos da pesquisa, como é o caso de M.J., da AMILV, que me contou sobre dois casos, inclusive a violência que ela própria sofreu no parto de seu filho, conhecida como Manobra de Kristeller – técnica banida pela OMS

⁵⁹ Cf. Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas. **Test de Violência Obstétrica**, 18 de novembro de 2013. Disponível em: <http://www.warmismulheresbolivianas.com.br/blog/test-de-violencia-obstetrica/>

– em que se empurra a região do útero para forçar a saída do bebê, podendo gerar rotura uterina, lesões, fraturas e danos cerebrais no recém-nascido (LEAL, 2014).

Teve um caso de uma mulher que perdeu o útero no parto. Ela foi com muitas dores e não deixaram o marido dela entrar na sala. O médico que atendeu ela a tratou muito mal, falou para ela não tocar nele, como se tivesse nojo e não atendeu rápido. Estava marcado o parto dela como cesárea, mas o médico obrigou a ser natural e ela acabou perdendo o útero. Acho que perdeu a vida, estava na UTI. Encaminhamos para a Delegacia da Mulher, não sabemos como ela está.

Até eu quando ganhei meu filho, fui no hospital, estava com dores, mas não estava com dilatação. A médica disse que eu precisava me exercitar, me deixaram quatro horas no chuveiro, mesmo cansada. Quando senti que a bolsa se rompeu, minha mãe avisou e as enfermeiras falaram que estava tranquilo, mas eu sentia que o bebê já estava saindo. Quando eu gritei, aí foram me ver e perceberam que estava saindo. A médica empurrou muito a minha barriga e isso não se pode fazer, mas na época eu não sabia. Agora que eu sei, eu passo essa informação para outras mulheres, porque isso acontece com frequência.

Para as integrantes da Warmis, um ponto importante é o debate entre o parto natural e a cesárea, posicionando-se totalmente a favor do primeiro. Para o coletivo, existe no Brasil um culto forte à cesárea, o que se constitui como um choque cultural para muitas migrantes. A OMS considerada que um índice razoável de cesarianas é de 15% dos nascimentos, enquanto o Brasil é um dos líderes em cesarianas, com uma taxa de cerca de 55% dos partos realizados dessa maneira anualmente, sendo que na rede suplementar essa taxa chega a 84%⁶⁰. Em algumas rodas de conversas do coletivo em que estive presente, as mulheres do grupo diziam enxergar na cultura da cesárea uma certa lógica capitalista de produção em massa, corte de custos e otimização do tempo nas ações realizadas, deixando a mulher sempre numa posição em que fica completamente exposta à conveniência da equipe médica, perguntando-se pouco para cada mulher sobre o que ela deseja de tal experiência. O parto natural fica como algo incômodo, demorado, mais primitivo. Também se fala como a questão envolve uma disputa política pelo corpo feminino, na qual a mulher, ao levantar sua voz, deseja se apropriar de seu corpo. De acordo com Rossa (2017), a cultura dominante da cesárea no Brasil é

muito influenciada por fatores políticos e históricos, de que as cesarianas reduzem a dor e aceleram o processo, otimizado em partos rápidos, cômodos e seguros, que além disso também conservam a anatomia feminina tornando-a tão desejável quanto antes do momento de parir. (p. 2)

⁶⁰ “Cf. ANS. Parto é normal”, disponível em: <http://www.ans.gov.br/parto-e-normal>

Em uma live intitulada “Parteiras no cuidado da saúde das mulheres” promovida pelo coletivo, argumentou-se que a cesárea é vista no Brasil quase como uma espécie de bem de consumo, tendo em vista essa alta busca pela cesariana na rede privada. Para além disso, observou-se que é muitas vezes encorajada e agendada sem aviso prévio nos equipamentos públicos, o que constituiria, uma das dimensões da violência obstétrica, principalmente pelo fato de que muitas migrantes não sabem que têm direito ao parto humanizado. J.M. relatou seu próprio caso, em que a obstetra não perguntou que tipo de parto era desejado, apenas quis automaticamente agendar uma data para cesárea. Ademais, afirmou-se que há uma banalização da realização de cesarianas e que o parto normal acaba permanecendo no imaginário social num lugar só de dor, mas às vezes o que se observa são equipes despreparadas e ambientes não adequados para acolher a mulher nesse tipo de parto. Não que o parto natural esteja totalmente desvinculado da dor, mas isso não significa que ele implique maior violência para a mulher do que uma cesariana. Quando se coloca o parto num local apenas de dor ou de incômodo a ser eliminado, há uma tendência a considerá-lo como parte de uma doença, não da saúde. Nesse sentido, na medida em que a cesariana é um procedimento cirúrgico, recomendado geralmente em situações específicas, muitas mulheres sentem que é um processo mais agressivo e invasivo que o parto natural e assim, as percepções do que é dor e do que é alívio podem variar muito.

O parto natural é então uma prática defendida amplamente pelo grupo. Além do compartilhamento de publicações e realização de debates, um momento importante do coletivo em relação ao tema foi quando, em 2019, se mobilizou contra o PL435/2019, também conhecido como Projeto Pró-Cesárea no SUS, apresentado pela deputada estadual Janaína Paschoal, do Partido Social Liberal (PSL), que previa a garantia às gestantes atendidas no SUS a opção pelo parto cesárea a partir da 39ª semana de gestação, ainda que sem indicação clínica para esse tipo de parto. Na ocasião, o coletivo participou de sessões abertas na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP), promoveu rodas de conversas e compartilhou diversas publicações se posicionando contra o projeto, argumentando que a cesárea, quando realizada sem indicação específica, envolve maiores riscos para a mulher e para o bebê, tais como prematuridade, complicações na anestesia, infecções, hemorragias e complicações em gestações futuras. Em nota de posicionamento⁶¹ sobre o projeto, assinada juntamente com a Rede MILBi+ e o Coletivo Feminista de Argentinxs em São Paulo, o coletivo afirma que

⁶¹ Disponível em:

<https://www.facebook.com/EquipeDeBaseWarmisConvergenciaDasCulturas/posts/1247739945387045>

a cesárea surgiu como uma intervenção emergencial em caso de precisar salvar vidas, quando utilizada de forma correta e oportunamente. Porém, nenhuma intervenção é inofensiva. Pelo contrário, elas provocam efeitos secundários, mais ou menos visíveis, mais ou menos críticos. Nesse contexto, não é verdade que nada acontece com o que nos fazem. O mínimo que uma intervenção pode causar é o que se conhece como uma cascata de intervenções: uma intervenção leva à outra até forçar o organismo de tal forma, que efetivamente se faz necessária uma intervenção maior e de urgência.

[...]

É fundamental compreender que tanto a mulher quanto a criança não precisam ser salvas de antemão durante o parto, porque elas não estão doentes nem atravessando nenhuma situação patológica. Pelo contrário, elas estão vivenciando um processo saudável e fisiológico de profunda transcendência emocional. O urgente e o primordial para elas (mulher e criança) é um entorno respeitoso e atento às suas necessidades e desejos, com profissionais idôneos dentro de uma estrutura médica adequada. Nesse sentido, o mais urgente é a implementação das leis que já temos, assim como um maior orçamento destinado à saúde pública e a uma melhor formação dos profissionais da saúde, incluindo boas obstetras e doulas.

Apoiamos a autonomia da mulher e a decisão consciente sobre seu corpo em todas as fases da sua vida, mas é por isso que acreditamos na importância de uma escolha com informação vs. uma escolha em base a uma cultura do medo. Na fase do pré-natal e durante o trabalho de parto, costuma acontecer que informações tergiversadas, medos infundados e benefícios mascarados fazem com que uma gravidez sadia termine numa cesárea desnecessária, não porque escolhemos essa cesárea, mas sim porque nos fazem acreditar que desse jeito estamos fazendo o melhor para nossos filhos/as.

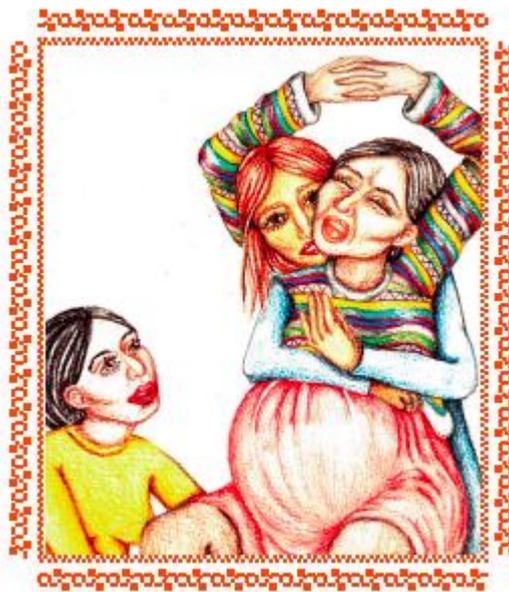
[...]

Como mulheres imigrantes, consideramos também que este modelo não respeita as cosmovisões e saberes culturais que contribuem no processo de cuidados no parto, conhecimentos sabidamente sustentados em evidência científica. Precisamos também falar da falta de cuidado, a xenofobia e a violência que ainda são praticadas contra as mulheres imigrantes, especialmente as de origem indígena ou negro. Respeito ao parto e as mulheres!

Em outro evento que discutia práticas e saberes interculturais no parto, J.M. afirmou que é comum ouvir dos profissionais da saúde que mulheres bolivianas são pequenas e que, por essa razão, necessitam ser submetidas à cesárea. Na Bolívia, há também uma disputa de valores em relação ao que se constituiria como parto ideal, segundo a líder do coletivo. O parto natural é praticado pela vasta maioria da população campesina, enquanto a cesárea foi relativamente mais aceita e difundida nos centros urbanos. Para J.M., houve um efeito da globalização e, novamente, uma certa associação da cesárea com algo mais luxuoso, possível a pessoas com renda alta, ao mesmo tempo em que as práticas e saberes tradicionais ficavam relegadas a status social inferior. Nos últimos anos, com o intenso movimento de decolonização, respaldado inclusive por figuras políticas como Evo Morales, por exemplo, houve um resgate da valorização do parto natural. Ainda assim, o parto natural sempre foi mais comum no país do que no Brasil e, entre a maioria das mulheres de áreas rurais, nunca deixou de ser o desejado.

Para muitas mulheres migrantes, o parto envolve uma conexão profunda entre corpo e mente, portanto uma intervenção como a cesárea não é algo com a qual elas se identificam e nem algo que fundamenta seu bem-estar ou saúde. Na cartilha “O calor corporal: considerações ao atendimento do parto e nascimento nas mulheres imigrantes da Bolívia, Chile e Peru”, produzida pela Warmis, explica-se que a cesariana pode inclusive ser fonte de sofrimento emocional para mulheres de algumas culturas em termos da simbologia que aquilo carrega. Em alguns casos, a mulher é considerada fracassada na medida em que ela não conseguiu lidar com o parto natural. Para mulheres aymaras (Bolívia, norte do Chile e Argentina), cria-se um estigma, pois geralmente as que são submetidas à cesárea ficam relegadas a tarefas inferiores no campo e são chamadas de “a cortada” ou “a costurada”. Ainda que a mulher não viva mais no campo, tal simbologia pode se perpetuar. Outra dimensão importante a ser considerada é que o parto natural é considerado um momento especial entre mulher e bebê, então quando se realiza a cesariana, há um sentimento de que o vínculo entre os dois se enfraquece ou desaparece.⁶²

⁶² MADI, CASSANTI & SILVEIRA (2009) associam também a relação entre trabalho e a preferência pelo parto natural no caso das mulheres bolivianas. Na medida em muitas estão inseridas no trabalho de costura, em que ganham de acordo com a produção e que geralmente são exigidos mais dias para se receber alta numa cesárea do que no parto natural, o costume praticado em seu país de origem somado à necessidade de retomar rapidamente suas atividades laborais resulta na predominância do desejo pelo parto natural. Os autores também apontam para a ideia presente entre gestantes bolivianas de que a cesárea provoca uma perda de força na mulher que não é facilmente recuperada.



O CALOR CORPORAL

Considerações ao atendimento
do parto e nascimento nas mulheres
imigrantes da Bolívia, Chile e Peru



Imagem 11. Capa da cartilha “O calor corporal: considerações ao atendimento do parto e nascimento nas mulheres imigrantes da Bolívia, Chile e Peru”.

J.M. explica que é comum entre as imigrantes bolivianas que aguardem até o sétimo mês de gestação para voltar para seu país de origem e terem o parto natural, por receio de serem pressionadas a se submeterem a uma cesárea. Ela também indica que tal receio pode levar mulheres migrantes a preferirem parir sozinhas, o que já se constituiria como uma situação preocupante, mas que, caso elas sejam pobres, habitantes de locais com pouca infraestrutura ou saneamento básico precário, aumenta as possibilidades de riscos à saúde da mulher e do feto e/ou bebê. É fundamental, portanto, que haja maior abertura para que migrantes expressem seus desejos aos funcionários da saúde em relação e que eles sejam respeitados ou negociados, caso a equipe constate que haja algum tipo de risco.

A luta da Warmis, portanto, está mais atrelada à prática do parto natural em oposição à cesárea. Contudo, é importante notar que as migrantes são diversas entre si e, portanto, a rejeição à cesárea não é algo unânime. Por exemplo, na Plenária Nacional Saúde e Migração, L.B., paraguaia residente no Brasil desde 2010, contou que sofreu muito em seu parto. Ela contou que o debate sobre parto natural vs. cesárea já estava muito em voga à época e que, no equipamento em que se encontrava, tentaram induzi-la ao parto natural, ficando cinco dias nessa situação, até que não aguentou mais e resolveram realizar a cesárea. Durante todo o processo, houve muito toque, o que aumentou seu desconforto. Além disso, disse que estava na sala com outras gestantes e ouvia frases insensíveis dos funcionários como “Tá sentido dor agora, mas na hora de fazer não sentiu”, o que se caracterizava também como uma violência obstétrica.

Independentemente da preferência pelo parto natural ou pela cesárea, o questionamento principal a ser feito é o quanto se deixa à mulher migrante a possibilidade de negociar seus desejos com a equipe médica durante seu atendimento e isso não se limita ao debate que opõe esses dois tipos de parto, envolvendo práticas distintas de saúde e cuidado em várias dimensões, nem sempre bem-vindas nos serviços de saúde brasileiros que acaba sendo mais fechado do que aparenta, como explica J.M.

Eu sinto aqui se quer uniformizar, apagar a diversidade. Então se você não é brasileiro, não pode reconhecer suas raízes. Você chega aqui, você mora aqui, você tem que fazer as coisas do jeito que são aqui e ponto, não se pode questionar.

Seyferth (2008) indica que imigrantes, especialmente “aqueles que se distinguem através de identidades nacionais ou étnicas fundadas na diferença cultural, ou formam grupos minoritários, são elementos perturbadores numa sociedade nacional que se quer unívoca” (p. 3). Quando se realiza uma ponte com a fala acima, “você tem que fazer as coisas do jeito que são aqui e ponto”, caso contrário estaria se constituindo como elemento perturbador da sociedade e, assim, desencadeando reações da mesma. De acordo com J.M., a violência nos equipamentos de saúde no caso de mulheres, como ela, bolivianas ou originárias de culturas andinas, perpassa de maneira fundamental pela questão étnica e pelo respeito às práticas de culturas não hegemônicas. Como em outros países colonizados, as epistemologias valorizadas e perpetuadas por diversas instituições e seus funcionários são ocidentais, masculinas e brancas, específicas de uma narrativa única, inclusive na área da saúde, o que gera algumas discussões importantes para pensarmos em outras perspectivas possíveis.

Volto à cartilha “O calor corporal: considerações ao atendimento do parto e nascimento nas mulheres imigrantes da Bolívia, Chile e Peru”, na qual o coletivo compilou algumas das práticas culturais no parto que são distintas das realizadas no Brasil, a partir dos relatos de migrantes coletados pelos anos de atividade do grupo e observando que os costumes citados não são seguidos por todas as mulheres desses países e, portanto, é necessário conversar com cada mulher sobre suas expectativas, desejos e receios em relação a seu parto. Nesse sentido, o documento serviria como forma de indicar que existem diferenças de práticas, que podem ou não contemplar mulheres de diversas comunidades, mas que estas não formam blocos homogêneos ou monolíticos, sendo as migrantes muito diversas entre si. Acredito ser importante, de qualquer maneira, descrever aqui o que indica a cartilha, pois elenca aspectos relevantes a serem considerados quando tratamos da construção de cuidados em saúde para diferentes populações e por se tratar de uma das lutas mais permanentes, enfáticas e complexas da Warmis. Ademais, demonstra o poder de articulação do grupo em relação à construção de políticas públicas, pois a cartilha pode ser encontrada também no site da SMS na seção Saúde da Mulher.

Um primeiro elemento que pode ser citado é que durante o processo do parto, é comum para algumas comunidades o uso do rebozo, acessório originário do México, sendo um tipo de xale/tecido que serve para relaxar o corpo através de massagens e aliviar as dores das contrações. Para mulheres bolivianas, por exemplo, há o costume de se consumir sopas e chás para que ganhem a força e a energia que a situação exige. O uso de chás varia de acordo com a família e a mulher. O lugar onde ocorre o nascimento do bebê deve ser calmo e com baixa luminosidade, pois considera-se que ele está transitando de um mundo para outro e que a chegada neste mundo deve ser realizada com tranquilidade, caso contrário isso afetará seu futuro. Para a cultura aymara, a pessoa que recebe em primeiro lugar o bebê é muito importante, pois sua personalidade será transmitida para a criança. Assim, essa pessoa pode ser escolhida com muita antecedência e não é necessariamente o pai ou a mãe do bebê. Após o nascimento, para as bolivianas, é costume consumir alguma sopa consistente, geralmente feita por suas mães, para repor as energias e não é prática recorrente caminhar depois do parto, sendo preferível ficar deitada ou em repouso nas 24 horas seguintes, pois o corpo é considerado como aberto e, portanto, se movimentar no pós-parto faz mal. Assim, a cartilha faz um apelo para que haja uso de macas ou cadeiras de rodas para mudar a mulher de lugar caso necessário. Já para algumas mulheres originárias do Chile, o leite retirado do peito deve ser tomado por uma pessoa antes do bebê e não pode ser jogado fora, pois o peito secaria nesse caso.

Outra questão por vezes levantada é o desejo de guardar a placenta do bebê depois do parto, sendo inconcebível para alguns grupos pensar em queimá-la ou jogá-la fora. Por ser considerada o ninho do bebê e, portanto, parte constituidora dele, a placenta carrega uma importância grande para algumas comunidades. Para as mapuches (comunidade do sul do Chile), a placenta é um instrumento utilizado para ler o futuro da criança, que deve ser enterrada embaixo de uma árvore sagrada. Já os aymara também a enterram, pois ela mostrará o caminho de volta para o ninho quando a criança envelhecer e morrer. Na concepção dos quéchua, a placenta precisa ser enterrada em algum lugar significativo pois protege a alma do bebê. De acordo com o coletivo, houve algum avanço na entrega de placentas em hospitais após tais demandas serem trazidas à tona de maneira recorrente, pois antigamente era algo muito raro de acontecer. Ainda assim, a Warmis diz haver relatos de mulheres imigrantes que não vão a hospitais por receio de não receberem a placenta depois do parto. J.M. argumentou que a gestação e o parto para algumas comunidades não se limitam à dimensão fisiológica.

Filosofias e práticas distintas também são refletidas na questão do banho, tanto da mulher, quanto do bebê. No caso do bebê, prefere-se que não se dê banho de imersão até que o umbigo caia, sendo que antes disso, há a prática de limpá-lo com algodão e água morna. Quando se trata das mulheres aymaras (Bolívia) e mapuches (Chile), um motivo para elas não tomarem banho imediatamente após o parto está relacionado ao receio de que o corpo esfrie repentinamente, levando ao sobreparto, doença que, entre outras implicações, resulta na incapacidade de produção de leite da mulher, o que a impede de amamentar o bebê. Assim, o costume é banhar-se dias depois e, nesse intervalo, limpar apenas as partes íntimas. Pelo mesmo objetivo de manutenção da temperatura corporal durante o parto, muitas mulheres desejam usar muitas roupas, utilizar cobertores, beber chás e tomar sopas para que o calor não se dissipe de seus corpos. Isso chega a ser tão importante para algumas culturas andinas que, tradicionalmente, os partos ocorrem nas cozinhas das casas. Em uma live sobre saberes e práticas culturais no parto, J.M. afirmou que o fato de que o costume aqui seja tirar toda a roupa e vestir apenas uma manta é chocante para pessoas de comunidades andinas, pois é comum que se associe o frio a doenças, ao receio de que isso dificulte o parto e, nesse sentido, há uma certa insistência que haja muitos cobertores disponíveis. De acordo com o coletivo, muitas mulheres imigrantes queixam-se de terem passado frio no parto, além de comentarem também que seus bebês não foram agasalhados o suficiente durante os dias nos hospitais em São Paulo⁶³.

⁶³ Apesar do coletivo ser composto por integrantes latino-americanas, eventualmente usa exemplos de outras mulheres imigrantes para discorrer sobre direitos culturais no parto. Em live que teve como convidada A.Q., doula da ONG Compassiva, instituição que trabalha com refugiados, falou-se um pouco de sua experiência com mulheres

Trago o relato de C.M., obstetrícia convidada em aula do curso “Saberes e Práticas Transdisciplinares” da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) sobre saúde das mulheres imigrantes, na qual J.M. também foi uma das convidadas, para indicar o nível de nuances que envolvem as diferenças nas práticas de parto em relação à temperatura. C.M. descreveu uma de suas experiências participando no parto de uma mulher boliviana. Na ocasião, a equipe de que fazia parte oferecia insistentemente à mulher um copo d’água por se tratar de um dia muito quente, ao passo que ela refutava todas as investidas dos funcionários. Eles resolveram então perguntar por que ela rejeitava tanto a água e, entre idas e vindas, compreenderam que o problema estava na temperatura do líquido, considerado pela mulher muito gelado, sendo que ela receava que seu sangue talhasse por conta do frio. Segundo a percepção da obstetrícia, em um momento delicado como o parto, a insistência da equipe, ainda que bem-intencionada, em tentar fazê-la ingerir o líquido sem questionar a razão dela negar todas as tentativas, constituiu-se como um episódio de violência obstétrica, pois foram desatentos às práticas diversas e demoraram para dialogar com a mulher. Ademais, o próprio estresse gerado por essa interação na mulher durante o parto poderia ser visto como um fator prejudicial à sua saúde e à do bebê.

Em cenários ainda mais graves, J.M. explicou que muitas vezes as práticas citadas acima são recebidas com desdém ou deboche por parte da equipe médica, algo inadmissível, pois há uma violência estabelecida nesse cenário. Há uma validade em práticas diversas, que precisam ser conciliadas de algum modo. Quando isso não ocorre, pode desencorajar a procura pelos serviços de saúde locais, sendo, portanto, uma questão importante a ser considerada. Ignorar a pluralidade das concepções sobre nascer, adoecer, curar e morrer que existem numa metrópole tão extensa e múltipla como São Paulo na adoção de estratégias de saúde significa ser irresponsável com parte da população que aqui habita.

Para as *warmis*, programas de divulgação e de expansão de doulas e de Casas de Parto na cidade são fundamentais como partes da política pública, pois significaria maior acesso a uma estrutura de acolhimento mais completa para mulheres migrantes em busca do parto

árabes, particularmente com árabes muçulmanas. Apesar de considerar a cesárea uma prática comum entre elas, existem outros aspectos culturais importantes a serem considerados. Um primeiro ponto é a questão do cabelo para elas, que não possuem o costume de mostrá-lo para pessoas fora de sua intimidade. Assim, com a retirada do hijab durante o parto, diz que é importante dar outras opções a elas, como algum tipo de touca de tecido. Outro elemento é que geralmente pedem para serem examinadas por mulheres, então é importante perguntar, na ausência de profissionais mulheres, se haveria problema em serem atendidas por homens e oferecer algum conforto como o acompanhamento de doulas ou de seus parceiros no atendimento. A.Q. ainda descreveu que há um uso frequente de tâmaras, pois podem reduzir a dor do parto e não vê problemas em que se permita isso, pois não impacta negativamente de nenhuma forma o processo. Finalmente, avalia que quando nasce uma criança na cultura muçulmana, geralmente o pai pega o bebê e realiza uma oração, que é um momento importante para a questão religiosa do casal.

humanizado e do atendimento culturalmente sensível. Na live “Papel das doulas nos cuidados da mulher e da família”, afirmou-se que a doula, com sua função de escutar, informar e acompanhar a mulher em consultas de pré-natal, no parto e no pós-parto, daria maior segurança para as gestantes, auxiliando na comunicação e atentando para os direitos e preferências das gestantes, o que reduziria o risco da ocorrência de violência obstétrica. Ademais, a doula é fonte de apoio emocional, o que pode ser especialmente importante para mulheres migrantes, pelo já citado fato de terem maior dificuldade com a língua, com as diferenças culturais e em contatar pessoas próximas, por estarem longe de seu país de origem. As migrantes, especialmente quando racializadas, como é o caso de mulheres andinas, negras e asiáticas (aqui incluo todas as mulheres do Oriente, como é o caso também de árabes), estão mais expostas a situações de xenofobia e/ou constrangimento em serviços de saúde e também enfrentam maior resistência para terem suas preferências e costumes respeitados. Assim, o acesso a uma doula, caso a mulher migrante assim queira, poderia fazer com que ela se sinta mais apoiada durante todo o processo de gestação, parto e pós-parto. Como promover a capacitação cultural de todos os funcionários da saúde pública é algo difícil de ser alcançado, o coletivo acredita que pelo menos o acompanhamento de doulas a gestantes já seria um avanço considerável.

Já as Casas de Parto (chamadas oficialmente de Centros de Parto Normal) seriam importantes dentro dessa perspectiva de defesa de um modelo que não gire apenas ao redor do espaço hospitalar, do respeito ao parto não cirúrgico e da atenção às preferências culturais da mãe. J.M. disse em certa ocasião que casas de parto interculturais fazem parte de um sonho seu, citando o exemplo desses tipos de casas existentes na Bolívia. Na cartilha já mencionada “Imigrantes e refugiados têm direito à saúde no Brasil sim!”, o coletivo informa sobre as duas casas de parto integradas ao SUS atuantes na cidade, a Casa Angela, na zona sul, e a Casa de Parto Sapopemba, na zona leste, mas enfatiza seria essencial que existisse pelo menos uma Casa de Parto em cada região da cidade⁶⁴. Para a maioria das mulheres migrantes, segundo a Warmis, é inviável ter um parto domiciliar, pois ele tem um custo muito elevado, sendo as Casas de Parto as alternativas mais próximas, sendo importante também a abertura para que se reflita sobre as experiências de mulheres migrantes nesses espaços. O coletivo inclusive participou da capacitação das profissionais da Casa Angela em relação ao atendimento no parto das mulheres de cultura andina. No documento, afirma-se que nelas

⁶⁴ Ativistas pelo parto humanizado também indicam que as maternidades atualmente, pela alta demanda que recebem, acabam optando por uma lógica de “produção rápida de partos”, o que estimularia a prática da cesárea. Cf. Rede Brasil Atual. **São Paulo tem apenas duas casas de parto; deveria ter pelo menos 32**, 23 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2019/08/sao-paulo- apenas-duas-casas-de-parto/>

o parto é tratado como um processo natural que faz parte da vida da mulher e para o qual o seu corpo está preparado. O processo é focado na segurança e nas necessidades da parturiente e do bebê. Incentivam a integração familiar, a amamentação e o vínculo de afeto entre mãe, pai e bebê [...] A Equipe de Base da Warmis – Convergência das Culturas considera as casas de parto um recurso público essencial para combater a violência obstétrica e promover partos humanizados interculturais. (p. 9)

J.M. teve seu filho na Casa de Parto Sapopemba e afirma que foi uma experiência muito positiva, na qual as atendentes respeitaram seus desejos (não tomar banho e não caminhar nas primeiras 24 horas pós-parto) e se sentiu acolhida. Ela também pôde ser acompanhada pelo marido, pela madrinha de sua filha e pela madrinha de seu filho, que também foi sua doula. Os planos de parto também constituem algo encorajado pela Warmis, na medida em que são documentos entregues à equipe médica, através dos quais as gestantes indicam suas preferências para o processo. No site do coletivo, há um modelo de plano de parto produzido pela DPESP e pela ONG Artemis, mas o grupo argumenta que ele ainda enfrenta dificuldades de ser aplicado em hospitais e que também há a necessidade de planos de parto de cunho intercultural. É uma ferramenta que precisa ser divulgada e protegida, pois envolve o protagonismo da mulher em suas escolhas e decisões.

Nas rodas de conversas e lives do coletivo, frequentemente se cita o fato de que mulheres migrantes são infantilizadas por funcionários, elas sentem que não são consideradas como portadoras de conhecimento e que sempre devem fazer as coisas do jeito que são feitas aqui. J.M. afirmou que não se trata de acatar todas as práticas sugeridas pelas mulheres de maneira absoluta, pois sabe que, a depender do espaço e do contexto, alguns pedidos não são possíveis. Também reconhece a importância da medicina ocidental, mas contesta o fato de ela ser considerada a única legítima, pois isso seria uma forma de colonizar. Portanto, faz-se necessária uma capacitação e sensibilização das equipes para dar atenção real a essas demandas, num momento de negociação do que se é viável ou não, de tentativa de compreender como uma visão ou prática pode contribuir para a situação. A demanda principal aqui é por um atendimento que procure entender o que faz sentido dentro de cada visão de mundo e como isso pode auxiliar o processo.

Para as mulheres do coletivo, o protocolo hospitalar, baseado no modelo biomédico, é bastante inflexível, não existe muito espaço para negociação e diálogo sobre práticas distintas. Sarti (2010) afirma que a saúde, assim como qualquer fenômeno da existência humana, pode ser analisada por diversos campos do conhecimento. Seu argumento é que a perspectiva

biológica e a perspectiva das ciências humanas observam de maneiras bastante distintas o corpo, a doença, a saúde e os processos de sofrimento e cura. Aqui, ela destaca que os espaços institucionais onde se realizam tais estudos ainda estão fortemente vinculados à uma lógica orientada para os saberes biológicos, enfatizando então o domínio desse campo quando se fala e se realizam práticas de saúde em nossa sociedade ocidentalizada.

A biomedicina moderna pretende ser objetiva e racional e tem como foco a doença, que é separada da pessoa doente, de maneira que a doença é vista como algo que se manifesta de maneira semelhante em todas as pessoas, não cabendo aqui considerações subjetivas, pois a doença e o corpo seriam universais. A doença, entidade de existência autônoma, é o sinal do corpo não saudável. Dentro dessa perspectiva, também surge no saber médico a divisão entre o “normal” e o “patológico”. A dupla normal/patológico, que opera toda a dinâmica do saber da biomedicina, estabelece uma normalidade e as anomalias, que são os desvios desse ideal. Nesse sentido, a medicina teria o papel de restaurar a normalidade/saúde. Existe uma situação normal, uma pessoa normal nessa perspectiva. A biomedicina, então, respaldada por seu projeto de cientificidade, tem um poder normatizador, de ditar regras gerais, de regular vidas⁶⁵ e, sendo assim, seu viés ideológico não pode ser ignorado, já que

A medicina, como aparelho ideológico, interpela-nos permanentemente, onde quer que estejamos. É ela que, onipresente, vem nos dizer não apenas como curar nossas doenças ou aliviar nosso sofrimento, mas propriamente, como viver. Embora não seja única e isso se dê num campo de tensões e ambiguidades, é a biomedicina que tem o domínio da concepção de vida e de morte na sociedade contemporânea. (SARTI, 2010, p. 78)

O choque cultural de grupos de migrantes com o modelo biomédico não ocorre apenas durante o parto. Por exemplo, na Plenária Nacional Migração e Saúde, Y.L., warau nascida na Venezuela, refugiada desde 2011 no Brasil, mãe de três filhos e atuante na área de assistência social, falou que acompanhou casos de crianças warau que apresentavam sinais de desnutrição. As equipes médicas tinham como solução interná-las e enfrentavam resistência das mães, mas no fim eram as equipes que decidiam pelas imigrantes sem muita interação ou diálogo. Y.L. tentava intermediar os casos, perguntar para as mães sobre suas opiniões, mas a postura dos funcionários era sempre de que elas deveriam se adaptar “ao soro, à vacina, à dipirona, sendo que elas nunca tinham visto na vida dipirona”, citando que sua avó usava um tipo de chá para

⁶⁵ Também podemos lembrar da analítica do biopoder descrita por Foucault (1977), segundo a qual a disciplina dos corpos manifesta-se como poder através das diversas instituições, como prisões, escolas e hospitais. A medicina encaixa-se também nesse viés por ditar o que é uma conduta adequada ou inadequada para nossa saúde, tendo, portanto, o poder de regular formas de vida.

cada sintoma de mal-estar. Ela relatou que havia um medo muito intenso de que seus filhos seriam mortos se internados, pois elas viam a coleta de sangue e se assustavam, achavam que as crianças ficariam sem sangue. Falar sobre o processo com elas não era algo simples. O ambiente hospital era portanto algo aterrorizante para elas, pois tudo era muito novo e a inflexibilidade dos funcionários não contribuía para que o atendimento fosse realizado de maneira tranquila.

É um problema prático e teórico, pois não se trata apenas de respeitar a mulher como em suas dimensões culturais, mas de entender que elas também são portadoras de conhecimentos. J.M. argumenta que a maioria dos medicamentos existentes hoje vieram de pesquisadores que foram procurar plantas já utilizadas por povos originários no cuidado em saúde⁶⁶. Na medida em que foram patenteadas e comercializadas por indústrias farmacêuticas, elas passaram a ser valorizadas e consumidas no Ocidente, o que constitui uma certa apropriação cultural dessas plantas e saberes. Enquanto isso, povos indígenas e suas práticas continuaram na dimensão do alternativo/exótico/folclórico no imaginário social, como se estivessem parados no tempo, sem potência para contribuir para modelos atuais de sociedade, sem capacidade de pertencer mesmo ao presente.

O trabalho de Pereira (2020), que aborda os serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas, explica como faz parte do pensamento moderno que perpassa tais serviços, colocar-se como saber único, enquanto tenderia a “hiperculturalizar”⁶⁷ migrantes. Aquilo que varia da Ciência, seriam as culturas, que são implicadas nas dimensões das crenças e opiniões. Enquanto a Ciência sabe, as outras variações creem. É algo já apontado na crítica realizada por Santos (2010B), que indica que a Ciência, ao pensar em algo fora de si, considera que “não há

⁶⁶ Em uma das participações da Equipe de Base Warmis no programa Conversas e Ideias para um Mundo Não Violento pela Migrantes Web Radio, cujo tema foi Medicina Tradicional, uma das integrantes do coletivo falava sobre as propriedades de plantas utilizadas com fins anti-inflamatórios, antibacterianos, antioxidantes e auxiliares de quadros de gastrite, citando como exemplos a camomila, o eucalipto e a babosa.

⁶⁷ De acordo com seu trabalho, a hiperculturalização de migrantes ocorre quando todos os diagnósticos e contextos a seu respeito são atribuídos à cultura de cada um, muito distinta da nossa, criando modelos explicativos atrelados a uma ideia de culturas fixas e essencializadas. É evidente que é preciso levar a sério as diferenças culturais, contudo o cuidado com a hiperculturalização é necessário. Tal processo, além de colocar os conhecimentos e hábitos da sociedade receptora como uma “não-cultura” imparcial, também ignora outras variáveis que deveriam ser consideradas, como trajetórias, opiniões pessoais e condições materiais de vida, por exemplo. Trago, a fim de complementar esse argumento, o pequeno relato de S.M., imigrante peruana, ao comentar a primeira vez que sua filha, à época com quatro anos, foi a uma consulta pediátrica pela primeira vez, demonstrando desenvoltura, confiança e alegria quando chegou ao local. “Sou uma menina grande já mãe”, dizia. Contudo, quando entrou na consulta, a médica perguntou se ela já ia para a escola, ao que a garota respondeu negativamente. A pediatra então repreendeu a menina e depois a sua mãe, disse que “Vocês não entendem que no Brasil, a cultura é diferente, as crianças vão bem cedo para a escola”. Sua filha saiu chorando do episódio. S.M. ficou contrariada, pois acredita que sua filha não deveria ter sido repreendida, na medida em que era uma criança, que não tinha escolhido não ir à escola. Além disso, demonstrou incômodo pelo fato da médica ter atribuído a escolha à sua cultura, pois afirma que foi uma decisão familiar, não associada a uma cultura específica.

conhecimento real, existem crenças, opiniões, magia, idolatria, entendimentos intuitivos ou subjetivos, que, na melhor das hipóteses, podem tornar-se objetos ou matéria-prima para a inquirição científica” (p. 34).

O Plano Municipal de Políticas para Imigrantes da cidade reconhece que a “própria história desse território está misturada com os povos que escolheram esse lugar para viver” (p. 6) , aponta a importância de se considerar as populações migrantes como “agente ativo de transformação da cidade em suas diversas esferas”, e reafirma seu compromisso com “o respeito à diversidade, o combate à xenofobia e às violações de direitos” (p. 14). Se, em termos práticos, as experiências relatadas pelas migrantes em serviços públicos são altamente problemáticas e permeadas por relações frequentemente violentas, o discurso adotado institucionalmente é de “diversidade cultural”, “atendimento culturalmente sensível”, afinal, “somos todos migrantes”. O discurso institucional reconhece, portanto, os direitos da população imigrante e refugiada na cidade dentro de um viés do campo dos direitos humanos.

Contudo, há de se atentar também para os perigos de um esvaziamento do discurso ao se adotar retórica universal e benevolente dos direitos humanos numa espécie de multiculturalismo holístico, puro e totalizante, que toma a diversidade cultural, como descreve Bhabha (2013), um mar de costumes pré-dados, como culturas homogêneas “intocadas pela intertextualidade de seus locais históricos, protegidas na utopia de uma memória mítica de uma identidade coletiva” (p. 69). Num sentido semelhante, Menéndez (2016) critica visões interculturais que tratam as práticas e visões de grupos étnicos minoritários de maneira ahistórica, marcadas mais pela permanência do que pela mudança. O autor indica que um obstáculo comum é buscar, nos discursos sobre saúde/doença, exclusivamente as diferenças de representações e comportamentos, mas também aquilo que é similar nas diferenças, aquilo que permite aproximação.

Prezar pelas diferenças culturais não é assumir um relativismo cultural extremo que nos deixe isolados uns dos outros ou que impeça qualquer tipo de análise, muito menos adotar um discurso cosmopolita universal, de cunho ocidental e liberal, que defende uma tolerância rasa, porém que não é comprometido com nada. É importante que não se configure um discurso superficial de tolerância humanitária, que utiliza o atendimento “culturalmente sensível” como forma simplória de uma comunicação em que um ouve sem escutar de fato a outra parte, em que um atenta para o sistema simbólico do outro com o intuito único de realizar sua interpretação própria das pessoas atendidas e de suas situações, para então traduzi-las e “explicar a realidade” para os migrantes, estabelecendo-se então uma relação do tipo pais bem-

intencionados que entendem e ensinam sobre o mundo para a criança que não o entende e deve ser informada.

Vislumbrei traços dessa relação de tipo paternalista, que pressupõe binarismos do tipo adulto/criança e moderno/primitivo, em roda de conversa com profissionais do SUS na Plenária Nacional Migração e Saúde para falar de suas experiências no atendimento à população imigrante e refugiada. Os convidados da roda pareciam ser bem-intencionados, contudo, algumas falas chamaram minha atenção. Em determinado momento, uma funcionária, que chamarei de A., do Consultório na Rua⁶⁸, falou que havia dificuldades de comunicação e compreensão devido às línguas e sistemas de saúde distintos. Segundo ela, as comunidades indígenas que atendia tinham “dificuldade de higiene pessoal”, “crianças com piolho” e “saúde bucal defasada”. Nesse sentido, argumenta que era importante formar vínculos com tais comunidades, pois assim “elas compreendem melhor o que devem fazer”.

Em outro momento da conversa, uma especialista em saúde da mulher pelo SUS, B., defendeu que “o SUS é para todos, independentemente de cor, raça, nacionalidade. Se o brasileiro tem direito a algo, ao imigrante também precisa ser oferecido o mesmo direito”. Contudo, também fez observações sobre a higiene dos indígenas, que deixariam mantimentos, roupas e alimentos no chão, sendo necessário “educar na nossa cultura, sem machucá-los”. Em seguida, também falou que a mensuração do ciclo menstrual de mulheres indígenas às vezes é difícil se elas decidem parir sozinhas, concluindo: “Preciso pegar minha linguagem e levar para elas, trazê-las à nossa cultura”.

Stengers (2020), ao falar da “maldição da tolerância”, especifica como nós – no caso, os chamados “modernos” – nos colocamos como tolerantes enquanto aqueles que sabem, que lidam com a perda da inocência diante dos fatos, em oposição àqueles que creem de maneira ingênua num mundo de fantasia. “Nós somos adultos, somos capazes de enfrentar um mundo esvaziado de garantias e encantamentos” (p. 393), diz a autora. A tolerância para ela tem muito mais a ver com a benevolência protetora e a arrogância do que com o respeito. A tolerância pressupõe que o outro estaria equivocado, enquanto nós não admitiríamos nos posicionarmos enquanto aprendizes de algo que não se assemelha conosco. Assim, Stengers conclama:

Maldito aquele que se julga livre para redefinir a partir de seus próprios termos a maneira como o “outro” habita esse mundo, pronto a tolerá-lo, ou até mesmo lamentar pela perda de sua própria inocência. Pois, desse modo, a inocência desqualifica o outro, aquele que ainda não sabe. (p. 399)

⁶⁸ Estratégia estabelecida pelo Plano Nacional de Atenção Básica de 2011, com a formação de equipes multiprofissionais, com o intuito de melhor atender pessoas em situação de rua.

A autora então refuta modelos universalistas e generalizantes, indicando perspectivas múltiplas de pensar e de se estar no mundo. De acordo com Mello (2019, p.2),

Sua maior preocupação é como construir uma forma de apreender o mundo que não reproduza as características de uma tradição que transforma em chave universal neutra válida para todos as práticas das quais se orgulha, empreendimento típico da modernidade. Trata-se de uma reflexão acerca da arte dos encontros e relações, entendendo que estes se dão necessariamente entre diferentes, pois uma relação só é possível na diferença.

Aqui, podemos fazer uma ponte com Haraway (1995), que argumenta que nenhum olhar é universal, ele é sempre localizado, parcial, posicionado. A posição implica uma vulnerabilidade que resiste à simplificação, uma vulnerabilidade daquilo que se compromete com algo, daquilo que pode ser responsável e responsabilizado pelo que vê e diz, isto é, “posicionar-se implica em responsabilidade por nossas práticas capacitadoras” (p. 27).

A perspectiva parcial para Haraway nunca se considera completa, dada ou fechada em si mesma. Dessa maneira, em oposição às narrativas aliadas ao Ocidente e ao Homem Branco, cujo “Olho produz, apropria e ordena toda a diferença” (p. 27), que se postulam como onipresentes, oniscientes e imparciais e, portanto, impossíveis de serem avaliadas, criticadas e responsabilizadas, as narrativas aliadas às minorias sabem que, assim como todas as demais, falam de algum lugar e por alguém. As narrativas das margens têm compromissos declarados e entendem que podem ser contestados, pois falam de formas de organizar mundos que não são universais. É somente através do reconhecimento de que a visão é posicionada, parcial, incompleta e imperfeita que compreendemos que ela é capaz de “juntar-se a outro, sem pretender ser o outro” (p. 26). Nesse sentido, o conhecimento situado não é descompromissado e permite aberturas e possibilidades de conexões, justamente por se reconhecer como em construção permanente. É desse modo que Haraway advoga por

políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação nas quais parcialidade e não universalidade é a condição de ser ouvido nas propostas a fazer de conhecimento racional. São propostas a respeito da vida das pessoas; a visão desde um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo. (p. 30)

Para a Warmis, as perspectivas das mulheres migrantes são capazes de provocar mudanças positivas e necessárias nas maneiras como pensamos o mundo, pois envolvem um viés decolonial de narrativa e produção de conhecimentos. Elas também assumem uma postura

crítica ao universalismo moderno, tendo entre seus objetivos anunciados “o desenvolvimento do conhecimento acima do imposto como verdade absoluta⁶⁹. Há uma disputa simbólica pela produção e compartilhamento do conhecimento vindo de minorias, cuja responsabilidade o coletivo chama também para si. Quando suas integrantes refutam o domínio do modelo biomédico, centralizado na estrutura do hospital e no qual o poder de decisão recai inteiramente sobre a equipe médica, defendendo práticas que reconheçam conhecimentos distintos sobre processos de saúde, dor e bem-estar, muito pautadas por observações de mulheres andinas, elas reivindicam que saberes localizados sejam considerados, justamente porque ocorrem dentro de instituições em que trocas e traduções são feitas de forma desigual. Como indica Rivera Cusicanqui (2015, p. 88),

las clases subalternas, negadas por las élites dominantes, o reconocidas sólo como ornamentos culturalistas en un modelo hegemónico de sociedad moderna, salen a la superficie con toda la nitidez, cuando son representadas en sus propios términos.

Nesse sentido, na perspectiva de Bhabha, a discussão sobre as práticas e saberes interculturais trazidas por essas mulheres podem ser inscritas como parte da “contramodernidade pós-colonial”, que resultam em processos de descontinuação ou desacordo com essa modernidade (ocidental), de resistência a suas “tecnologias assimilacionistas”, ou em processos de emergência de hibridismos culturais. Assim como nos saberes localizados de Haraway, a diferença cultural para Bhabha também passa a rearticular o conhecimento a partir da posição de significação da minoria, servindo então para “perturbar o cálculo de poder e saber, produzindo outros espaços de significação subalterna” (p. 261). Esses processos de enunciação e diferenciação resultam em caminhos nos quais as culturas possam ser pensadas não dentro de um certo exotismo multicultural, mas inseridas nas articulações do hibridismo da cultural, isto é, algo que não é nem um nem o outro, é algo no enquanto e no entre. E, como o próprio autor explica,

A representação da diferença não deve ser lida apressadamente como traços culturais ou étnicos *preestabelecidos*, inscritos na lápide fixa da tradição. A articulação social da diferença, da perspectiva da minoria, é uma negociação complexa, em andamento, que procura conferir autoridade aos hibridismos culturais que emergem em momentos de transformação histórica [...] Os embates de fronteira acerca da diferença cultural têm tanta possibilidade de serem

⁶⁹ Disponível em:

https://www.facebook.com/EquipeDeBaseWarmisConvergenciaDasCulturas/about/?ref=page_internal

consensuais quanto conflituosos; podem confundir nossas definições de tradição e modernidade, realinhar as fronteiras habituais entre o público e o privado, o alto e o baixo, assim como desafiar expectativas normativas de desenvolvimento e progresso.” (p. 21)

Portanto, os processos de construção da alteridade não são sempre consensuais, eles podem envolver o conflito, pois o encontro com o outro exige algum nível de risco, vulnerabilidade e desconforto. A alteridade envolve o deslocamento e a desorientação e nem sempre resulta em adequação perfeita ao outro, pois algo dele sempre excede a mim. Esse deslocamento e desorientação não é visto por Bhabha como algo negativo, mas como momentos em que novas possibilidades são criadas.

Na medida em que afirmamos que tudo é parcial e nada é completo em si mesmo, a interculturalidade é um campo que está sendo permanentemente construído nos discursos das mulheres migrantes e das políticas públicas. Sendo o discurso e estruturas voltados para as especificidades dos migrantes muito recentes na cidade, a interculturalidade é apenas um dos elementos que os compõem e de maneira limitada. Contudo, a presença e a luta de migrantes pelo direito à saúde verdadeiramente equitativa vêm inserindo na agenda pública a fundamental consideração sobre o exercício da alteridade na saúde. Dessa maneira, a interculturalidade, como enfatiza Dantas (2012), “hoje é uma área mais notada por seu potencial do que por suas conquistas. É um campo que nos desafia a considerar nossos pressupostos, valores, métodos como culturalmente limitados e, portanto, sob suspeita” (p. 191). Tal potencial não deve ser ignorado nem menosprezado, pois leva ao campo das políticas públicas a ideia de que verdades absolutas devem ser questionadas, pois os conhecimentos valorizados em determinada época são produtos de relações de poder desiguais. Assim, quando as migrantes trazem a interculturalidade como categoria de resistência na saúde, elas reafirmam continuamente que as políticas públicas podem e devem ser pensadas a partir das margens.

Uma frase muito ouvida ao longo da pesquisa por migrantes diversos foi “Não somos coitadinhos”, indicando uma rejeição à ideia de fragilidade como algo inerente à população migrante. Isso não significa dizer que eram relatos e opiniões que não expressavam as dificuldades vividas ou que ignoravam vulnerabilidades, mas que pareciam indicar um desejo pelo reconhecimento de migrantes não como eternas vítimas, como indivíduos infantis, mas como sujeitos portadores de direitos, conhecimentos, qualificações e absolutamente capazes de agência. Assim, em movimento oposto ao que vê a migração e os migrantes exclusivamente como um problema social e geradores de ônus para o país receptor, como descreve Sayad (2008), surgem as vozes migrantes que repetem e demonstram insistentemente o fato de que

agregam benefícios econômicos, sociais, políticos, filosóficos e culturais à sociedade brasileira⁷⁰.

Para a população migrante residente no país, não se trata, portanto, apenas de considerá-la enquanto portadora de direitos básicos, mas também de pensar e produzir políticas a partir de uma perspectiva em que ela não seja colocada como um grupo de indivíduos passivos, infantis e frágeis a quem se faz algumas concessões, como uma espécie de caridade pública. Imigrantes e refugiados, como foi aqui demonstrado pela ampla gama de atividades e riqueza de debates realizados pelas warmis e por outras mulheres, possuem agência e constroem diversas dimensões da vida em sociedade, inclusive na área da saúde. O que falta é o reconhecimento dessas contribuições e das potencialidades que carregam em si.

⁷⁰ Em live promovida pelo Museu da Imigração com o tema “Vozes – mulheres nas migrações internacionais”, por exemplo, A.G., imigrante venezuelana, mãe de três filhos e residente atualmente em Campinas, afirmava “Não somos uma carga, viemos agregar, precisamos de oportunidades para que possamos mostrar nosso valor”.

Capítulo IV – Os impactos da pandemia do coronavírus sobre mulheres migrantes e os circuitos paralelos de cuidados

Veena Das (1995) referia-se a eventos críticos como aqueles capazes de promover reconfigurações das gramáticas relacionais em uma sociedade, ao passo que o desenrolar do tempo diluía essas gramáticas nos cotidianos vividos, borrando as fronteiras entre o extraordinário e o ordinário. A antropóloga também especifica como as mulheres realizam um trabalho cotidiano de reparação e de reordenação social, ideia similar à expressa pela colombiana L.T., integrante da Warmis, em evento sobre feminismo e migração, quando falava que as mulheres são “agentes de reconstrução de um país”, citando como exemplo os anos posteriores ao conflito armado que marcara seu país de origem na década de 90. É também nesses eventos críticos que se explicitam quais vidas são mais ou menos valiosas naquele lugar, mais ou menos dignas de luto. Acredito que a pandemia do coronavírus possa ser considerada um tipo de evento crítico, na medida em que seu surgimento brusco, violento, modificador das dinâmicas sociais, ao mesmo tempo em que apenas tornou mais visível o que já era existente em termos de desigualdades e opressões vividas.

Momentos de crise de saúde e epidemiológica são particularmente delicados para a população imigrante e refugiada. Comumente considerados corpos que carregam uma doença para dentro de um país (VENTURA & YURJA, 2019), pois estão associados à imagem de deslocamento contínuo, certo mistério e desconhecimento, são culpabilizados pela transmissão de vírus, numa mistura de medo e ódio de um outro. Isso dá margem inclusive para o aumento do apoio a discursos que tratam a migração como caso de segurança nacional, explicitados por pedidos pelo fechamento de fronteiras, usando-se como justificativa a necessidade de controle sanitário e saúde pública. No caso brasileiro com a COVID-19, foram cerca de 30 decretos e portarias estabelecendo o fechamento de fronteiras sob a justificativa de contenção da pandemia, ainda que não houvesse normas técnicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que recomendassem tal medida. Além disso, houve um aumento gritante do número de deportações durante a pandemia, que passou de 36 pessoas em 2019 para 2901 pessoas em 2020, o que corresponde a um crescimento de cerca de 5000%⁷¹. O fechamento de

⁷¹ Cf. G1. **Deportações de estrangeiros crescem 5.708% no Brasil em 2020**, 21 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/02/21/deportacoes-de-estrangeiros-crescem-5708percent-no-brasil-em-2020.ghtml>

fronteiras aumenta as situações de indocumentação e deteriora muito as condições de deslocamento, o que gera impactos importantes em termos de saúde.

Ademais, ainda que saibamos que os primeiros casos de coronavírus no país foram de brasileiros que vieram da Europa em voos, as fronteiras aéreas tiveram seu trânsito regularizado após a fase de contenção no início do período pandêmico. Em junho de 2020, houve a reabertura de fronteiras aéreas para migrantes com visto de estudo, realização de atividades esportivas, entre outros. Contudo, não previa tal reabertura para migrantes com visto humanitário que, atualmente, são concedidos para pessoas do Haiti e da Síria. O fechamento de fronteiras terrestres e a não concessão de entrada para portadores de visto humanitário indica a desproporcionalidade no tratamento de imigrantes em condições socioeconomicamente vulneráveis ou de refugiados. O coronavírus exerceu, portanto, um papel importante na restrição de movimento de determinados grupos de migrantes, em que o governo brasileiro, como em diversos outros momentos de nossa história, indicava quais categorias de imigrantes e refugiados eram desejáveis e indesejáveis.

A associação entre estrangeiros e transmissão de doenças é particularmente mais explícita quando a doença em si é ligada a uma determinada região, principalmente se composta majoritariamente por grupos racializados, frequentemente considerados a partir de uma ótica de oposições, como sujo/limpo, puro/impuro, caos/ordem, civilizado/incivilizado, na qual coloca-se os valores negativos sobre os grupos racializados (DANFÁ, 2016). A xenofobia e o racismo ocorreram de maneira bastante escancarada com imigrantes negros durante a crise do ebola em 2014, que estiveram sujeitos a uma onda de atos racistas e xenofóbicos nesse período. Com a COVID-19, o alvo principal de início tornou-se a população asiática, que passou a sofrer com maior discriminação durante a pandemia, ao passo que o presidente da maior potência econômica mundial chamava o Sars-Cov-2 de “vírus chinês”⁷².

O que se notava em ambos os casos, portanto, era uma associação direta de grupos inteiros a doenças, geralmente vistos como não pertencentes à determinada sociedade. Parte disso era consequência de um tratamento da grande mídia dado às epidemias, quando frequentemente colocavam fotos de pessoas africanas ou amarelas aleatoriamente para noticiar sobre os temas ligados a essas doenças. Uma incursão simples por comentários em sites e redes sociais por usuários comuns também já indicava que, muitas vezes, tais grupos eram considerados menos limpos e cuidadosos e, portanto, mais propensos a portarem os vírus. No

⁷² Cf. CNN Brasil. **Trump causa mal-estar ao usar o termo ‘vírus chinês’ para se referir ao coronavírus**, 17 de março de 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/trump-gera-mal-estar-ao-usar-termo-virus-chines-para-se-referir-ao-coronavirus/>

caso do coronavírus, explicava-se o surgimento do mesmo pela falta de higiene, alimentação “exótica” – entre outros termos dotados de menor eufemismo – e negligência dos chineses. Esse tipo de associação do surgimento de uma doença à falta de higiene de determinados locais e hábitos incomuns já não era encontrado, por exemplo, quando a doença da “vaca louca” – transmitida a humanos por meio do consumo de carne contaminada – se disseminou, tendo como epicentro países europeus. Nesse caso, a preocupação maior sempre foi com as formas de se controlar a doença e a solidariedade com os infectados. Dessa forma, é evidente que os julgamentos sobre saúde e doença durante uma crise epidêmica são atrelados a ideias xenofóbicas e racistas, com hierarquizações de povos mais ou menos “civilizados”.

A consequência desse tipo de estigmatização é o agravamento da violência contra grupos racializados durante períodos de crise sanitária. À época em que o ebola era o centro das atenções, a epidemia ocorria na África Ocidental, mas foram frequentes os casos, por exemplo, de haitianos sofrendo racismo e xenofobia, ainda que fossem originários de um país do Caribe.⁷³ Nos EUA, o aumento no índice de crimes de ódio contra a população asiática, inclusive com agressões físicas a pessoas já na terceira idade, ganhou os noticiários⁷⁴. Outro reflexo é o aumento de discursos de que estrangeiros geram um custo social à população nacional em tempos de crise, sendo culpabilizados por desigualdades estruturais (RODRIGUES, CAVALCANTE & FAERSTEIN, 2020).

No Brasil, a mistura de xenofobia e racismo na pandemia foi ilustrada por um evento que causou bastante comoção e revolta dentro da comunidade migrante e entre entidades de apoio à essa população, que foi o assassinato do angolano João Manuel, frentista de 47 anos, em maio de 2020. Ele morreu esfaqueado por um brasileiro na região de Itaquera, que também deixou outros dois imigrantes feridos. Segundo as testemunhas, houve uma discussão devido ao recebimento de auxílio emergencial federal pelos imigrantes. O homem brasileiro acusava estrangeiros de virem ao país apenas para receber dinheiro do governo, enquanto os nacionais estavam sofrendo. Em entrevista⁷⁵, um dos feridos disse acreditar que houve motivações racistas, pois relatou que o brasileiro começou a fazer ameaças de morte, dando risada, “como

⁷³ Cf. G1. **Após suspeita de ebola, haitianos enfrentam preconceitos em Cascavel**, 14 de outubro de 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2014/10/apos-suspeita-de-ebola-haitianos-enfrentam-preconceito-em-cascavel.html>

⁷⁴ Cf. BBC. **Covid ‘hate crimes’ against Asian Americans on rise**, 02 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-56218684>

⁷⁵ Cf. G1. **Angolano morre esfaqueado na Zona Leste de SP e 2 ficam feridos; imigrantes deixam suas casas em Itaquera por medo de xenofobia**, 19 de maio de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/19/angolano-morre-esfaqueado-na-zona-leste-de-sp-e-2-ficam-feridos-imigrantes-deixam-suas-casas-em-itaquera-por-medo-de-xenofobia.ghtml>

se fosse matar um animal” e que, uma vez acusado de racismo, foram esfaqueados. João Manuel recebeu três facadas no peito e faleceu. Aqui, nota-se tensões advindas de uma crise econômica e social, em que migrantes se tornam alvos diretos de frustrações dos nacionais, resultando em casos que colocam suas existências em xeque, principalmente por meio do acirramento de sentimentos xenofóbicos e racistas.

O que mostra a experiência com as mulheres migrantes em São Paulo durante a crise do coronavírus é a simplificação extrema dessa visão de um estrangeiro/outro perigoso, transmissor de doenças e que prejudica os nacionais. Ao mesmo tempo em que muitas migrantes, assim como as brasileiras, estão expostas ao vírus pelas vulnerabilidades socioeconômicas – e não por má-vontade ou descaso – também há inúmeros esforços para sustentação da saúde de si próprias e dos demais. Elas realizam trabalhos de informar outros migrantes sobre modos de prevenção, realizam mapeamentos de suas necessidades, orientam sobre serviços de saúde, realizam ações de cunho assistencialista em situações de urgência. As redes de mulheres migrantes exerceram um papel fundamental na contenção de danos maiores durante o período de crise aguçada de COVID-19. São elas que detêm um conhecimento extenso sobre os impactos da pandemia nas comunidades migrantes e as que mantêm vínculos importantes de confiança, muitas vezes difíceis de serem desenvolvidos por agentes governamentais.

Podemos falar de um tipo de gestão do cotidiano que perpassa por essas redes e que procura suprir lacunas deixadas pelas políticas públicas municipais, uma gestão que existia antes da pandemia, mas que se tornou ainda mais evidente com sua emergência. Na live “Covid-19 e a emergência global da campanha #RegularizaçãoJá: o protagonismo das mulheres migrantes no Brasil e no mundo”, realizada pelo Fontié Ki Kwaze (Fronteiras Cruzadas⁷⁶)⁷⁷, as convidadas relataram como muitos movimentos de migrantes acabam “apagando incêndios”, na prática de acolher uns aos outros em locais onde o Estado está ausente. O mesmo tipo de associação foi feito no curso online “A Hospedaria de Imigrantes e os tijolos do racismo estrutural no Brasil”⁷⁸, promovido pelo Museu da Imigração, quando a fundadora do Coletivo Iada África, N.F., afirmou que lideranças imigrantes em redes estão “apagando fogo”, fogo este que nem deveria existir se as entidades governamentais fizessem seu papel. As redes foram

⁷⁶ O Fronteiras Cruzadas é uma iniciativa acadêmica, social e artística existente desde 2017, que procura refletir sobre a temática migratória e realizar atividades de valorização das vidas e trabalhos de migrantes.

⁷⁷ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=goRU7SefUys>

⁷⁸ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cWsAsEaSGfs>

importantes pontos de apoio mútuo e cadeias de cuidados, seja através de provimentos materiais, trocas de informações ou de afetos.

O coronavírus, especialmente em seu início, quando havia uma incerteza geral sobre o contexto vivido, é um exemplo central para explicar como a atuação dessas mulheres contribuiu para a preservação da saúde. O cenário ficava extremamente sério quando se tratava de famílias migrantes com necessidades também para as crianças, particularmente para famílias lideradas por mães solas. Por exemplo, mães imigrantes e refugiadas que trabalham como autônomas (ex.: costureiras, donas de salão de beleza ou serviço de gastronomia, vendedoras ambulantes), como é o caso de diversas migrantes andinas e africanas, foram extremamente prejudicadas com o fechamento do comércio, estabelecimento da quarentena e paralisação de serviços, afetando o sustento de seus filhos. A demanda por seus serviços reduziu drasticamente dado a necessidade do distanciamento social. As vendedoras ambulantes, por exemplo, que realizam muito de seu trabalho na área central da cidade (como nas regiões da República, Brás e Pari) tiveram sua movimentação regular impossibilitada ou restringida por diversos meses e, conseqüentemente, a sua principal fonte de renda foi impactada de maneira brutal⁷⁹. Ser migrante em um país que conta com uma classe trabalhadora de nacionais também em situação precária implica frequentemente no reencontro com os problemas socioeconômicos já conhecidos, o que gera desilusão profunda quando consideramos que grande parte desses migrantes sai de seus países em busca de novas oportunidades (VILLEN & CORDEIRO, 2020). A pandemia para mulheres migrantes significou não apenas a emergência de um vírus que pode matar, mas também escancarou e agravou as desigualdades já existentes anteriormente (BUSTAMANTE, 2020), extrapolando a enfermidade em si.

Além da perda de renda com a interrupção das diversas atividades econômicas, muitas migrantes reportavam a dificuldade do acesso ao auxílio emergencial oferecido pelo governo, com os documentos necessários ora sendo negados ora tendo a emissão dificultada pela suspensão de alguns serviços⁸⁰. Um dos casos relatados por N.M., uma das integrantes da Equipe de Base Warmis, foi o de sua mãe, que estava em processo de renovação do Registro

⁷⁹ Além das dificuldades econômicas, é importante considerar que os centros comerciais com alta presença de imigrantes, como a Praça Kantuta, a Galeria Presidente e a Galeria Sampa, localizadas na região central da cidade, constituem lugares em que se compartilham informações de interesse para imigrantes (direitos de imigrantes, acesso a escolas e equipamentos de saúde, benefícios sociais, centros de acolhida, órgãos especializados ao atendimento de imigrantes), principalmente pela oralidade do dia-a-dia. O fechamento de tais locais em decorrência da pandemia prejudicou bastante imigrantes e refugiados nesse sentido, já que o isolamento social significa um distanciamento de redes de contatos pessoais importantes que se configuram na vivências dessas populações em São Paulo.

⁸⁰ A emissão da Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), por exemplo, necessária para abertura de conta bancária, por exemplo, foi suspensa à época, o que impossibilitava o recebimento do auxílio.

Nacional Migratório (RNM) e, portanto, estava apenas com um protocolo temporário disponível. Ao chegar na Caixa Econômica Federal para pedir seu auxílio emergencial, foi informada que necessitava do RNM para tanto. N.M. então foi buscar mais informações e descobriu que não havia essa necessidade, chegando à conclusão que muitos funcionários estão mal informados a respeito do direito de estrangeiros a esse auxílio. Ela também relatou que essa informação sobre os próprios direitos frequentemente não chega aos migrantes, principalmente aos de baixa renda, que possuem maior dificuldade de acesso à internet. Em 2021, integrantes do coletivo participaram de sessões na Câmara Municipal de São Paulo para pressionar vereadores em votações de emendas, que incluíam a garantia de acesso ao auxílio emergencial pelos imigrantes e refugiados. Ainda assim, diversas organizações de imigrantes continuaram descrevendo que a maioria dessas populações não foram contempladas pelo auxílio, o que as deixou em situações alarmantes. Segundo tais grupos, casos de extrema vulnerabilidade indicavam mulheres migrantes com filhos que não tinham como se alimentar, nem como comprar máscaras ou álcool em gel.

No contexto apresentado, a preocupação, além da perda de renda das comunidades, é também em relação às pessoas que foram obrigadas a continuar trabalhando para manter a renda, aumentando sua exposição ao vírus e, conseqüentemente, elevando a probabilidade de contaminação de suas famílias também. As redes de mulheres migrantes indicam os casos de trabalhadores das oficinas de costura, que muitas vezes moram no mesmo local de trabalho, que não raramente configuram-se como espaços insalubres, de pouca ventilação. Há também a questão das mulheres que vendem produtos informalmente, pelas ruas da cidade. O CEMIR cita casos de migrantes que continuaram frequentando a região da Feirinha da Madrugada, importante polo de comércio no centro de São Paulo, o que as deixava em situação de risco, ao mesmo tempo em que não conseguiam ter os mesmos rendimentos do período pré-pandemia. O dilema fixado era se arriscar a contrair o vírus ou se arriscar a passar fome. O paradoxo para as imigrantes permanece: na tentativa de dar continuidade à vida, precisam se expor mais à doença. Porém, colocar comida na mesa sempre acaba sendo a urgência mais imediata.

O que se testemunhou então foi a movimentação coletivos migrantes para que as famílias imigrantes e refugiadas tivessem suas necessidades básicas atendidas e uma readaptação de suas atividades para que continuassem atuantes em suas pautas. Os grupos de WhatsApp, por exemplo, já extremamente relevantes em período anterior, tornaram-se ainda mais imprescindíveis para receber casos emergenciais e organizar formas de apoio. Além disso, as lives foram as principais ferramentas utilizadas para que se perpetuassem os debates e a reivindicação de direitos relacionados às mulheres migrantes, com um novo elemento sempre

atrelado aos diálogos: a COVID-19. O trabalho pela saúde de migrantes coube, de maneira ainda mais explícita durante a pandemia, em grande medida, às redes de mulheres imigrantes e refugiadas na cidade. Muitas vezes, as próprias mulheres dos grupos aqui mencionados iam até os locais em que habitavam imigrantes em necessidade para realizar entregas de alimentos e kits de higiene, por exemplo, o que as expunha mais ao perigo do contágio. Em artigo de Vilallón, Moya & Bejarano (2021), integrantes da Equipe de Base Warmis, elas argumentam que

frente a estas y otras situaciones, es fundamental el trabajo que muchas organizaciones y colectivos de mujeres migrantes comenzamos a realizar evidenciando, por un lado, las lagunas que dejan las estrategias de enfrentamiento a la pandemia por parte del estado, y por otro, la organización y trabajo en red de los colectivos para enfrentar la crisis sanitaria en un contexto en que no son reconocidos plenamente los derechos de participación ciudadana para las y los migrantes. (p. 66)

O coletivo, por exemplo, realizou mapeamento das necessidades das mulheres migrantes durante o período de COVID-19 a partir do preenchimento de formulários, em português e espanhol, que poderiam ser compartilhados para que houvesse uma plataforma conjunta de levantamento de informações. O questionário online alcançou cerca de 400 mulheres migrantes de países diversos, como Peru, Bolívia, Haiti, Colômbia, Venezuela, Argentina, Cuba, Angola, Paraguai, Senegal, Congo, Guiné Bissau, Uganda e Síria. Outra forma que encontraram de mapear as necessidades foi a partir da criação de um grupo de Whatsapp (o Facebook e o Instagram são de mais difícil acesso) no qual uma mulher ia inserindo outras com quem tinham contato caso houvesse necessidade de ajuda. Com esses dois instrumentos, o coletivo conseguiu alcançar aproximadamente 500 mulheres, tendo acesso a muitos relatos de mães solas, sendo a maioria indocumentada, que não estavam conseguindo comprar alimento para os filhos.

Assim, o coletivo fez uma campanha intensa de arrecadação de recursos para compra de cestas básicas, produtos de limpeza, máscaras, kits de higiene pessoal para mulheres migrantes e seus dependentes. Na cesta básica, incluíram mesmo livros, o que podemos considerar como uma valorização forte da educação e da cultura por parte do coletivo, por serem considerados itens de necessidade básica. Além disso, coletaram kits de desenhos para filhos e filhas dessas imigrantes, pois imaginaram que a falta de interação com outras crianças e o isolamento social em suas casas poderia aumentar o sentimento de solidão. De acordo com S.M., uma das integrantes da Warmis, “Saúde não é só alimento e SUS, é uma criança feliz,

por exemplo”⁸¹. Foi o próprio grupo que, além de coletar as doações, se organizou para realizar as entregas, alcançando no primeiro mês da campanha 162 famílias chefiadas por mulheres migrantes. Ademais, o coletivo enviou orientações em línguas diversas para as mulheres sobre como criar uma horta caseira, de maneira a garantir segurança alimentar, promover uma alimentação mais saudável e economizar recursos financeiros.

O coletivo também produziu cartilha em espanhol, disponível em seu website, com orientações diversas para mulheres migrantes em tempos de COVID-19⁸². O documento descreve os sintomas da doença, modos de transmissão, métodos de prevenção e grupos de risco, além de registrar contatos importantes, como os canais do Governo do Estado de São Paulo, da DPESP, da Polícia Militar, do Centro de Atenção para a Mulher e de organizações e entidades de apoio ao imigrante. A Warmis também indicava métodos de prevenção ao vírus e informações úteis pelo Whatsapp e por outros canais. Em sua página do Facebook, anunciava que migrantes tinham acesso ao auxílio emergencial oferecido pelo governo durante a pandemia e informava, por exemplo, que gestantes constituíam grupo de risco. Em programa na Migrantes Web Radio, o coletivo passava série de orientações sobre como se proteger, recomendando o isolamento e distanciamento social, o uso de máscaras, a higienização das mãos e a troca de roupas quando se chega em casa. Ademais, alertava para a maior incidência de ansiedade e estresse durante o período, descrevendo os sintomas de uma crise de ansiedade, e algumas técnicas para controlar tais crises e acalmar os pensamentos, como a musicoterapia e o método cinco-quatro-três-dois-um⁸³. Cabe aqui a observação de que a rádio é um canal de comunicação importante para imigrantes e refugiados se informarem sobre notícias, serviços e direitos, especialmente para aqueles que trabalham/residem em oficinas de costura, como apontaram lideranças de coletivos ao longo da pesquisa.

Assim como a Equipe de Base Warmis, o CEMIR também caracterizou-se como uma rede de apoio a diversas famílias migrantes durante a pandemia do coronavírus. Na live realizada pela ONG, “Vozes de mulheres imigrantes e a violência doméstica na pandemia”⁸⁴, também citaram como o Whatsapp é fundamental na comunicação, tanto entre as lideranças comunitárias da instituição, quanto para entrar em contato com diversas migrantes. A ONG

⁸¹ Declaração disponível em: <https://www.instagram.com/ocupamae/live/>

⁸² Disponível em: <http://www.warmis.org/images/cartilla%20mujeres%20inmigrantes.pdf>

⁸³ A técnica consiste em nomear cinco coisas que podem ser vistas, quatro coisas que podem ser tocadas, três coisas que podem ser ouvidas, duas coisas que podem ser cheiradas e uma coisa cujo sabor pode ser sentido. A ideia é que se concentre nos elementos do presente e do ambiente em que se encontra para afastar anseios sobre o futuro ou sobre hipóteses que estão fora do controle no momento.

⁸⁴ Disponível em: <https://www.facebook.com/310225012977144/videos/210535850586571>

comunica-se por grupos de Whatsapp divididos por bairros e, com o início da pandemia, integrantes descreveram como recebiam pedidos em tom de desespero por muitas não estarem conseguindo pagar o aluguel ou por estarem se alimentando apenas uma vez por dia. A fome era o grande problema⁸⁵, algo que criava mal-estar físico e uma sobrecarga emocional intensa, pois, segundo o CEMIR, é frequente que se coloque a responsabilidade por alimentar a família sobre a mulher. Ademais, o grupo afirmou que soube de casos de imigrantes e refugiadas abandonadas pelos parceiros durante a pandemia, o que as deixou ainda mais sobrecarregadas.

A ONG lançou então a campanha Mulher Imigrante em Pé pela Vida, por meio da qual arrecadaram fundos e doações, realizando, entre maio e dezembro de 2020, a entrega de 1319 cestas básicas, 816 kits de higiene e limpeza e 5150 máscaras de proteção. Além disso, também houve bastante procura por orientações em casos de despejos de moradia por atraso de aluguel, informações para atendimento em postos de saúde, indicações sobre procedimentos para acessar ao auxílio emergencial e informações sobre regularização migratória.

Outro tema de muito destaque nas atividades de mulheres migrantes durante a pandemia foi a questão do combate à violência doméstica, pois as organizações observaram que a pandemia, com sua exigência de isolamento social, deixou muitas mulheres em estado de maior vulnerabilidade, passando mais tempo com seus parceiros. A própria perda de renda, gerada pelo desemprego ou precarização do trabalho, significou para muitas mulheres o aumento da dependência financeira em relação a seus parceiros, fato que, especialmente em caso de relacionamentos abusivos, aumentava a probabilidade de situações de estresse, discussões, brigas e agressões. De acordo com relatório do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020), por exemplo, o número de chamadas atendidas no 190 da Polícia Militar classificadas como ocorrências de violência doméstica aumentou em 44,9% no Estado de São Paulo quando se compara março de 2019 com o mesmo mês em 2020. Assim, para as mulheres, o *lockdown* não representava necessariamente maior segurança e saúde para elas. O paradoxo entre se proteger do vírus ou se proteger de um parceiro abusivo aparecia de maneira brutal durante a pandemia.

Assim como na questão sobre a perda de renda, a violência de gênero leva à reflexão sobre as diversas faces que a saúde plena implica. Quando citamos o confinamento em casa como importante método de prevenção diante de um vírus novo, perigoso e com consequências sérias para o corpo humano, não se pode deixar de considerar outras variáveis da vida que aparecem como riscos à saúde e à vida da mulher. Se ficar em casa significa não completar uma

⁸⁵ Vargas (2020), mãe imigrante Venezuela, relata que a suspensão de aulas presenciais significou uma perda significativa em termos de alimentação para muitos filhos de imigrantes, que realizavam refeições no refeitórios escolares.

renda ao final do mês essencial para a sobrevivência ou estar à mercê de agressões físicas, verbais e psicológicas, então de que saúde estamos falando? Existem vulnerabilidades e violências muito mal resolvidas e agravadas pela situação pandêmica e pela migração que surgem como barreiras elementares para a segurança física e mental de mulheres migrantes.

Assim, a pandemia teve consequências para a saúde da mulher que extrapolaram a doença em si. Para mulheres migrantes, as possibilidades de sair de um relacionamento abusivo durante a pandemia se tornaram ainda mais ínfimas com a restrição de movimento, inclusive entre fronteiras. Para migrantes com filhos, voltar para o país de origem exigia que os respectivos pais das crianças e adolescentes autorizassem tal retorno, o que se configura como um entrave considerável. A suspensão de atividades presenciais dos coletivos e associações de mulheres migrantes também constituíram uma perda importante, pois, por muitas vezes, tais reuniões são momentos em que podem sair de casa, se sentirem seguras, interagir com outras pessoas e participar de atividades diversas fora do âmbito doméstico. Nesse sentido, a necessidade de distanciamento social significou um afastamento de redes de apoio importantes. Apesar disso, tais organizações tentaram ao máximo se readaptar, criando maneiras de tentar reduzir danos e promover ações para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

A Warmis, na cartilha já referida acima para mulheres migrantes em tempos de COVID-19, também dedicou um tópico para a questão da violência contra a mulher. Nela, o coletivo explica que a violência contra a mulher pode ser perpetuada no entorno doméstico, familiar ou íntimo, perpetuada por parceiros atuais ou ex-parceiros e também em relacionamentos homoafetivos. O documento descreve as diversas formas existentes desse tipo de violência, tal como violência física, violência psicológica, violência patrimonial, violência moral e violência sexual. Na cartilha, o coletivo informa telefones de contatos, e-mails e links de instituições onde se pode pedir auxílio, realizar denúncias, registrar boletim de ocorrência (B.O.), explicando os direitos e os serviços oferecidos por cada instituição no apoio e proteção às mulheres. Em casos de violência sexual, o documento orienta a busca, assim que seja possível, por atendimento em alguma UBS, observando que a assistência à vítima é obrigatória, independentemente de status migratório, nacionalidade ou apresentação de B.O.

Nesse contexto, o CEMIR lançou a campanha “Quarentena sim, violência contra a mulher, não!”, atentando para os números alarmantes de agressões contra mulheres e argumentando que a violência de gênero é “uma pandemia fora de controle”⁸⁶. A ONG

⁸⁶ Disponível em:

<https://www.facebook.com/cemir.mulher.imigrante/photos/pcb.708865576446417/708863716446603>

enfatizou ainda mais o projeto Empreendedorismo Solidário, agora focado na geração de renda a partir da venda de máscaras costuradas por mulheres migrantes. A falta de trabalho durante a pandemia, associada ao aumento do isolamento social indicava uma situação de vulnerabilidade muito grande para parte das mulheres migrantes, especialmente aquelas em situação de violência. A geração de renda, de acordo com o CEMIR, “garante autonomia, emancipação financeira e devolve a autoestima a essas mulheres”⁸⁷, o que seria essencial para a quebra do ciclo da violência, pois a vulnerabilidade socioeconômica potencializa a dependência da mulher em relação a seu parceiro.

Desse modo, o CEMIR financiou a confecção de produtos por parte de mulheres migrantes para que elas pudessem comercializá-los e gerar renda. Ademais, também procurava parcerias com lojas que contratassem costureiras migrantes a um valor mais alto pelo serviço oferecido, pois é uma preocupação do coletivo a promoção do trabalho digno para a população imigrante e refugiada⁸⁸. Novamente, destacaram diversas vezes a importância da solidariedade e do trabalho conjunto. Assim, as redes foram acionadas tanto para o projeto coletivo da costura de máscaras, mas também em situações em que uma ficava sabendo de algum serviço pontual, que era imediatamente repassado também às demais.

A Associação de Mulheres Imigrantes Luz & Vida (AMILV) também realizou trabalho importantíssimo com mulheres bolivianas durante a pandemia. Além de se articular para distribuir cestas básicas, produtos de higiene, kits de limpeza e fraldas doadas em regiões como Guaianases, Cidade Tiradentes, Itaquaquecetuba, Guarulhos, Itaquera, Bom Retiro, Vila Maria, Penha e Brás, foi responsável, através de campanha coletiva de financiamento online, por alugar uma casa, a qual denominaram de *Nos Apoyamos entre Mujeres* (NAEM), com o intuito de acolher temporariamente mulheres imigrantes em situação de desemprego e extrema vulnerabilidade, especificamente oferecer um espaço para moradia e alimentação a mulheres imigrantes com crianças que ficaram em situação de rua em decorrência da pandemia. Na página de Facebook da Associação, percebia-se a presença de mulheres e crianças na casa,

⁸⁷ Disponível em: <https://www.facebook.com/cemir.mulher.imigrante/videos/831390457594816/>

⁸⁸ As redes de mulheres imigrantes denunciavam a exploração do trabalho, também agravada durante a pandemia, com oficinas que pagavam R\$0,05 por máscara confeccionada e exigiam o serviço em tempo muito curto. As integrantes do CEMIR definiram um valor mínimo de R\$0,80 por unidade para aceitarem encomendas e firmaram parceria em que se pagava, por exemplo, R\$3,00 por máscara, sendo o valor completo diretamente repassado para as costureiras. Em situação de desespero, muitas acabavam aceitando o serviço, mesmo observando que os preços de mercado pelos produtos aumentavam. Cf. Folha de São Paulo. **Imigrantes em SP ganham R\$ 0,05 para confeccionar máscaras antiCovid**, 18 de julho de 2020. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/07/imigrantes-em-sp-ganham-r-005-para-confeccionar-mascaras-anticovid.shtml?fbclid=IwAR2mQQv1bU8mkoXf2-2Sx4Lj-lj6M0j_hC5WEAGSHfqOAsqFOz6efgP8U1g&origin=folha

assim como imagens de atividades como aniversários ou decoração/organização de espaços de confraternização. A casa existiu durante um curto período, pois a AMILV não conseguiu continuar pagando o aluguel, mas continua como projeto de futuro e como espaço de produção de afetos e esperança⁸⁹. A expectativa é que o fim da pandemia facilite os processos para o crescimento da associação.

Apesar das dificuldades financeiras e burocráticas, a associação ganhou bastante visibilidade em 2021, expandindo sua rede de contatos e parcerias com organizações de apoio à população migrante. Em setembro e outubro do mesmo ano, por exemplo, coordenou, ao lado da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados e do Fronteiras Cruzadas, mutirões de serviços essenciais em saúde na Zona Leste da Cidade. O evento contou com posto de vacinação, doação de máscaras PFF2 e cirúrgicas, orientação para regularização migratória e rodas de conversa.

Alguns meses antes, recebi uma ligação de uma das lideranças da AMILV, Y.C., para conversar sobre um evento que planejavam realizar na região do Brás como forma de homenagem e integração entre as outras lideranças do grupo. Na ocasião, ela me contou que havia sido acometida pela COVID-19 cerca de dois meses antes, ficando hospitalizada com seus pulmões comprometidos, quase entubada. Devido à sua pressão alta, me explicou que, ainda que estivesse se recuperando, ficou com sequelas do vírus, citando a visão comprometida devido à sua pressão alta crônica. Isso a impactou diretamente em sua atividade laboral, caracterizada pela confecção, o que tornou o desemprego uma realidade em sua vida. Y.C. também falou de outra liderança da associação que adoeceu devido à COVID-19 e me explicou que tanto suas filhas quanto o filho de sua colega também foram infectados. Ela me explicou que ambas estavam realizando fisicamente as entregas de cestas básicas para outras famílias imigrantes e acredita que em uma dessas entregas foram expostas ao vírus. Nesse sentido, podemos indicar como o trabalho do cuidado e a tentativa de apoio a outras mulheres imigrantes resultou numa exposição maior ao vírus, tanto de si mesmas quanto de suas famílias. A produção da vida e saúde de outras indica, paralelamente, um risco às vidas e saúde de si mesmas.

O risco da exposição ao vírus foi marcante para a maioria das mulheres migrantes dos coletivos e associações ao realizarem a entrega de cestas básicas e produtos diversos. E, ao assumirem tal risco, garantiram a sobrevivência de muitas outras migrantes, o que indica aquele

⁸⁹ Os outros projetos que estão nos planos a AMILV encontram-se a construção do Espaço das Crianças, do Espaço dos Adolescentes e das Hortas Comunitárias.

“cuidado perigoso”, descrito na pesquisa de Pimenta sobre o ebola (2019) como uma série de atividades realizadas por mulheres, geralmente consideradas responsáveis pelo bem-estar de suas famílias e comunidades, que é fundamental para gestão do cotidiano e para a manutenção da vida em suas diversas dimensões, mas que as posiciona em uma situação de risco elevado. O cuidado que sustenta a possibilidade de vida deixa as mulheres responsáveis por esse trabalho em maior perigo de morte.

Ao mesmo tempo, fiquei me perguntando sobre o porquê escolheram fazer essa reunião presencial naquele momento, poucos meses depois de serem acometidas pelo vírus, num contexto grave de taxas altas de infecção e óbito no país. Y.C. havia dito que, alguns meses antes, quando projetavam fazer uma reunião, pensaram em fazer um evento aberto para as mulheres que participavam da AMILV, mas depois reduziram para apenas as lideranças, contabilizando cerca de 18 pessoas entre mulheres e crianças na atividade. Não quis questionar a realização do evento presencial, pois entendi que possivelmente outras variáveis estivessem em jogo. A hipótese que levanto é a de que, novamente, outras dimensões da saúde são acionadas, como o auxílio material que as mulheres se dão entre si e o apoio emocional que a inserção em um grupo com outras migrantes provê em termos de sentimento de pertencimento, especialmente em um período tão delicado. Os efeitos para a saúde desse tipo de atividade coletiva são ambíguos, contraditórios, que nem sempre podem ser lidos em termos absolutos.

Nesse sentido, também trago um ponto enfatizado por F.P., liderança do Coletivo Diásporas Africanas, em relação à saúde mental das mulheres migrantes na pandemia, que, em sua visão, apresentou sintomas de deterioração. A perda de renda, como já mencionado, tornou-se fonte de grande estresse e angústia, pois há um questionamento constante sobre como sustentar suas famílias. Ela também afirmou que muitas mulheres migrantes enviam remessas a suas famílias em seus países de origem para ajudá-las. Existem vários casos de mães que deixaram seus filhos com seus pais ou suas irmãs e irmãos e vieram para cá na tentativa de prover melhores condições de vida para eles. Assim, a perda repentina de renda com uma pandemia sem previsão para acabar as deixa com uma sensação de preocupação e impotência intensa com os cuidados de seus familiares, o que levou muitas mulheres a apresentarem sinais de ansiedade e depressão com tal situação. Ela diz que a pergunta constante é “Quem está cuidando de minha mãe, se era eu que cuidava a distância dela, que enviava recursos? Como meus filhos estão sobrevivendo?” e complementa que “a incerteza do futuro nos adoce”.

B.Y., imigrante peruana e psicóloga em uma instituição filantrópica que atende a população imigrante, relatou em live⁹⁰ que durante a pandemia, ao realizar suas sessões de atendimento remoto, notou que, especialmente entre as imigrantes e refugiadas que são chefes de família, praticamente não se falava de outro tema além da angústia que era tentar sobreviver, do desconhecimento de como seriam os dias, meses e anos seguintes, se conseguiriam pagar o aluguel e as demais despesas cotidianas. Os sonhos de uma vida melhor para muitas delas foram frustrados. Novamente aparece aqui o questionamento de como manter a saúde mental sem segurança material, situação que se torna ainda mais alarmante em tempos de crises sanitárias e econômicas.

O Coletivo Diásporas Africanas, apesar de recente, com cerca de cinco meses de vida no início da pandemia, realizou encaminhamentos para sessões de terapia através do acionamento de contatos com psicólogos voluntários. Além disso, elaborou um mapeamento dos territórios para localizar pessoas que precisassem de auxílio e definiram famílias fixas que precisavam de cestas mensalmente e famílias com seis ou mais filhos, que receberam duas cestas básicas por mês. Ela descreve como um colega congolês disponibilizou seu carro para a entrega de cestas básicas e, a partir daí, contaram com doações individuais para arcar com os custos de combustível e passaram a distribuir diretamente as cestas. Ela enfatiza que, como coletivo, não tem como manter uma dinâmica dessa maneira por muito tempo, então organizaram lideranças dentro de territórios para que elas mesmas organizassem redes de solidariedade e redistribuíssem cestas e doações. Dessa maneira, estima que, até dezembro de 2020, o coletivo distribuiu cestas básicas, máscaras e kits de higiene para aproximadamente 800 famílias imigrantes. Além disso, também realizou parceria com a Organização Internacional de Migrações (OIM), conseguindo distribuir Vale Alimentação no valor de R\$ 530 para cerca de 45 mulheres migrantes, que são ou mães solas ou em casamento no qual ambos estão desempregados com filhos.

Na tentativa de amenizar as vulnerabilidades agravadas pelo vírus, também foi lançada a campanha conjunta #RegularizaçãoJá. A campanha foi inspirada em mobilizações realizadas na Espanha e em Portugal⁹¹ por autorização de residência temporária e condicional de migrantes em seus territórios. Contudo, no Brasil a campanha foi marcada por uma faceta mais radical,

⁹⁰ Disponível em: <https://www.facebook.com/100043622415786/videos/296825298448215/>

⁹¹ Além do acesso irrestrito ao sistema de saúde, a regularização no país também permitiu o acesso ao apoio social e financeiro oferecido pelo governo, que também proibiu despejos e cortes de luz e água. Cf. Folha de São Paulo. **Portugal regulariza imigrantes para dar acesso a sistema de saúde durante a pandemia**, 28 de março de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/portugal-regulariza-imigrantes-para-dar-acesso-a-sistema-de-saude-durante-pandemia.shtml>

pois defendeu a regularização documental ampla, irrestrita/incondicional e imediata de toda população migrante, para que haja menos barreiras aos serviços sociais e de saúde. Considerando que a falta de documentação regular aumenta consideravelmente o receio de migrantes buscarem equipamentos de saúde (medo de ser denunciado, sofrer maus tratos ou de lhe ser negado atendimento), é do entendimento dos coletivos que a regularização desses migrantes seja feita da maneira mais rápida e extensa possível. Especialmente considerando o caráter altamente contagioso do vírus, argumenta-se que é uma questão de preservar a saúde, não apenas de migrantes, mas de toda a população⁹². Ademais, a situação migratória irregular constitui uma barreira para o acesso a políticas de assistência social e serviços importantes, como o auxílio emergencial, abertura de conta bancária e acesso a imóveis. O não-pertencimento em uma crise sanitária aprofunda a hierarquização sobre quem é mais digno de ser protegido ou não (CORREA & LIMA, 2021) e a irregularidade retroalimenta a vulnerabilidade. Assim, todas as lives com a participação de migrantes que acompanhei para esta pesquisa durante o período pandêmico encerravam os debates com os participantes levantando juntos papéis nos quais se liam escritos #RegularizaçãoJá e era explicada a campanha e maneiras como o público podia apoiá-la.

A visibilidade da campanha nas redes sociais foi o suficiente para ser contemplada por um projeto de lei (PL 2699/2020), de autoria de deputados do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Além disso, houve a participação da Equipe de Base Warmis enquanto convidadas na audiência pública da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados para discutir e pressionar pela aprovação desse PL e pelo fim dos decretos de fechamentos de fronteiras que foram definidos durante a pandemia. Mais do que nunca, as redes de mulheres migrantes insistem: migrar é um direito e o reconhecimento desse direito é fundamental para poupar muitas vidas.

Outro ponto importante que tem sido levantado pelas migrantes é a falta de dados a respeito das taxas de infecção e mortalidade por COVID-19 a partir da nacionalidade dos afetados⁹³, sendo então uma luta dos diferentes grupos a adição da variável nacionalidade nos

⁹² Cf. Museu da Imigração. **Campanha: Regularização imediata, permanente e sem condições para imigrantes no Brasil**, 13 de novembro de 2020. Disponível em: <http://museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/campanha-regularizacao-imediata-permanente-e-sem-condicoes-para-imigrantes-no-brasil>

⁹³ Os dados sobre a mortalidade por covid-19 no Brasil são registrados em dois documentos, as declarações de óbito e a Autorização de Internação Hospitalar, mas a nacionalidade não constitui item obrigatório para o preenchimento do documento. Atualmente, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 2726/2020, de autoria do deputado federal Alexandre Padilha (PT), em que se propõe a obrigatoriedade da inclusão dos quesitos raça, cor e nacionalidade nos dados de infecção por covid-19. Cf. Brasil de Fato. “**Invisíveis em vida e morte**”: país não sabe quantos imigrantes morreram por covid, 17 de outubro de 2020. Disponível em:

registros sobre a pandemia. Sem dados de contágio e de óbitos, não havia registro locais de transmissão entre migrantes, nem os modos mais presentes. A escassez de dados oficiais a respeito do impacto da pandemia sobre migrantes diz bastante a respeito do desinteresse por essa população enquanto vítimas da doença, em oposição à atenção a esse público enquanto possíveis transmissores do vírus. A ausência de dados sobre como a COVID-19 impacta imigrantes e refugiados torna a construção de estratégias para prevenção de contágio e proteção dessas populações durante a pandemia altamente ineficaz.

Sem a superação dessa deficiência institucional, não é viável elaborar políticas públicas específicas para a proteção epidemiológica e sanitária dessas populações. Não se conhece o impacto detalhadamente, mas sabe-se que ele existe, seja por meio de relatos que vão sendo repassados entre as comunidades, seja através de alguns indícios, como, por exemplo, o que aponta para o fato de que a região do Brás, grande reduto de populações migrantes em São Paulo, apresenta a 2ª maior taxa de mortalidade por coronavírus na cidade⁹⁴. Somado a isso, para a Warmis, quando políticos, mídia e instituições insistem em expressões como “100 mil brasileiros mortos por coronavírus”, apaga-se também a dor de migrantes que perderam um parente ou amigo próximo e reforça a ideia de que a saúde e as políticas públicas de cuidado são direitos dos nacionais. Sem o mapeamento dos dados e sem suas histórias contadas, sentem-se invisíveis e esquecidas também no adoecimento e na morte. Como reflete Butler (2015, p. 42), algumas vidas são consideradas muito valiosas, enquanto outras nem mesmo são passíveis de luto.

Já a partir do período em que a vacina estava disponível no Brasil, algumas discussões riquíssimas foram realizadas pelas redes de migrantes. Uma delas foi sobre a exigência da apresentação de um comprovante de residência para ter direito à dose, considerado por parte dos ativistas pela causa migratória como uma prática excludente, já que nem todos migrantes (e brasileiros) possuem condições de apresentar tal documento, principalmente devido às vulnerabilidades socioeconômicas. Tal exigência de comprovante de residência prejudica aqueles que vivem em abrigos ou ocupações, por exemplo, o que constitui uma quebra do princípio da equidade afirmado pelo SUS, na medida em que desconsidera as diferenças sociais e econômicas ao aplicar uma regra universal como requisito para acesso à vacina.

<https://www.brasildefato.com.br/2020/10/17/invisiveis-em-vida-e-em-morte-pais-nao-sabe-quantos-imigrantes-morreram-por-covid>

⁹⁴ Cf. G1 SP. **Com aglomerações diárias, Brás detém a 2ª maior taxa de mortes por Covid-19 em SP**, 11 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/12/11/com-aglomeracoes-diarias-bras-detem-a-2a-maior-taxa-de-mortes-por-covid-19-em-sp.ghtml>

A própria questão da regularização migratória voltou ao debate, pois migrantes em situação irregular no país depararam-se com o mesmo receio já existente anteriormente em buscar serviços de saúde por sentirem-se ameaçados de deportação. Sem dados sobre quantos migrantes foram vacinados, também ficava muito difícil entender se a vacinação estava sendo bem-sucedida para essa população, mas houve relatos dos coletivos de migrantes sem nenhuma dose da vacina justamente pelo receio das consequências para sua permanência no país. Aqui, nem sempre quem não tomava vacina o fazia por opção. Considerando a centralidade do esquema vacinal completo para combater a transmissão do vírus, podemos afirmar que a falta de regularização afetou a saúde da população.

Outra discussão importante foi sobre a relação de algumas comunidades migrantes com a doença e a vacina, com a relevância das *fake news*, como ocorre entre brasileiros, ao mesmo tempo em que elemento da raça foi um ponto central em tais reflexões. Em roda de conversa online realizada em francês com quatro migrantes africanos (constatei durante o evento que todos eram congolezes) sobre os impactos da pandemia sobre eles, H.M., advogada integrante do CMI, explicava que havia muita descrença em relação ao vírus entre migrantes africanos, sendo comum noções de que a COVID-19 era um mito, uma “doença de brancos” ou algum tipo de punição para os que eram acometidos por ele. Ela disse que ficou chocada quando foi a cultos religiosos em que havia aglomeração de migrantes, com parte considerável deles sem máscara.

Em seguida, G.E., disse que demorou para acreditar na existência do vírus, pois só via pessoas morrendo na televisão, acreditava que estavam morrendo por outras causas. Com o passar do tempo, ao ouvir relatos de conhecidos que foram contagiados e, principalmente, pelo fato do pai de seu filho ter ficado internado por um mês pela doença, passou a entender que o vírus era real e poderia atingir qualquer um, em qualquer lugar. Contudo, ela afirmou sentir medo, assim como muitos africanos, da vacina, principalmente por afirmar que não há garantia de segurança e por ouvir sobre efeitos colaterais possíveis, como trombose e acidente vascular cerebral (AVC). Ela diz que enquanto mãe solo, teme sofrer efeitos da vacina e não ter condições de cuidar de seus filhos. Nesse momento, houve alguns apelos dos demais presentes na conversa para que ela se vacinasse, com R.B. dizendo que foi entubado devido ao coronavírus, que esse vírus “não é brincadeira” e que era muito importante se vacinar.

H.M. interveio então afirmando que há complexidades na inquietação de africanos em relação à vacina, principalmente devido à suspeita que muitos possuem de agências de saúde e pesquisadores ocidentais por seu histórico no continente africano. Segundo ela, situações com “cobaias humanas” no continente, com o uso de seringas e preservativos contaminados pelo

vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) para a pesquisa científica, contribuíram para o aumento da desconfiança de africanos em relação a alguns tratamentos sugeridos pelo Ocidente. Sua explicação ganha força através de diversas denúncias semelhantes, como a do jornal Washington Post em 2001, anunciando que a Pfizer havia testado remédios para combater um tipo de meningite cérebro-espinhal, que resultou na morte de onze crianças nigerianas e deformidade de cerca de outras 200, e ainda testes de vacina anti-HIV em lactantes soronegativas no Zaire sem seu consentimento (OLIVEIRA, 2001).

A visão da África pelo Ocidente como um laboratório para testes científicos não ficou em dias passados. No início da pandemia, por exemplo, ganhou notabilidade uma entrevista com profissionais franceses ligados à saúde que sugeriam que os testes da vacina contra a COVID-19 fossem realizados no continente africano. Na ocasião, um médico questionou o diretor do Instituto de Saúde e Pesquisa Médica da França sobre essa possibilidade dizendo “Se eu pudesse ser provocativo, não deveríamos fazer este estudo na África, onde não existem máscaras, tratamento ou terapia intensiva, um pouco como foi feito, a propósito, para certos estudos sobre a Aids ou com prostitutas?”⁹⁵, recebendo então uma resposta afirmativa do diretor.

As declarações foram recebidas com indignação por diversas associações africanas e aumentaram os temores em relação à vacinação. Dessa maneira, é importante notar que a resistência à vacina contra a COVID-19 por parte de africanos encontra uma fonte importante no histórico de opressão colonialista e racista realizada em seu continente. Voltando à H.M, ela diz que é comum que haja rumores dentro das comunidades africanas na cidade de que a vacina contra a COVID-19 é, em realidade, uma vacina para matar pessoas negras. M.L., outra convidada, defendeu a vacina, reconheceu o racismo e disse, em tom de brincadeira, que uma estratégia que poderiam tomar na vacinação era se colocarem na fila entre dois brancos para garantir que receberiam vacinas seguras.

H.M. seguiu explicando que, enquanto integrante do CMI, participou de tentativas de sensibilização das comunidades africanas na cidade para se vacinarem, além de distribuir máscaras com estampas e tecidos africanos para valorizar a cultura e encorajar o seu uso. As warmis, por sua vez, em parceria com o Cio da Terra, Coletivo de Mulheres Migrantes, Refugiadas e Apátridas de Belo Horizonte, também procuraram incentivar migrantes a se vacinarem, lançando em suas redes sociais a campanha “Migrante, Vacine-se Já!”, em que

⁹⁵ Cf. Folha de São Paulo. **África não será campo de testes para vacina contra o coronavírus, diz diretor da OMS**, 06 de abril de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/04/africa-nao-sera-campo-de-testes-para-vacina-contracoronavirus-diz-diretor-da-oms.shtml?origin=folha>

recebiam e divulgavam fotos de imigrantes e refugiados recebendo doses da vacina, pois “migrar é buscar a vida, vacinar-se é protegê-la”⁹⁶.



Imagem 12. Captura de tela de publicação da Warmis em sua página de Instagram, divulgando a campanha “Migrante, vacine-se já!”, julho de 2021.

Dessa maneira, a emergência da COVID-19 aprofundou e evidenciou as dificuldades e desigualdades enfrentadas por muitas mulheres migrantes em seus cotidianos, como as urgências materiais (ex.: insegurança alimentar, trabalho, moradia), as preocupações sobre o futuro, o racismo e a xenofobia, a violência doméstica e as condições de acesso à saúde, elementos que as impactam profundamente em termos físicos e emocionais. O vírus, afinal, demonstrou não ser tão democrático quanto se supunha em um primeiro momento, pois tanto a exposição a ele quanto seus impactos variavam com as assimetrias sociais, raciais e de gênero.

As redes de mulheres migrantes trabalharam então extensivamente para chamar a atenção do público e das autoridades para essas desigualdades. O período também explicitou que são essas mulheres que assumem um protagonismo na sustentação de comunidades migrantes em termos de manutenção de um bem-estar mínimo. Como diz S.R., integrante do CEMIR, ela sente que está na “linha de frente” no combate à pandemia⁹⁷. Ela argumenta que, historicamente, as mulheres sempre estão em “lugares onde ninguém quer estar”, lutando pela

⁹⁶ Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CRWhErCN091/>

⁹⁷ Disponível em: <https://www.facebook.com/310225012977144/videos/737324540452890>

vida ao seu redor. Não se parte de um cuidado idealizado, portanto, mas de um cuidado de um plano muito real, que confere às mulheres um papel que outros membros da sociedade não estão dispostos a ter. Em uma publicação da ONG, faz-se uma homenagem a mães imigrantes e seu papel durante a pandemia:

Nestes tempos de pandemia que atravessa o mundo é mais que importante reconhecer e valorizar o exercício fundamental das mulheres mães e daquelas que cumprem esse papel. Não tem lugar mais seguro do que os braços de uma mãe e seu amor incondicional. Hoje elas mostram a força e a resistência que historicamente empenham com criação e cuidado.

Homenageamos as mães-coragem imigrantes e refugiadas e, também as mulheres da área da saúde que, segundo levantamento, 70% das médicas, enfermeiras, auxiliares e agentes de saúde na linha de frente do enfrentamento ao Covid-19 são mães e nos dão esperança e, apesar de tudo, fazem um mundo melhor!!!!⁹⁸

A lógica do cuidado realizado por mulheres, especialmente quando também são mães, que aparece em forma de trabalho visível e invisível pode ser notada novamente no discurso acima. Nas mulheres recai o trabalho remoto, mas também o trabalho doméstico, o entretenimento e a educação de seus filhos isolados e a mobilização de grupos que auxiliam suas comunidades (MATOS, 2020). As lives com mulheres migrantes de coletivos (mas não apenas) na pandemia, por exemplo, me mostravam uma realidade em que elas deviam lidar com tarefas distintas simultaneamente, pois era uma situação comum vê-las respondendo uma pergunta sobre o trabalho feito na pandemia com seus filhos e filhas no colo, às vezes chorando, ou sendo interrompidas por membros da família que necessitavam de sua ajuda, sendo provas daquelas responsabilidades múltiplas que envolvem suas vidas desde antes da pandemia, mas que se faziam mais visíveis nos eventos *online*. A descrição de Pimenta (2020) sobre o papel das mulheres em contextos de pandemia é refletida completamente pela atuação das migrantes realizada aqui com o surgimento e disseminação da COVID-19. Segundo seu argumento,

uma pandemia tem rosto de mulher não pelo fato [exclusivo] de serem a maioria das cuidadoras na área da saúde, são também as cuidadoras no âmbito doméstico, sendo responsáveis pela gestão da alimentação, da água e também de auxílios emergenciais do Estado e de doações de mantimentos e materiais de limpeza, além de outros.

E, por estarem à frente do trabalho do cuidado, por mais que não sejam o grupo de risco da doença, são as mais afetadas na medida em que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco tanto no que tange ao vírus quanto por estarem, muitas vezes, desassistidas financeiramente, mesmo sendo chefes de

⁹⁸ Disponível em: <https://www.facebook.com/cemir.mulher.imigrante/posts/528244921175151>

família; além disso, precisam enfrentar a pandemia da violência doméstica, que vê seus números saltarem em tempos de confinamento. (p. 16)

Na mesma linha, Santos (2020) argumenta:

A quarentena será particularmente difícil para as mulheres e, nalguns casos, pode mesmo ser perigosa. As mulheres são consideradas “as cuidadoras do mundo”, dominam na prestação de cuidados dentro e fora das famílias. Dominam em profissões como enfermagem ou assistência social, que estarão na linha da frente da prestação de cuidados a doentes e idosos dentro e fora das instituições. Não se podem defender com uma quarentena para poderem garantir a quarentena de outros. São elas também que continuam a ter a seu cargo, exclusiva ou maioritariamente, o cuidado das famílias. Poderia imaginar-se que, havendo mais braços em casa durante a quarentena, as tarefas poderiam ser mais distribuídas. Suspeito que assim não será em face do machismo que impera e quiçá se reforça em momentos de crise e de confinamento familiar. Com as crianças e outros familiares em casa durante 24 horas, o stress será maior e certamente recairá mais nas mulheres.

Quando essas mulheres se organizam em redes, como nos casos das migrantes mencionadas acima, além do trabalho do cuidado em suas vidas privadas, também cuidam de suas comunidades. No contexto da pandemia, foram elas que produziram saúde ao tentarem constantemente reduzir os efeitos perniciosos que eram deixados pelo vírus e pelo contexto social. E, ao mesmo tempo em que sustentavam vidas migrantes, ficaram mais expostas ao vírus e também se desgastaram física e emocionalmente no processo.

Considerações finais – Mulheres migrantes movimentando saúde, afetos e lutas

Uma das constatações mais evidentes e, ao mesmo tempo, mais impactantes desta pesquisa é a força e o protagonismo que as redes de mulheres migrantes vêm demonstrando nos últimos anos na cidade de São Paulo. Essas redes são essenciais para o acesso a informações sobre direitos, serviços e eventos de interesse à população migrante. Através da pesquisa de campo, da observação de coletivos em diversos eventos e do monitoramento de discursos e ações nas redes sociais, fica claro que há manifestações constantes que variam entre o companheirismo mútuo e o ativismo. Nos espaços de trocas que grupos de mulheres migrantes formam, desabaços, relatos pessoais e assuntos da esfera do cotidiano possuem caráter público (Paes, 2017), pois resultam frequentemente em conversas sobre saúde, educação, gênero, política e cultura.

Os diferentes grupos de mulheres migrantes desenvolvem parcerias e alianças entre si, frequentemente convidando umas às outras para eventos e para participação em debates e atividades diversas, além de explorarem dinâmicas semelhantes dentro de cada um, num processo em que um grupo acaba se inspirando nos demais. A Warmis, por exemplo, é uma grande referência. J.M. me explicou que antes da criação do coletivo, não encontrava eventos voltados para ou organizados por mulheres migrantes. Integrantes do CEMIR e do Cio da Terra, coletivo de mulheres imigrantes atuante em Belo Horizonte desde 2018, já afirmaram em eventos que a Warmis foi uma grande inspiração para o início dos trabalhos e metodologias das atividades de cada um, pensando em questões como autonomia e autoestima das mulheres, assim como formação de alianças entre elas para potencializar as lutas conjuntas.

Ao longo da pesquisa, observei em diversas ocasiões, seja em momentos em que estive presencialmente nos eventos e reuniões, seja assistindo entrevistas/debates durante a pandemia, os rostos familiares integrantes das diferentes associações e coletivos aqui citados, interagindo entre si. Vê-se no modo como agem nas interações, com ares de informalidade e naturalidade, que há uma cumplicidade da experiência compartilhada e dos anos de encontros, lutas e contatos formados. Além de as ver em debates institucionais, também as vi se abraçando, dançando em festas, dando risadas, almoçando juntas, brincando com os filhos e filhas umas das outras, conversando sobre o que havia de corriqueiro em suas vidas e no mundo. Existem redes de apoio por nacionalidade, mas elas não são as únicas, principalmente no caso das mulheres migrantes. O gênero é a pauta central, mas a raça/etnia também, na medida em que

parece haver uma afinidade dentro das comunidades latino-americanas e dentro das comunidades de mulheres negras, mas também entre esses dois grupos. As mulheres latino-americanas, especialmente as andinas, e as mulheres negras passam por processos fortemente marcados pela exposição ao racismo, xenofobia, desgaste emocional e físico e, nesse sentido, pode-se observar alianças construídas entre elas, tanto a nível individual quanto coletivo.⁹⁹

Albuquerque (2005), ao discorrer sobre a experiência associativa de mulheres, explica como o compartilhamento de experiências envolve o entrelaçamento entre questões pessoais e políticas. Nesse sentido,

Se podemos ver o processo de participação na associação como uma experiência emancipadora que possibilita a aprendizagem de formas de resistência às desigualdades, cujo conhecimento se pode transferir e disseminar através da intervenção associativa, este não deixa de ser um combate duplamente exigente na medida em que interfere na esfera da vida pessoal e na esfera da vida pública, simultaneamente. A mudança é lenta e gradual, porque entra em confronto directo com uma sociedade ainda assente em relações de poder assimétricas e desvantajosas para as mulheres, no geral, e para as mulheres imigrantes e de minorias, em particular. (ALBUQUERQUE, 2005, pp. 8 – 9)

O que fica claro é que as redes de mulheres migrantes são os locais em que elas se sentem mais seguras e confortáveis para relatar seus dilemas, suas ambições, suas dores e suas glórias. Ainda que não contem sempre com psicólogas formadas (mas em determinadas ocasiões contam com a presença delas, incluindo mulheres migrantes), tais redes servem para muitas como um ponto de apoio e acolhimento, um tipo de terapia coletiva, junto a outras mulheres que parecem compreender amplamente a situação de cada uma, na medida em que há um processo de se reconhecer na outra. J.M. diz, ao se referir às redes, que “Nós acabamos sendo nossa família”¹⁰⁰. F.P. explicita que as redes de apoio são

onde conseguimos nos segurar e nos abraçar quando achamos que não temos mais força ou estamos muito desgastadas física e emocionalmente, porque a rede de apoio me fala “Descansa um pouquinho que eu vou dar continuidade ao trabalho” [...] é a nossa fortaleza e o lugar de perpetuação das culturas [...] redes de apoio são nossos territórios fora de nossos países de origem, criamos nosso próprio território e trazemos nossos próprios territórios para dentro dessas redes.¹⁰¹

⁹⁹ F.P., do Diásporas Africanas, disse em live que ligava frequentemente para J.M., da Equipe de Base Warmis, para pedir dicas sobre ativismo e maternidade.

¹⁰⁰ Declaração disponível em: <https://www.facebook.com/pttodasaslutassp/videos/149368579953571/>

¹⁰¹ Declaração disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cWsAsEaSGfs>

Através dessas redes, elas encontram outras formas de se estar no mundo para além dos ambientes laboral e doméstico. O fato de que surgiram grupos de base, idealizados, articulados e mobilizados pelas próprias mulheres migrantes, muitas delas mães, e que servem frequentemente como espaços de lazer, de desabafo, de conversas informais e de discussões sobre gênero, cultura, raça, classe, política e direitos, assim como pelo fornecimento material de alguns bens básicos para o bem-estar, indica que essas mulheres promovem seu desenvolvimento humano entre si, a partir de vivências presentes e projetos de futuro construídos coletivamente. E, para além disso, também desenvolvem condições de vida possíveis para outras migrantes, através de diversas ações, num esforço de chamar cada vez mais mulheres para esse projeto de futuro coletivo.

Aguilar, Navarro & Linsalata (2016) falam de uma produção do comum, entendido como geração e reprodução de diversas tramas associativas e relações sociais de colaboração que permitem a criação e desfrute de bens materiais e imateriais de uso comum. A compreensão dessa produção é impossível sem se considerar os processos de significação coletivas, os vínculos afetivos e as relações de interdependência e reciprocidade. Esse movimento é característico de grupos humanos auto-organizados que traçam estratégias articuladas de colaboração para enfrentar problemas, violências e necessidades compartilhadas, frequentemente possibilitando o sustento material e espiritual de tais grupos. Essa escolha em produzir o comum gera um sentido de inclusão, descrito da seguinte maneira:

a relação *ser parte* – de um indivíduo a uma trama coletiva – não é algo unicamente herdado mas é, sobretudo, uma atividade, um *fazer cotidiano e reiterado com* os demais; fazer comum sistemático e exigente que adquire sentido de acordo com a capacidade de forma assim cultivada coletivamente e que, por isso mesmo, estabelece ou marca os termos da inclusão ao *nós em marcha*.¹⁰² (p. 391)

As redes de cuidados envolvem a ênfase constante na centralidade da solidariedade entre mulheres migrantes e retratam narrativas que variam entre o passado e o presente de dificuldades, violências e opressões, mas também perpassam falas frequentes sobre a crença em um futuro melhor para elas, para seus filhos e filhas e para suas comunidades, assim como sobre a força inerente das mulheres para seguir rumo a esse futuro. As experiências individuais vão se somando nos relatos até serem acionadas como uma vivência coletiva, frequentemente colocando-se como parte de um grupo como “Nós imigrantes”, “Nós mulheres”, “Nós

¹⁰² Tradução própria e grifo das autoras.

africanas/andinas”, “Nós mães”. Assim, trata-se de cadeias de cuidados que possuem um viés ativo, de reafirmação permanente da potência e da capacidade das mulheres migrantes de se manterem de pé e de indicarem caminhos de transformações. Ao criarem redes de amizades/suporte mútuo e abordarem temas como violência de gênero, direitos de migrantes, empoderamento feminino e interculturalidade, tais grupos demonstram, como argumenta Bhabha (2013, p. 236), que os espaços subalternos interligados, ainda que descentrados e deslocados, abrem brechas para atividades que podem ser politicamente eficazes e psiquicamente afetivas ao mesmo tempo.

Quando nos referimos à produção de algo comum e transformador dentro dos paradigmas da saúde, precisamos considerar que a saúde não é construída exclusivamente num consultório médico, dentro de uma relação entre funcionários e paciente, na qual se pretende uma neutralidade técnica que resolveria todas as questões. A saúde encontra potenciais maiores quando pensada e construída coletivamente e transversalmente, atrelada a suas várias dimensões. Assim, ainda que consultas clínicas individualizadas sejam essenciais para pessoas em busca de algum tratamento, algumas fontes de adoecimento fundamentais estão intrinsecamente atreladas a problemas sociais e estruturais, que precisam ser tratados como tal. O racismo (ou a descoberta dele) e a xenofobia, por exemplo, são geradores de muito sofrimento para migrantes não-brancas. Eles também são elementos que impactam a qualidade do atendimento a migrantes, justamente por provocarem reações discriminatórias por parte dos funcionários de serviços de saúde. O desemprego ou ocupações precarizadas impactam a vida material de grande parte da população, o que afeta diretamente a saúde física e mental de qualquer um, enquanto relações abusivas de trabalho expõem pessoas a condições insalubres que reduzem a qualidade de vida do empregado. Já a violência de gênero também deixa marcas no corpo e na mente daquelas que passam pela experiência. Vasconcellos & Adorno (2012) argumentam que

Por meio de dispositivos terapêuticos e tecnológicos, a biomedicina contemporânea coloca a assistência com tendências universais de respostas sobre corpos e pessoas, como se essas não apresentassem carências básicas de alimentação, saúde, ensino e habitação ou experiências sobre saúde, cuidados, doenças, mortes, infortúnios. Ao tentarem expor essas diferenças aos serviços de saúde, esses grupos reivindicam para si uma identidade singular, merecedora de um reconhecimento sobre sua expressividade simbólica e suas diferenças diante de outros grupos. (p. 137)

Aqui, a ideia de uma saúde verdadeiramente universal e equânime, implicada em reais acessibilidade, democratização e interculturalidade em relação à população imigrante e

refugiada exige algo além do reconhecimento do outro, que seria a “resistência a processos de construção de hegemonia e criação de mediações políticas, institucionais e jurídicas que garantam reconhecimento e transferência de poder” (Dantas, *Ibidem.*, p. 60). Destarte, a construção da saúde exige o compromisso com uma real equidade que abarque dimensões plurais da existência humana. Isso implica afirmar que certas situações exigem uma parcialidade e alianças com grupos historicamente colocados às margens das estruturas de poder e de saber.

Existe muita saúde sendo pensada, articulada e desenvolvida por redes fora dos âmbitos institucionais, contudo a saúde, e aqui falo de saúde pública e coletiva, não consegue alcançar uma abrangência plena sem um projeto político que leve a sério as repercussões das diversas desigualdades que perpassam o âmago social. Acredito que as redes de mulheres migrantes demonstram isso com maestria. Ao mesmo tempo em que acionam contatos para apoio mútuo, enfatizam suas potencialidades e frequentemente falam que “ninguém mais fará por nós”, também reconhecem seus limites, argumentando que não se consegue chegar em todos os lugares, algo que seria da alçada das políticas públicas. Não se romantiza o fato de estarem permanentemente batalhando pelo bem-estar de todos, já que frequentemente afirmam estarem esgotadas em termos físicos e emocionais. Como questionou N.F. em determinado momento, imigrante de Guiné-Bissau, “Quem cuida de quem cuida? Estamos na linha de frente levando chumbo e temos que aguentar e voltar para casa, pagando com nossa saúde física e mental”.

Para concluir esta dissertação, retorno à pergunta posta no início do texto. Afinal, o que o amor tem a ver com isso? Volto com uma resposta definitiva. O que presenciei ao longo da pesquisa foi o incessante amor-trabalho praticado por mulheres migrantes comuns. Vi como suas participações na esfera pública e suas atividades em rede advogam pela plenitude do bem-estar de migrantes e sustentam suas vidas em múltiplas dimensões, especialmente em momentos de crise, e que, portanto, tais redes exercem papel fundamental na construção da saúde em São Paulo. Seus laços de cumplicidade e solidariedade entre si demonstram ser de uma força persistente, capazes de questionar projetos hegemônicos e de aspirar novos modelos de sociedade, mais acolhedores à saúde de grupos historicamente marginalizados. Aqui, elas nos levam a refletir a partir de uma ampliação da concepção de saúde, pois demonstram como as múltiplas desigualdades e opressões estruturais as impactam e, portanto, indicam que a saúde pública integral só será possível quando houver um comprometimento do Estado com a redução desses fatores.

Na medida em que o Estado falha em adotar ações baseadas na prática amorosa, as redes de mulheres migrantes assim o fazem e, dessa maneira, contribuem ativamente para a saúde

dessa população em São Paulo. E, ao passo em que essas mulheres realizam o trabalho do amor, se fortalecem de maneira incomensurável, mas também se desgastam por tentarem cuidar de si mesmas, de suas famílias e das comunidades migrantes numa cidade muito bruta, violenta e desigual. Manter a ternura, a coragem e a esperança aqui não é uma tarefa fácil. Mas elas continuam caminhando, persistem no agenciamento de lutas, insistem no amor.

Referências bibliográficas

AGUIAR, Marcia Ernani de e MOTA, André. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2014, v. 18, n. 50 [Acessado 2 Fevereiro 2021], pp. 493-506. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0040>>. Epub Ago 2014. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0040>.

AGUILAR, Raquel Gutiérrez; LINSALATA, Lucia; NAVARRO, Mina Lorena. Repensar lo político, pensar lo común: claves para la discusión. **INCLÁN, Daniel; LINSALATA, Lucía; MILLÁN, Mária. Modernidades alternativas. Cidade do México: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM, Ediciones del Lirio**, p. 377-417, 2017.

ALBUQUERQUE, Rosana (2005). Um olhar sobre a participação das mulheres em associações de imigrantes, in *Imigração e Etnicidade: vivências e trajetórias das mulheres em Portugal*, Lisboa, SOS Racismo.^[L]_[SEP]

ALENCAR-RODRIGUES, Roberta de, NEVES STREY, Marlene, CANTERA ESPINOSA, Leonor, **MARCAS DO GÊNERO NAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS DAS MULHERES**. *Psicologia & Sociedade* [en línea] 2009, 21 (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 7 de agosto de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326733016>> ISSN 0102-7182

ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.

ARBOIT, Jaqueline et al. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 9 Maio 2021], pp. 506-517. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018169293>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018169293>.

Backes MTS, Rosa LM, Fernances GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. enferm UERJ* 2009; 17(1):111-117.

BHABA, Homi K. O local da cultura / Homi K. Bhabha; tradução de Myriam Ávila, Eliana Lourenço de Lima Reis, Gláucia Renaye Gonçalves. – 2ª ed. – Belo Horizonte : Editora UFMG, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e

Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 19 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica : guia técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BUSTAMANTE, L. H. Mobilidade Humana e Coronavírus: A saúde mental dos imigrantes em meio à pandemia da COVID-19. São Paulo: Museu da Imigração, 2020. Disponível em: <<http://museudaimigracao.org.br/es/blog/migracoes-em-debate/mobilidade-humana-e-coronavirus-a-saude-mental-dos-imigrantes-em-meio-a-pandemia-da-covid-19>>. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

BUTLER, Judith. Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CABRAL, João Douglas et al. Reflexão teórica sobre as implicações do racismo na saúde mental. *In*: Temas transversais para a formação médica [recurso eletrônico]: reflexões teóricas / Juliana Dias Reis Pessalacia ... [et al.], organizadoras. -- Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2020. p. 74 – 87.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 177-201, 2005 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>.

CARBALLO, M., E NERUKAR, A. (2001), “Migration, refugees, and health risks”, *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), pp. 556-560.

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. Black power: the politics of liberation in America. New York: Vintage, 1967.

CORREA, Laise Lisboa et al. Vulnerabilidade na pandemia. **TRAVESSIA-revista do migrante**, n. 90, p. 121-136, 2021.

CUSCHE, D. *O Conceito de Cultura nas Ciências Sociais*. Bauru: Edusc, 1999.

DANFÁ, Lassana. Alteridade, racismo e representações sociais: o caso do ebola no Brasil. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco. 2016.

DANTAS, Sylvia Duarte. Saúde Mental e Interculturalidade: Implicações e Novas Proposições diante dos Desafios em Tempos de Globalização. *In*: DANTAS, Sylvia Duarte (org.). Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012. ISBN: 978-85-63007-03-2. p. 109 – 132.

DANTAS, Sylvia. Saúde mental, interculturalidade e migração. *Revista USP*, São Paulo, n. 114, p. 55 – 70, jul – set, 2017.

DA SILVA, Cátia Candido; BORGES, Fabrícia Teixeira. Repensando o percurso metodológico de pesquisas etnográficas em tempos de pandemia: Uma breve revisão de literatura. *New Trends in Qualitative Research*, [S. l.], v. 9, p. 110–118, 2021. DOI: 10.36367/ntqr.9.2021.110-118. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/359>. Acesso em: 20 jul. 2021.

DESLANDES, Suely e COUTINHO, Tiago. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 11 [Acessado 19 Julho 2021] , e00223120. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00223120>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223120>.

DUARTE, Madalena; OLIVEIRA, Ana. Mulheres nas margens: a violência doméstica e as mulheres imigrantes. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Vol. XXIII, 2012, pág. 223-237

Equipe de Base Warmis Convergência das Culturas. Posicionamento sobre o PL 435/2019. São Paulo : Equipe de Base Warmis ; 2019. Disponível em : <https://www.facebook.com/EquipeDeBaseWarmisConvergenciaDasCulturas/posts/1247739945387045>

_____. Campanha “No a la violencia en el parto” [Internet]. São Paulo: Equipe de Base Warmis Convergência das Culturas; 2014 [citado em 2019 jul. 19]. Disponível em: <http://www.warmis.org/projetos/no-a-la-violencia-en-el-parto.html> [15/09/2020]

_____. *O calor corporal: Considerações ao atendimento do parto e nascimento nas mulheres imigrantes da Bolívia, Chile e Peru*. Cartilha informativa, sem ano. Disponível em: http://warmis.org/images/warmis_folder_calorcorporal_A42.pdf. Acesso em: 30 de outubro 2020.

_____. *Imigrantes e refugiados têm direito à saúde no Brasil sim!* Cartilha informativa, sem ano. Disponível em: <http://www.warmis.org/images/Direitos%20dos%20imigrantes%20e%20refugiados%20na%20saude-%20Warmis.pdf> . Acesso em: 15 de agosto 2020.

_____. *Cartilha para Mujeres Inmigrantes en Tiempos de Covid-19*. Cartilha informativa, sem ano. Disponível em: <http://www.warmis.org/images/cartilla%20mujeres%20inmigrantes.pdf> . Acesso em: 24 de fevereiro de 2021.

ESCUDEIRO C. A voz da mulher imigrante no debate público sobre o ‘Projeto pró-cesárea no SUS’ em São Paulo a partir da perspectiva da comunicação intercultural. *Rev Eletron Comunic Inf Inov Saude*. 2019;13(4):736-53. doi: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1850>.

DIAS, Sónia e GONÇALVES, Aldina (2007), “Migração e Saúde”, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.o 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas* / Frantz Fanon ; tradução de Renato da Silveira . - Salvador : EDUFBA, 2008.

FASSIN, DIDIER. ENTRE LAS POLÍTICAS DE LO VIVIENTE Y LAS POLÍTICAS DE LA VIDA. HACIA UNA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD. *Rev. colomb. antropol.*, Bogotá , v. 40, p. 283-318, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252004000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Oct. 2020.

FASSIN, Didier. O sentido da saúde : antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. p.375-390. (Antropologia e saúde).

FEKETE, Liz. (2001). “ e Emergence of Xeno-Racism”. *Race and Class*, vol. 43, no. 2, pp. 23–40.

FERRAZ, Cláudia Pereira & ALVES, André Porto. "Da etnografia virtual à etnografia online." *Deslocamentos dos estudos qualitativos em rede digital. 41º Encontro Anual ANPOCS* (2017): 1-25.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

Figueiró, Alessandra Varinia Matte e Ribeiro, Rosa Lúcia Rocha. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme | Pesquisa realizada com apoio da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Acessado 6 Agosto 2021] , pp. 88-99. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160873>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160873>.

FLANNERY, Mércia Regina Santana. “Discurso Discriminatório Contra Imigrantes Haitianos No Brasil Em Um Fórum De Notícias Online.” *Hispania*, vol. 101, no. 3, 2018, pp. 381–393. *JSTOR*, www.jstor.org/stable/26782398. Accessed 23 Jan. 2021.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020). Violência Doméstica durante a Pandemia de Covid-19. [Online]. Disponível em: < <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf> >. Consulta em: 31 de março de 2021.

FONSECA, R. M. G. S. et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 974-980, 2009.

FOUCAULT, Michel. (1977) *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 277 p. 3

FREITAS, Ana Cláudia Cardoso de. Migração feminina em contextos póscoloniais globalizados: teias entrelaçadas entre afetos e agência na rota brasil-suriname-holanda. 2020. Tese de Doutorado. 00500:: Universidade de Coimbra.

GARCIA JESKE, Thais; LOPES SPAREMBERGER, Raquel Fabiana. Políticas públicas e sociais: um debate acerca da universalidade do sistema único de saúde (SUS) diante dos imigrantes no Brasil. Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. 2016.

GEERTZ, Clifford. Os usos da diversidade. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 5, n. 10, p. 13-34, May 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71831999000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 19 July 2020.

GOLDBERG A, SILVEIRA C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc [Internet]*. 2013 [citado 21 Ago 2015]; 22(2):283-97.

GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 Jul-Set; 13(3):625-31.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1731-1735, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800016&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2021.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 26 nov. 2020.

HINE, C. (2004). *Etnografia Virtual*. Barcelona: Editorial UOC. Disponível em: <<http://ethnographymatters.net/blog/2013/11/29/christine-hine-on-virtual-ethnographys-e3-internet>>. Acesso em 19 de julho de 2021.

HINE, Christine. “A internet 3E: uma internet incorporada, corporificada e cotidiana”. *Cadernos de Campo*, 29(2), 2020, e181370. <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/181370>

hooks, bell. Vivendo de amor. In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn C. **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas & Criola, 2000.

hooks, bell. Tudo sobre o amor: novas perspectivas. Tradução de Stephanie Borges. São Paulo: Elefante, 2020. 272 p.

HUWS, U. Vida, trabalho e valor no século XXI: desfazendo o nó. **Caderno CRH**, Salvador, BA, v. 27, n. 70, p. 13-30, 2014.

Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família - Departamento de Atenção

Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Rev. Saúde Pública São Paulo, 34 (3), Jun. 2000. [1]

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. Saúde e Sociedade [online]. 2007, v. 16, n. 2 [Acessado 6 Agosto 2021] , pp. 146-155. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>>. Epub 15 Fev 2008. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, fev. 2005.

LEAL, Maria do Carmo et al. Ampliando o debate. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n.1. A

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 1 [Acessado 20 Outubro 2021] , e00078816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>>. Epub 24 Jul 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.

LEVY, MSF. O papel da imigração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). Rev Saude Publica. 1974; 8Supl:49-90.

LOCATELLI, P. Domésticas das Filipinas são escravizadas em São Paulo. Repórter Brasil, São Paulo, SP, 31 jul. 2017. Disponível em: <<http://reporterbrasil.org.br/2017/07/domesticas-das-filipinas-sao-escravizadas-em-sao-paulo/>>.

MADI, Maria Carolina C.; CASSANTI, Ana Carolina; SILVEIRA, Cássio. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. Saúde Sociedade, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 67-71, abr./jun. 2009. SciELO Brasil. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600011&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 05 jun. 2020

MALINOWSKI, Bronislaw - Argonautas do Pacífico Ocidental, São Paulo, Abril, Coleção Os Pensadores, 1977.

MARINUCCI, R.; MILESI, R. Mulheres migrantes e refugiadas a serviço do desenvolvimento humano dos outros. Brasília, DF: IMDH, 2016. Disponível em: <<http://www.migrante.org.br/index.php/migrantes2/321-artigo-mulheres-migrantes-e-refugiadas-a-servico-do-desenvolvimento-humano-dos-outros>>. Acesso em: 29/07/2020.

MATOS, Marlise. *Pandemia COVID-19 e as mulheres*. Boletim Cientistas Sociais, n. 11, 2020.

MELLO, Priscilla. Possíveis e desconhecidos: a cosmopolítica em Stengers e José Carlos dos Anjos. Apresentação – GT Deleuze 2019, Niterói, RJ. [1]

MELO R, CAMPINAS LLSL. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. O Mundo da Saúde. 2010;34(1):25-35.

MENÉNDEZ, Eduardo Luiz. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 109-118, 2016.

MONTEIRO, Ivete. *Ser mãe Hindu: práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura Hindu em contexto de imigração*. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) — Universidade Aberta, Lisboa, 2005. (Observatório da Imigração, Coleção Teses, Tese nr. 9. Lisboa: ACIDI).

NASCIMENTO, Maria Beatriz. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. **In: Afrodiáspora: Revista do mundo negro**. N° 6-7. Ipeafro, 1985. pp. 41-49.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população negra : Brasil ano 2001

OLIVEIRA, Maria de Lourdes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, 213-221, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 22 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200006>.

PAES, VG. Imigração, gênero e instituições do Estado: a luta das mulheres imigrantes em contextos democráticos". Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X.

PAUL, Patrick. Saúde e Transdisciplinaridade: A Importância da Subjetividade nos Cuidados Médicos. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

PEREIRA, Alexandre Branco. Viajantes do tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental e racismo na cidade de São Paulo. Curitiba: CRV, 2020. 180p.

PIMENTA, Denise Moraes. **O cuidado perigoso**: tramas de afeto e risco na Serra Leoa (a epidemia de Ebola contada pelas mulheres, vivas e mortas). 2019. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, University of São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/T.8.2019.tde-17062019-142750. Acesso em: 2021-04-20.

PIMENTA, Denise Moraes. *Pandemia é coisa de mulher: Breve ensaio sobre o enfrentamento de uma doença a partir das vozes e silenciamentos femininos dentro das casas, hospitais e na produção acadêmica*. TESSITURAS V8 S1 JAN-JUN 2020, Pelotas, RS.

Portaria Intersecretarial SMDHC/SME N° 002, De 18 De Agosto De 2017 E Portaria Intersecretarial SMDHC/SME N° 002, De 19 De Dezembro De 2017, Altera A Portaria Intersecretarial SMDHC/SME N° 2, De 18/08/17. 6074.2017/0000330-5

RAMOS, N. Migração, maternidade e saúde. "Repertório : teatro & dança" [Em linha]. ISSN 1415-3203 (Print) ISSN 2175-8131 (Online). A. 15, n° 18 (2012), p. 84-93.

RAMOS N. Migrações, tráfico de pessoas e trabalho doméstico. *Rev Polit Publicas*. 2014; 18(2):425-38.

RECUERO, Raquel. "Métodos mistos: combinando etnografia e análise de redes sociais em estudos de mídia social." *Campanella B, Barros C, organizadores. Etnografia e consumo midiático: novas tendências e desafios metodológicos. Rio de Janeiro: E-papers* (2016).

RIBEIRO, J. C. "Em África, a mulher faz tudo, mas aqui é o Brasil": gênero e outras categorias de diferenciação nos deslocamentos de pessoas refugiadas para a cidade de São Paulo. In: 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, João Pessoa, 2016.

RIVERA CUSICANQUI, Silvia. Sociología de la imagen : ensayos . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón, 2015.^[L]_[SEP]

RODRIGUES, Igor de Assis, CAVALCANTE, João Roberto e FAERSTEIN, Eduardo. "Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil" * Os autores agradecem a Francisco Ortega, professor titular do Instituto de Medicina Social da UERJ, por sua contribuição fundamental na elaboração deste comentário. . *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 30, n. 03 [Acessado 28 Outubro 2021] , e300306. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300306>>. Epub 04 Set 2020. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300306>.

ROSSA, Lya Amanda. 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. ISSN 2525-7870. Disponível em: <<https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/596>>. Acesso em: 20 nov. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.23899/relacult.v3i3.596>.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010b. p. 31-83.

SANTOS, Boaventura de Souza. 'A cruel pedagogia do vírus': ensinamentos da pandemia. In: SANTOS, Boaventura de Sousa. **Nexo Jornal**. [S. l.], 17 abr. 2020. Disponível em: <https://referenciabibliografica.net/a/pt-br/ref/abnt>. Acesso em: 3 fev. 2021.

São Paulo (cidade). Coordenação do Projeto Prevenção da Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres com a Estratégia de Saúde da Família. *Prevenção da Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres com a Estratégia de Saúde da Família*, 2011. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Manual%20%20Violencia%20ESF%20%20MP\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Manual%20%20Violencia%20ESF%20%20MP(1).pdf)>. Acesso em 02 de fev. 2021.

_____. Secretaria Municipal de Direitos Humanos. Plano Municipal de Políticas para Imigrantes 2021-2024. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Plano%20Municipal_Produto%20Final_Atualizado.pdf

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Mãe Paulistana: o melhor da saúde para você e seu bebê. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/comunicacao/arquivos/cartilhas/cartilha_mae_paulistana_5anos.pdf>. Acesso em 28 de jan. 2021.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Aguiar B S, Neves H, Lira M T A M. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. Bole m CEInfo Análise | Ano X, no 13, Dezembro 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. 49 p. [SEP]

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2018_2021.pdf

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, 2015. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/linha_de_cuidados_atencao_basica_24_5_2019.pdf

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Proposta de Adesão à Rede Cegonha RRAS6 – São Paulo: Mãe Paulistana também é Rede Cegonha, 2013. Disponível em: < <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/PARRCRRAS625092013.pdf> >. Acesso em 12 nov. 2020.

SARTI, Cynthia. “Corpo e Doença no trânsito de saberes”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 25 (74), p. 77-90, 2010.

SAYAD, A. A Imigração ou os paradoxos da alteridade. São Paulo: Edusp, 2008.

SCHÄFFER, M. ‘Entre-lugares’ da cultura: diversidade ou diferença? *Revista Educação & Realidade*. *Revista Educação & Realidade* Porto Alegre: UFRGS/FACED, v. 24, n. 1, p. 161-167, jan./jun. 1999.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 3, n. 5, p. 13-26, Aug. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831999000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007.

SEGRE M; FERRAZ FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(5):538-42.

SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, M.C., and SANTOS, R.V., orgs. *Raça, ciência e sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCB, 1996, pp. 41-58. ISBN: 978-85-7541-517-7. Available from: doi: 10.7476/9788575415177. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/djnty/epub/maio-9788575415177.epub>.

SEYFERTH, Giralda. Colonização, imigração e a questão racial no Brasil. *Revista USP*, 53, p. 117-149, 2002a..

SEYFERTH, Giralda. Imigrantes, estrangeiros: a trajetória de uma categoria incômoda no campo político. Trabalho apresentado na Mesa Redonda “Imigrantes e Emigrantes: as

transformações das relações do Estado Brasileiro com a Migração”. In: 26ª REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, realizadas entre os dias 01 e 04 de junho de 2008, **Anais...** Porto Seguro, Brasil

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. *Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, J. et al. A promoção a igualdade racial^[1] em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília, DF: Ipea, 2009. p. 7-170.

SILVA AC, FERREIRA J. CZERESNIA D, MACIEL EMGS, OVIEDO RAM. Os sentidos da saúde e da doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):957-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.00212014>^[1]

STENGERS, I., & ASSUNÇÃO, H. S. (2020). A Maldição da Tolerância. *Revista De Antropologia Da UFSCar*, 12(1), 393–400. <https://doi.org/10.52426/rau.v12i1.343>

TAVARES, Dinalva Menezes Castro. **Violência doméstica**: uma questão de saúde pública. 2000. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2000. doi:10.11606/D.6.2000.tde-29082014-161000. Acesso em: 2021-07-26.

TRONTO, Joan. 1993. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York, London: Routledge.

UN. United Nations (2019). *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. [Online]. Disponível em: < https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/41/34 >. Consulta em: 29 de março de 2021.

VARGAS, Marifer. Migración, hijos y COVID-19. In: **Migrações Internacionais e a pandemia de covid-19** / Rosana Baeninger; Luís Renato Vedovato; Shailen Nandy (Coordenadores); Catarina von Zuben; Luís Felipe Magalhães; Paolo Parise; Natália Demétrio; Joice Domeniconi (Organizadores). – Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2020. 636p.

VASCONCELLOS & ADORNO. Pensando a Saúde entre culturas: Mediações em tempos de Incertezas, Conflitos e Mobilidades Transnacionais. In: DANTAS, Sylvia Duarte (org.). *Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais*, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.^[1] ISBN: 978-85-63007-03-2. p. 133 – 139.

VEIGA, Lucas Motta. Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. *Fractal: Revista de Psicologia* - Dossiê Psicologia e epistemologias contra-hegemônicas, Niterói, v. 31, n. esp., p. 244-248, set. 2019. https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; YURJA, Veronica Quispe. Saúde de migrantes e refugiados. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz – 2019.

VENTURA, Deisy; ILLES, Paulo. Estatuto do estrangeiro ou lei de imigração? *Le Monde Diplomatique Brasil*, São Paulo, ano 4, n. 37, p.14-15, ago. 2010.

VIANNA, Adriana; FARIAS, Juliana. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 37, p. 79-116, Dec. 2011. Available from <
<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332011000200004&lng=en&nrm=iso
>. access
on 15 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000200004>.

VILLALÓN, Corina Demarchi; MOYA, Jobana; BEJARANO, Lida Elena Tascón. Colectivos de mujeres migrantes frente a la pandemia: El Equipo de Base Warmis y la campaña de Regularización Migratoria “Regularización Ya!”. *TRAVESSIA-revista do migrante*, v. 2, n. 91, 2021.

VILLEN, Patrícia; CORDEIRO, Sávia. Imigração: as verdades reveladas pela pandemia e os gargalos estruturais de acesso a direitos na cidade de são paulo. *A distopia do século XXI*, p. 65.

WALDMAN, T. C. (2011). Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista De Direito Sanitário*, 12(1), 90-114. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114>

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 3 [Acessado 5 Setembro 2021], pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>.

WHO. World Health Organization (2009). *Women and Health*. [Online]. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf>. Consulta em 25 jan. 2020.

ZAIA, Maria Cristina. Imigrantes Mulçumanas em São Paulo: Um Estudo a partir da Psicologia Intercultural. In: DANTAS, Sylvia Duarte (org.). *Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais*, São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012. ISBN: 978-85-63007-03-2. p. 351 – 373.

ZELIZER V. A economia do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). **Cuidado e cuidadoras**: as várias faces do care. São Paulo, SP: Atlas, 2012.