

Mulheres migrantes e o SUS: desafios do cuidado como direito

Mujeres migrantes y el SUS: desafíos del cuidado como derecho

Rocio del Pilar Bravo Shuña¹
Luis Guilherme Galeão-Silva²

RESUMO

Este artigo resalta a importância de compreender o cuidado em saúde como um direito no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando, a partir de uma perspectiva feminista interseccional e da escrita vivencial, as experiências de dez mulheres migrantes usuárias do SUS. As narrativas revelam os desafios enfrentados ao lidar com atendimentos e estruturas xenófobas, racistas e heteronormativas, que dificultam o acesso aos cuidados, a vinculação com a instituição e colocam em xeque os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. Além disso, enfatiza-se que o cuidado em saúde vai além do mero atendimento médico, envolvendo a garantia de recursos materiais para uma vida digna, como alimentação, moradia, transporte acessível e produtos de higiene pessoal. A migração instiga a olhar o cuidado como um direito transnacional, transcendendo fronteiras e exigindo uma abordagem integrada e colaborativa para assegurar sustentabilidade e dignidade às pessoas em situação de migração.

Palavras-chave: Mulheres. Migração. Cuidados. Saúde. Direito.

¹ Doutora em Psicologia Social. Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo. E-mail: rocio.bravoshuna@usp.br.

Red académica: <https://www.researchgate.net/profile/Rocio-Del-Pilar-Bravo-Shuna-2>, <https://orcid.org/0009-0009-1806-2895>.

² Professor de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: luisgaleao@usp.br

Red académica: <https://www.researchgate.net/profile/Luis-Galeao-Silva>, Mendeley IDs 57190221861, <https://orcid.org/0000-0003-4259-3564>

RESUMEN

Este artículo destaca la importancia de comprender el cuidado en salud como un derecho en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS) al analizar, desde una perspectiva feminista interseccional y de la escritura vivencial, las experiencias de diez mujeres migrantes usuarias del SUS. Las narrativas revelan los desafíos que enfrentan al lidiar con atenciones y estructuras xenófobas, racistas y heteronormativas que dificultan el acceso a los cuidados, la vinculación con la institución y ponen en entredicho los principios de universalidad, equidad e integralidad del SUS. Además, se enfatiza que el cuidado en salud va más allá de la mera atención médica, implicando la garantía de recursos materiales para una vida digna, como alimentación, vivienda, transporte accesible y productos de higiene personal. La migración instiga a considerar el cuidado como un derecho transnacional, trascendiendo fronteras y exigiendo un enfoque integrado y colaborativo para asegurar la sostenibilidad y la dignidad de las personas en situación de migración.

Palabras clave: Mujeres. Migración. Cuidados. Salud. Derecho.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o número de mulheres migrantes³ registradas têm aumentado progressivamente. Na década de 2011-2020, representavam 32,6% (24.262 mulheres registradas) do total de 74.339⁴ migrantes registrados, e em 2021 esse número cresceu para 44,8% (67.772 mulheres registradas) do total de 151.155 migrantes, quase metade dos registros (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021). Além disso, a cidade de São Paulo tem sido um dos principais destinos dessas migrações, o que evidencia a importância de compreender as questões relacionadas ao cuidado em saúde para essa população.

No contexto dos serviços públicos de saúde, as mulheres desempenham um papel crucial como usuárias diretas do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente as mulheres pretas e pardas, que representam o maior número de pessoas que usufruem desses serviços (IBGE, 2019). As mulheres também desempenham um papel essencial como principais provedoras de

³ Neste texto utilizaremos a palavra 'migrante' para nomear a toda pessoa nacional de outro país ou apátrida que esteja de passagem ou de forma temporária ou definitivamente residindo no Brasil.

⁴ Não termos encontrado dados sobre a estimativa de pessoas migrantes que não registraram seu ingresso no país, porém é preciso assinalar que elas também têm direito de acessar aos serviços públicos de saúde independente de seu status migratório.

⁵ A pesquisa "Cuidadores do Brasil" desenvolvida pelo Instituto Lado a Lado Pela Vida, A Veja Saúde em parceria com a Farmacêutica Novartis, entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, entrevistou

cuidado⁵ a crianças e idosos (Oliveira e D'Elboux, 2012) e como funcionárias públicas da saúde (IPEA, 2020).

Apesar das mulheres serem responsáveis pela maioria dos trabalhos de cuidado nas instituições de saúde, como enfermeiras, técnicas de enfermagem e pessoal de limpeza, a desigualdade salarial de gênero persiste (Amâncio dos Santos e Barbosa da Silva, 2021), refletindo a disparidade de remuneração entre mulheres e homens.

Estudos feministas sobre o cuidado confirmam que as mulheres continuam exercendo responsabilidades de cuidado em dupla ou múltiplas jornadas de trabalho, muitas vezes sem receberem remuneração, o que contribui diretamente para o sistema econômico capitalista (Batthyány, 2020). Essa realidade também se estende às mulheres migrantes, que não são poupadas dessas tarefas de cuidado, remuneradas ou não. Nas casas-oficinas⁶ de costura, por exemplo, além de costurar, são elas que assumem a responsabilidade pela alimentação das pessoas e pelo cuidado das crianças, o que resulta em uma sobrecarga de trabalho que afeta sua saúde física e mental (Ribeiro, 2019; Oliveira, 2022).

No entanto, em relação ao perfil de saúde das mulheres migrantes, há dados estatísticos limitados disponíveis, uma vez que a nacionalidade e o status migratório não são informações obrigatórias nos protocolos de atendimento do SUS (Cavalcanti et al., 2021). Durante a década de 2011-2020, foram registrados no Brasil 104.576 nascidos vivos de pessoas migrantes (Cavalcanti et al., 2021, p. 70). Na cidade de São Paulo, em 2021, o número de nascidos vivos de pais migrantes foi de 5.169, representando 3,4% do total de 153.729 nascimentos, a maioria dos pais sendo bolivianos e haitianos, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Além disso, entre março e novembro de 2021, foram registrados 473.694 atendimentos a não brasileiros nos serviços de UBS e AMA em São Paulo, dados do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA Saúde).

O SUS, instituído pela Lei nº 8080 em 19 de setembro de 1990, é uma conquista dos movimentos de reforma sanitária e dos movimentos de mulheres. Com a implantação e implementação do SUS, o direito à saúde deixou de ser uma prerrogativa apenas dos contribuintes da seguridade social, sendo estendido a todas as pessoas, com o Estado assumindo a responsabilidade pela garantia desse direito.

pela internet 2047 cuidadores familiares e 487 profissionais de todas as regiões do país, sendo que em sua maioria mulheres (83% familiares e 91% profissionais). Outro dado que se destaca é a idade da pessoa cuidadora a qual se centra entre 40 anos a mais, com relatos de sofrer de estresse, insônia e dores nas costas. Saiba mais: <https://saude.abril.com.br/familia/pesquisa-revela-os-desafios-de-ser-cuidador-no-brasil>.

⁶ As casas-oficinas de costura são pequenas unidades de produção na cadeia da indústria têxtil e da moda, que operam como locais de trabalho e residência tanto para a(s) pessoa(s) proprietária(s) quanto para a equipe que nela trabalha, frequentemente composta por migrantes bolivianos. Essa sobreposição entre vida pessoal e laboral pode favorecer a criação de condições laborais precárias, marcadas por longas jornadas, baixos salários e falta de segurança no trabalho (Cymbalista e Rolnik Xavier, 2007).

No entanto, mesmo a mais de 30 anos de existência do SUS, a operacionalização e a disponibilização de recursos necessários para garantir o direito à saúde de qualidade continuam sendo um desafio constante (Sales, Vieira, Martins, Garcia, e Ferreira, 2019), especialmente diante da aprovação de medidas como a Emenda Constitucional nº 95, conhecida como “Teto de gastos públicos”, que reduziu a capacidade de gerir e efetivar o direito à saúde (Rocha e Szklo, 2021), entre outros direitos e políticas sociais⁷.

Nesse cenário, os direitos das mulheres à saúde têm sido gravemente afetados, mesmo com a existência, desde 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que propõe melhorar o atendimento à saúde das mulheres com uma perspectiva de gênero, raça/etnia/cor e classe socioeconômica, a fim de planejar ações que atendam às demandas específicas das mulheres em toda a sua diversidade e contribuam para melhorar suas condições de vida (Coelho, Silva, Oliveira e Almeida, 2009). No entanto, é importante ressaltar que essa política não prevê ações específicas para mulheres migrantes.

Diante desse contexto, a migração tem recebido maior atenção nas agendas públicas nos últimos anos. No município de São Paulo, têm sido realizados debates e ações para a inclusão da população migrante nos serviços de saúde, fortalecidos pela Política Municipal para a População Imigrante, instituída pela Lei nº 16.478 de 8 de julho de 2016, que reconhece a população migrante como sujeito de direitos. Essa política ressalta o papel da Secretaria Municipal de Saúde no sentido de garantir a atenção integral à saúde da mulher migrante, promovendo o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, ao parto humanizado e intercultural, além de criar ações de prevenção e combate à violência obstétrica (Shuña e Carbassa, 2020).

Durante a pandemia, muitos países, como o Brasil, fecharam suas fronteiras na justificativa de controlar os avanços do coronavírus⁸, limitando a circulação de migrantes, especialmente as mais vulneráveis. O estudo desenvolvido por Eugenia Brage (2023) em Buenos Aires, Argentina, e São Paulo, Brasil, destaca justamente os impactos heterogêneos e as consequências diversas da pandemia para as pessoas migrantes. A dimensão material e simbólica da espera e da mobilidade/imobilidade afetou as vivências presentes e as

⁷ Gimenes, Erick (05 de outubro de 2020). “Teto de Gastos reduz investimento público por habitante”, alerta Esther Dweck. Brasil de Fato. Recuperado de: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/05/teto-de-gastos-reduz-o-investimento-publico-por-habitante-alerta-esther-dweck>

⁸ No dia 03 de fevereiro de 2020 o Brasil declara emergência sanitária nacional em decorrência do novo coronavírus (Portaria nº 188/2020 - Ministério de Saúde), o que foi usado como justificativa para o fechamento das fronteiras primeiro com a Venezuela (Portaria Interministerial nº 120/17 de março de 2020 - Ministros de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, da Justiça e Segurança Pública e da Saúde) e logo com os demais países restantes fronteirizos: Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana Francesa, Guiana, Paraguai, Peru e, Suriname (Portaria Interministerial nº 125/19 de março de 2020 - Ministros de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, da Justiça e Segurança Pública e da Saúde).

dinâmicas das redes transnacionais. Principalmente mulheres e dissidências enfrentaram desafios específicos, como a irregularidade migratória, dificuldades de acesso a políticas públicas e benefícios sociais, desarticulação das formas de organização cotidiana e perda de renda.

Entendemos que as políticas são instrumentos institucionais que interpretam, regulam e organizam a sociedade, criando categorias e especificidades em relação aos sujeitos e suas necessidades, demandando atendimento (Agreia Romero, 2004). Portanto, o fato de que migrantes sejam impedidos por lei de circularem nas fronteiras como medida sanitária e que a população migrante não seja nomeada ou considerada parcialmente nas políticas sancionadas para o atendimento da saúde pode afetar no modo em que é percebida e no nível de preparação que profissionais da saúde têm para atendê-la. Tal como os estudos de Kátia Guerra e Miriam Ventura (2017) como de Karly Garcia Delamuta, Fernanda de Freitas Mendonça, Carolina Milena Domingos e Marselle Nobre de Carvalho (2020) assinalaram que há necessidade de criar novas políticas públicas e aprimorar as existentes, uma vez que tanto pessoas gestoras quanto profissionais de saúde não estão adequadamente preparadas para lidar com as especificidades da população migrante.

Portanto, diante desse contexto, este artigo tem como objetivo compreender as experiências das mulheres migrantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde, analisando os desafios enfrentados no exercício do cuidado como direito no SUS, tendo como base referências bibliográficas relacionadas com migração, gênero e acesso à saúde. A partir dessa análise, busca-se identificar possíveis lacunas nas políticas de saúde que precisam ser abordadas e reforçadas no atendimento de mulheres migrantes, considerando também situações de crises como a pandemia.

É preciso ressaltar que partimos de dois conceitos sobre o cuidado: primeiro, como direito, refere-se ao conjunto de recursos e ações para conseguir a manutenção da vida, tendo como base os direitos humanos, principalmente o direito à vida (Lagarde, 2003; Ayres, Paiva e Buchalla, 2012). E segundo, como conceito dinâmico, que engloba os saberes e intersubjetividades que são mobilizados nas práticas de cuidar, que ora ganham status de ‘verdade’ e que ora são tratados com vilipêndio (Foucault, 2002; Brah, 2006).

O artigo se baseia nos dados provenientes da pesquisa intitulada “O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres migrantes usuárias do SUS”⁹, com o objetivo de analisar como o cuidado se manifesta como direito nos serviços de saúde pública, dialogando com os princípios básicos que fundamentam o SUS. E está estruturado da seguinte forma: O caminho da pesquisa onde descrevemos a abordagem teórico-metodológica utilizada. A segunda, As narrativas do cuidado no SUS onde apresentamos

⁹ Shuñá, Rocio del Pilar Bravo (2023). O cuidado como exercício de direito à saúde e à vida de mulheres migrantes, usuárias do SUS (Tese de doutorado). Programa de Psicologia Social do Instituto de Psicologia- USP. São Paulo. Defendida em 17 de março de 2023. Orientador: Luis Guilherme Galeão-Silva.

as experiências de cuidado nos serviços públicos de saúde compartilhadas por nossas interlocutoras. E a terceira, a guisa do cuidado como direito, onde destacamos algumas reflexões finais do cuidado como direito.

O CAMINHO DA PESQUISA

A pesquisa qualitativa foi desenvolvida desde uma perspectiva teórica-metodológica feminista interseccional, reflexiva e localizada de fazer ciência (Haraway, 1995, 2009; Neves e Nogueira, 2005; Brah, 2006; Olesen, 2006; Piscitelli, 2012), que prioriza a escrita vivencial a fim de ressaltar as interlocuções entre as dez participantes e a pesquisadora, assim como as reflexões levantadas nos diálogos entre autores deste artigo, por isso o texto discorre na primeira pessoa do singular e do plural.

Todas as participantes foram mulheres cis migrantes vindas da Angola (Sita, mulher negra e heterossexual), Argentina (Euge e Flor, mulheres brancas, lésbicas), Bolívia (Isabela, mulher indígena e Marimar, que se reconhece pela própria nacionalidade, ambas heterossexuais), Chile (Mariela, mulher parda/mestiza e heterossexual e Loreto, mulher branca e lésbica), Colômbia (Mary, mulher branca e heterossexual) e Venezuela (Vallita e Yulimar, mulheres negras, ambas heterossexuais) junto com a pesquisadora (Rocio, mulher andina e bissexual), migrante peruana.

O critério de inclusão das interlocutoras era que fossem usuárias do SUS e moradoras da cidade de São Paulo, utilizando uma abordagem por conveniência, especialmente por ocorrer durante a pandemia do Covid-19, foram escolhidas seis mulheres ativistas dos direitos da população migrante e as outras quatro foram referenciadas por elas ou outras ativistas que vivem na cidade.

Nossa análise baseou-se no conceito e metodologia de interseccionalidade (Crenshaw, 2002; Brah, 2006; Piscitelli, 2012), permitindo-nos entender como diferentes fatores, como nacionalidade, raça/cor, orientação sexual, idade, grau de estudos e meios de vida, influenciam as experiências de cuidado dessas mulheres. Observamos como essas características moldam as relações de saber e poder, subordinação e marginalização nos espaços de saúde institucionais. Além disso, essa abordagem, nos aproximou dos significados e significantes, carregado de afetos e sentimentos em torno do cuidado, evidenciados nos encontros entre profissionais de saúde e usuárias migrantes, bem como nas lutas para serem reconhecidas como portadoras do direito à saúde e de usufruir os serviços públicos de saúde.

Por outro lado, com a escrita vivencial, cujo referencial teórico foi inspirado nas reflexões e produções da Conceição Evaristo (2020) sobre escrevivências, conseguimos materializar na escrita esse conteúdo afetivo, as memórias, as impotências e as vias de contestação das interlocutoras.

Embora, cada interlocução tenha sido guiada por um roteiro semi-estruturado de entrevista, permitindo que as participantes escolhessem o nome que as identificaria na pesquisa, além da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética do Programa do Instituto de Psicologia, que incluía a gravação das entrevistas, arquivos que logo foram compartilhadas com elas, nossa atenção não se limitou a esses aspectos.

A pesquisa ocorreu entre 2020 e 2021, durante o período pandêmico, com um a três encontros por interlocutora que duravam entre 40 a 90 minutos respeitando a sua disponibilidade, via online, ligações telefônicas e/ou visitas presenciais, eram momentos de troca de informações e funcionavam como ponte com outras redes de apoio, como regularização migratória, acesso a atendimento psicológico gratuito, acesso a auxílio emergencial, cestas básicas e vales de alimentação.

AS NARRATIVAS DO CUIDADO NO SUS

A concretização da política do SUS no cotidiano dos serviços de atendimento, está sujeita também à compreensão que as pessoas profissionais e gestores da saúde têm sobre o cuidado, uma vez que isso pode definir os procedimentos e protocolos a serem seguidos. Portanto, entender as noções de cuidado que são agenciados nesse espaços institucionais é crucial, como Roseni Pinheiro e Ruben Araujo De Mattos (2006) afirmam, o cuidado é uma categoria-chave que pode abrir novos diálogos no campo do conhecimento, saberes e práticas em saúde, com o objetivo de materializar uma política de saúde em defesa da vida.

O SUS constitui essa política, promotora, protetora e executora das políticas de cuidados da saúde, sendo um direito fundamental de todas as pessoas, inclusive migrantes, de usufruir deste direito, e o dever do Estado de fornecer as condições necessárias para seu exercício.

Assim, nós procuramos analisar as experiências de cuidado de nossas interlocutoras tendo como eixos os princípios do SUS. A saber, as ações de cuidado no SUS devem ser desenvolvidas de acordo a três princípios básicos: **a universalidade**, que garante a saúde como direito de todas as pessoas; **a equidade**, que preconiza o atendimento de acordo com as necessidades de cada indivíduo; e **a integralidade**, que implica no reconhecimento desse direito por meio de um conjunto articulado e contínuo de ações.

A universalidade

A Aione Maria da Costa Sousa (2014) destaca a universalidade como um dos princípios fundamentais do movimento sanitário, oficialmente estabelecido na Constituição Federal de 1988 e incorporado aos pilares do SUS. Isso reflete o reconhecimento de que a saúde é um direito universal e que cabe

ao Estado criar estruturas institucionais que garantam o acesso aos serviços e recursos de forma desimpedida, por meio do sistema público de saúde.

Nossas interlocutoras reafirmam a importância dessa universalidade por meio da gratuidade dos serviços do SUS, como enfatizado por Sita: “[...] tudo é gratuito no SUS [...] todo meu atendimento de parto foi no SUS, a operação da minha família também [...] o SUS é um sistema único bom mesmo!” (Sita, angolana, negra, heterossexual, mãe de duas crianças e três adolescentes). Mariela, vinda do Chile, onde os serviços médicos são em sua maioria privados, também ressalta a segurança proporcionada pelo fato de os serviços médicos no SUS serem gratuitos: “[...] yo soy asmática [...] sinto essa segurança de que serei atendida em algum momento, de que ninguém negará meu atendimento [...] posso adoecer [...] com um sistema de saúde que me respalda [...]” (Mariela, chilena, parda, heterossexual, mãe de uma criança). Esse sentimento de respaldo destaca a importância do acesso universal aos serviços médicos.

No entanto, mesmo sendo gratuito, os entraves burocráticos, como a falta de comprovante de residência ou a demora nos agendamentos, podem dificultar ou impedir o acesso aos serviços de cuidados públicos, conforme compartilhado por Euge, uma argentina: “[...] o problema foi que um dia fui à UBS e me pediram comprovante de residência e eu não tinha... no final, acabei indo à farmácia [...]” (Euge, argentina, branca, lésbica, mãe de uma criança). Nesse depoimento, Euge apresenta uma barreira frequente enfrentada pelas comunidades migrantes ao procurar os serviços do SUS, pois a falta de comprovante de residência resulta na recusa do atendimento necessário, o que pode agravar suas condições de saúde. Especialmente para migrantes que não têm condições financeiras para pagar por serviços de saúde privados ou para obter medicação em farmácias, essa situação torna-se ainda mais desafiadora.

Durante o período de vacinação contra a COVID-19, coletivos de migrantes e a sociedade civil denunciaram as dificuldades enfrentadas pela comunidade para acessar a vacina, conforme destacado na 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração (2021)¹⁰. Nas unidades de vacinação, eram solicitados documentos migratórios brasileiros e comprovantes de residência, o que contraria o princípio da universalidade desse direito, afetando principalmente a pessoas migrantes em situação de vulnerabilidade social, como as que vivem em cortiços, ocupações ou em situação de rua, e que não têm meios de comprovar sua residência nem recursos financeiros para pagar pelo processo de regularização migratória.

¹⁰ 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração: Saúde e Migração em tempos de Covid-19. Documento Final - 2021. Saiba mais: https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fb03e44f58b6475fbb239a148eedc15f.pdf

Por outro lado, a escassez de profissionais de saúde para atender à demanda territorial também compromete a garantia desse princípio. A falta de vagas disponíveis leva as pessoas usuárias a procurarem serviços em locais públicos mais distantes, exigindo tempo e dinheiro que muitas vezes não possuem, causando mais desgaste na saúde da pessoa que busca cuidados. Isso se tornou ainda mais evidente durante a pandemia, quando alguns profissionais de saúde foram realocados e determinados hospitais se tornaram centros de referência para a COVID-19, deixando pacientes recorrentes do território sem atendimento adequado. Isso afetou especialmente pacientes com doenças crônicas, que tiveram que buscar atendimento em outros locais sem sucesso¹¹. Sita, cuja filha caçula recebe tratamento para anemia falciforme nos conta a sua experiência:

[...] eu vou quando ela fica doente, eu fui lá nesses dias, não estão internando as pessoas no hospital, já fui lá na Vila Alpina não estão internando não, já fui no hospital Santa Casa duas vezes também não... neste tempo de pandemia, desde 2020, não estão internando [...] só tem que ir hoje, amanhã, todos os dias tem que ir e voltar, não dá pra ficar internada, não, por causa da pandemia [...], mas tenho um problema, quando a minha bebe fica doente, eu ando ali lá no hospital, vou e volto, mas não tenho cartão do transporte gratuito, o bilhete único [...]

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

(Sita, angolana, negra, heterossexual, mãe de duas crianças e três adolescentes)

A história de Sita, uma mulher negra, cujo parceiro também está desempregado, cuja família mora de aluguel e dependente exclusivamente do programa Bolsa Família como única fonte de renda, nos leva a refletir sobre os desafios enfrentados no acesso aos cuidados de saúde e na garantia efetiva desse direito. Para Sita, os custos do transporte até o hospital se tornam uma carga financeira insustentável, comprometendo suas necessidades básicas, como alimentação, moradia e produtos de cuidado pessoal, incluindo absorventes.

¹¹ Uma pesquisa virtual desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), respondida por 158 países, sendo 28 deles Estados Membros da OPAS, durante um período de quatro semanas no mês de maio de 2020, apresenta uma visão geral do impacto que a pandemia de COVID-19 teve nos serviços de controle de doenças não transmissíveis na Região das Américas, em um momento em que a região era considerada o epicentro da pandemia global de COVID-19. Saiba mais: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Além disso, Sita destaca-se como a principal provedora de cuidados para sua família e lar, enfrentando dificuldades para conciliar o apoio às aulas online de seus filhos devido à falta de tempo e acesso à internet em casa. Isso revela as disparidades no acesso à educação e à tecnologia, perpetuando o ciclo de desigualdades e dificultando a busca por oportunidades melhores.

A falta de acesso aos cuidados de saúde e o impacto financeiro decorrente dos custos de transporte até o hospital evidenciam as desigualdades de gênero que afetam as mulheres, especialmente as mais vulneráveis. A Sita é obrigada a fazer escolhas difíceis, tendo que priorizar os cuidados com a saúde de sua filha em detrimento das próprias necessidades básicas da família. Os estudos realizados pela Samantha Lynn Serrano (2021) com mulheres migrantes bolivianas também apresentaram essas dificuldades, as mulheres não conseguiam se aderir ao tratamento e nem fazer acompanhamento médico devido aos custos de transporte, situação que reafirma a necessidade de garantir o direito à mobilidade para pessoas de baixa renda.

Como mulher negra, Sita está inserida em um contexto no qual a interseção entre raça, gênero e meios de vida influencia diretamente as suas vivências e as dificuldades que ela enfrenta diariamente. A pobreza menstrual, também presente nas narrativas de cuidado de Yulimar (mulher negra, heterossexual, mãe de uma criança que nasceu no Brasil e nove adolescentes que moram na Venezuela) e Marimar (mulher boliviana, heterossexual, mãe de duas crianças), duas mulheres racializadas, é mais uma dimensão dessas desigualdades. A Yulimar enfrentou essa dificuldade durante sua jornada migratória e quando estava morando nas ruas. Diante dessa situação, elas utilizam os recursos disponíveis, no caso da Yulimar destina parte do dinheiro obtido das esmolas ou venda de balas nos semáforos para a compra de absorventes. Já Sita e Marimar recorreram ao uso de panos de tecido.

Nesse sentido, a pobreza menstrual não se resume apenas à falta de acesso a absorventes, mas também à falta de recursos essenciais para vivenciar o ciclo menstrual de forma digna, como água potável, saneamento e produtos de higiene, como destacam Elizabete Bezerra Patriota e Vilma Leite Machado de Amorim (2021). É necessário colocar esse tema na agenda política e buscar soluções que atendam às necessidades das pessoas que menstruam, considerando uma perspectiva interseccional.

Nesse contexto, as iniciativas do terceiro setor e das próprias comunidades de migrantes desempenham um papel crucial ao suprir as lacunas deixadas pelo Estado. Para Sita e Marimar, a inclusão de absorventes nas cestas básicas fornecidas pelos coletivos de mulheres aos quais pertencem fez uma diferença significativa em seu cuidado.

Isto, são exemplos das dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente aquelas que dependem de programas de assistência social. No caso das nossas interlocutoras, Sita recebia bolsa

família e Isabela, Yulimar e Vallita recebiam o auxílio emergencial, o que muitas vezes era a única fonte de renda, é preciso também assinalar que no caso de Yulimar e Vallita dividiam parte do auxílio no envio de remessas a Venezuela.

Em relação à moradia, Yulimar morava com seu parceiro e apenas a filha caçula em um centro de acolhida para famílias em estado de vulnerabilidade, enquanto as outras nove interlocutoras viviam em vivendas alugadas. Flor e Loreto moravam com sua parceira, Mary morava com seu parceiro e com as pessoas que trabalhavam na casa-oficina de costura. Marimar morava com suas duas crianças e seu parceiro em uma casa-oficina de costura, Mariela morava com sua criança e seu parceiro, Euge morava com sua criança e Sita morava com suas duas crianças e três adolescentes e seu parceiro, Isabela morava com uma amiga, e Vallita morava sozinha. Durante a pandemia, muitas delas solicitaram reajustes no preço do aluguel para conseguirem se manter no local.

Ditas vivências, nos reafirmam que garantir o acesso à saúde vai além de serviços médicos adequados, envolvendo a consideração de fatores como transporte acessível, moradia adequada, segurança alimentar e outros direitos essenciais. Portanto, embora a universalidade seja um princípio reconhecido, é necessário que o Estado enfrente os desafios e supere os obstáculos que limitam o acesso ao direito à saúde, como é a garantia de condições dignas de vida.

Equidade

A equidade na saúde é um conceito multidimensional que transcende a mera distribuição de cuidados de saúde, como argumentado por Amartya Sen (2002) e Fernando Passos Cupertino de Barros e Maria Fátima de Sousa (2016). Ela abrange não apenas o nível de saúde alcançado e a capacidade de obtê-lo, mas também a justiça dos processos envolvidos, demandando que a assistência seja prestada de forma imparcial e sem discriminação.

Nas experiências compartilhadas por nossas interlocutoras, todas elas relataram ter sido testemunhas ou vítimas de discriminação nos serviços de saúde público, direta ou indiretamente, com base a sua raça/cor, nacionalidade, orientação sexual, nível de escolaridade e até mesmo sua proficiência em português. A experiência da Mary ilustra isso: “[...] por el hecho de ser blanca, ellos siempre piensan que soy brasileña [...] solo para saber que soy extranjera es cuando abro la boca [...] es un tratamiento desigual [...]” (Mary, colombiana, branca, heterossexual). Isto exemplifica como o racismo é estrutural, ao associar automaticamente a nacionalidade brasileira a uma raça/cor predefinida como branca e a um determinado domínio da língua portuguesa, como é o caso da identificação da Mary, ignorando o fato de que mais da metade da população deste país é negra, além de negar a existência das comunidades indígenas e das mais de duzentas línguas existentes neste país.

Também, os estereótipos ligados a nacionalidades afetam o atendimento de saúde, como ocorreu com minha amiga peruana após um acidente de bicicleta. Testemunhas ligaram para o SAMU, mas a equipe demorou a chegar, justificando: “No Brasil é diferente do Japão”, presumindo erroneamente que ela era japonesa com base em suas características físicas. Quando a sua verdadeira nacionalidade foi revelada, o tratamento mudou, pois deixaram de explicar detalhadamente os procedimentos de primeiros socorros para ela e passaram a direcionar sua atenção para a pessoa que a atropelou, a qual estava completamente nervosa. E, em vez de levá-la a um hospital próximo, dita equipe a deixou na rua sob os cuidados da motorista que a atropelou.

Estando na sala de emergência de um Hospital Universitário, tivemos que demonstrar nossa escolaridade e conhecimento em saúde para convencer o médico-chefe a fornecer um tratamento específico para a lesão nos ligamentos causada pelo acidente. Ele repreendeu nosso pedido em voz alta, alegando que o sistema público de saúde não estava preparado para tratar esse tipo de lesão, comparando-nos ao famoso jogador de futebol Neymar.

Porém, o mesmo médico-chefe e sua equipe de residentes forneciam um atendimento cuidadoso, com um tom de voz adequado e em inglês, para um homem branco de olhos claros, cabelo loiro e falante de inglês, acompanhado por uma mulher branca brasileira. Isso ressalta uma situação de disparidade no atendimento por razão da nacionalidade da pessoa atendida, como mencionado por Rocio Bravo Shuña e Nuria Margarit Carbassa (2020):

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

Assim, diversos fatores influenciam a percepção da nacionalidade, estando intrinsecamente ligados a uma estrutura racista que estabelece uma ordem hierárquica de aceitação pelas pessoas cidadãs nativas, na qual a representação branca é considerada mais próxima da população brasileira. Essa realidade se reflete na forma como pessoas brancas provindas de países colonizadores têm mais chances de serem aceitos nos processos de garantia de direitos.

No estudo conduzido por Samantha Lynn Serrano (2021), é destacado como a xenofobia¹² e o racismo perpetuados por profissionais de saúde criavam um ambiente de constante tensão para as mulheres migrantes no acesso aos serviços de saúde pública. Elas eram interpeladas devido à sua falta de domínio da língua portuguesa e eram alvo de estereótipos baseados em sua nacionalidade e costumes. Como resultado, muitas delas, mesmo buscando atendimento médico para garantir seu direito à saúde, acabavam não conseguindo acompanhar todo o tratamento médico.

Consequentemente, algumas mulheres migrantes desistiram de reivindicar seus direitos e procuraram outras formas de cuidado, a fim de evitar expor-se a mais situações de violência. Isso ressalta a existência de um “não-pertencimento” no qual determinadas migrações são colocadas, uma realidade na qual o acesso aos cuidados de saúde é limitado e as mulheres migrantes são deixadas em uma posição vulnerável.

Esse sentimento de “não-pertencimento” também se manifesta quando os protocolos de atendimento à saúde da mulher se limitam a uma abordagem heteronormativa, com ênfase na saúde reprodutiva. A Loreto, que ia pela primeira vez a uma consulta ginecológica desde que tinha chegado no Brasil, teve essa sensação de não estar no lugar certo quando foi de cara questionada pelo ginecólogo: “¿Cuántos meses tiene?, [...] sé que é ginecología, pero eso no significa que uno va a ginecologia porque está embarazada o quiere una pastilla anticonceptiva [...] fui allí a solo escuchar reto [...] el tema es que no me hice ni un examen, salí de ahí no me hice nada [...]” (Loreto, chilena, branca, lésbica). Esse exemplo ilustra como as mulheres migrantes podem se sentir excluídas e negligenciadas quando os serviços de saúde não consideram suas necessidades e experiências específicas.

Por outro lado, mesmo as mulheres que buscam atendimento durante a gravidez nem sempre recebem um tratamento adequado, pois outros elementos são tensionados, como a idade da gestante e a percepção de profissionais da saúde sobre o que é considerado uma gravidez de risco. Essa foi a experiência da Mariela:

¿Cuál es el problema de ser mamá a los 40 años? y ahí empecé a ver que [...] a partir de los 35 años ya eres un embarazo de riesgo. Yo quería tener un parto humanizado y eso me lo estaban negando [...] el parto me tenía asustada [...], ver que el embarazo lo tratan como una enfermedad, [...] entonces no te llevas eso con tranquilidad porque todo el tiempo puede estar pasando algo malo ¿Sabes? ¡Eso es bien estresante! Sobre todo,

¹² A Verena Stolcke (1991) também trouxe a debate a xenofobia seletiva baseada em raça e nacionalidade de migrantes, onde argumenta que a xenofobia não afeta a todas as pessoas migrantes indiscriminadamente, muitas vezes poupam a migrantes que são lidos como brancos. Essa seleção de migrantes indesejados, ou seja os não-brancos, carrega consigo uma conotação de racismo, e, nesse contexto, o termo “xenorracismo” para a autora englobaria as duas dimensões.

en ese estado [...].

[...] pasamos a la ginecóloga [...], me dijeron ‘¡ya! empezó el trabajo de parto, te tienes que quedar’, [...] cuando veo que en la receta estaba escribiendo ‘misoprostol’, [...] que es para inducir el parto, yo le dije ‘yo no quiero que me induzcan el parto’ y la tipa me miró así [Mariela faz gesto de desagrado] y lo tachó, y me dijo ‘bueno’, ¡ni siquiera me pregunto!, si no hubiese estado atenta a la receta [...], me hubieran inducido al parto sin que yo quisiera [...]

(*Mariela*, chilena, parda/mestiça, heterossexual, mãe de uma criança).

A vivência da Mariela revela como a idade da gestante e a visão de profissionais de saúde sobre a gravidez podem afetar negativamente o cuidado oferecido. A medicalização excessiva e o tratamento da gravidez como uma doença geram ansiedade e estresse para as mulheres, negando-lhes o direito de um parto humanizado e respeitoso. A falta de diálogo e a imposição de procedimentos sem consentimento também são evidenciados no relato dela, destacando a importância de se levar em conta as preferências e desejos das mulheres durante o processo de cuidado.

Os relatos compartilhados evidenciam as situações de desigualdades enfrentadas pelas mulheres migrantes ao buscarem atendimento nos serviços de saúde, resultando frequentemente em um sentimento de “não-pertencimento”, como visto nos casos de Loreto e Mariela. A falta de sensibilidade em relação às suas necessidades específicas e preferências de cuidados desafia o princípio da equidade, uma vez que a exclusão e a negligência surgem quando as intersecções de raça/cor, nacionalidade, orientação sexual, grau de escolaridade e idade são consideradas hierarquicamente na prestação de serviços de saúde.

Integralidade

A integralidade na saúde do SUS envolve cuidar das pessoas por meio de ações coesas e interligadas, incentivando a promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência aos agravos em todos os níveis. É um dos principais pilares da Atenção Primária, garantindo a assistência integral à saúde do indivíduo e de sua família, com a articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde (Costa de Souza, Menezes de Araújo, Matos Reis Júnior, Nascimento Souza, Benemerita Alves Vilela, e Batista Franco, 2012).

Por isso, conforme mencionado por Rosane Teresinha Fontoura e Cristiane Nunes Mayer (2006), para alcançar a integralidade na saúde, é essencial que profissionais incorporem uma abordagem integral em suas práticas diárias. Isso envolve trabalhar com um conceito amplo de saúde, valorizando a ideia de equipe e ampliando o conceito de cuidado, colocando as necessidades

da pessoa usuária no centro do pensamento e da produção do cuidado. A integralidade busca um sistema de saúde centrado na pessoa usuária, evitando a fragmentação e adotando uma visão holística do indivíduo.

A integralidade busca garantir o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde, oferecendo respostas abrangentes e adequadas, valorizando a pessoa usuária como inserida em uma comunidade. Ao refletir sobre esse princípio, também é importante pensar nas práticas de cuidado, acolhimento e humanização, que são instrumentos para desenvolver uma assistência integral tanto em nível individual quanto coletivo (Fontoura e Mayer, 2006).

A Estratégia Saúde da Família desempenha um papel fundamental na promoção da integralidade na saúde, especialmente por meio da atuação dos agentes comunitários de saúde e do envolvimento da comunidade. Essa abordagem se torna ainda mais evidente ao analisar as experiências de Isabela e Euge, duas pessoas migrantes que tiveram diferentes vivências ao acessar os serviços de saúde do SUS.

Isabela conta que: “[...] En realidad, desde que llegué, la dueña de casa me orientó, me dijo que iba a mandar a una de sus amigas, que era agente de salud, para que me visite y me cadastre. Y fue bien fácil, le presenté el carné boliviano de las tres, el CPF de las tres y pronto, nos dieron el cartón SUS [...] (Isabela, boliviana, indígena, heterossexual, mãe de uma pessoa jovem)”. Assim, Isabela, mesmo sem possuir a documentação migratória brasileira, conseguiu se cadastrar e ter acesso aos serviços do SUS. Essa abordagem integral facilitou sua inclusão e possibilitou o conhecimento dos serviços de saúde disponíveis.

Por outro lado, Euge somente após superar a barreira que a obrigava apresentar um comprovante de residência para obter o cartão SUS, ela conseguiu usufruir da integralidade oferecida pelo sistema de saúde:

[...] una vez que también yo tenía los documentos y que también tenía mi casa, tenía un comprobante de residencia, porque ahí empecé a vivir el SUS de otra manera, venía una agente comunitaria de salud a mi casa, bueno, y con el pre natal, la verdad es que tuve mucho acompañamiento, por parte de la UBS [...].

[...] Después que parí, al día siguiente llegaron a mi casa, el médico, la enfermera de la UBS, la agente comunitaria, para revisarme a mí y al bebé, o sea todo ¡Era muy perfecto! [...]

(Euge, argentina, branca, lésbica, mãe de uma criança)

Essas histórias ressaltam a necessidade contínua de promover uma abordagem inclusiva e acolhedora, com a participação ativa da comunidade no território que reconheça e atenda às necessidades de saúde de todas as pessoas, independentemente de sua origem ou condição migratória. A busca

pela integralidade na saúde deve ser constante, buscando garantir que todas as pessoas tenham acesso a serviços de qualidade, baseados na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência integral em todos os níveis.

As Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS)¹³, é uma via importante para a promoção da saúde, entre os serviços que oferecem está a acupuntura e uso de ervas medicinais, relevantes para somar nos cuidados da saúde, as pessoas migrantes quando tem conhecimento deste serviço o usufruem. Porém, por vezes precisa da referência de uma pessoa médica que nem sempre as ofertam. Na experiência de Loreto, ela teve que insistir ao médico que lhe desse esse encaminhamento:

Cuando foi no médico pela minha alergia [...] había un cartelito bien chiquitito y bien así alejado de dónde te atienden, en donde decía eso de la medicina alternativa y como nunca fui buena de tomar medicamento, [...] ahí pedí eso al médico [...] hubo una resistencia en darme la orden [...] tuve que decirle, yo vi un cartel, una placa fuera y le expliqué que yo quería eso, si es posible darme la orden, igual súper respetuosa, intentando dibujar las palabras... para poder manifestar también lo que yo estaba necesitando, ahí él me dio la orden primero de los medicamentos, de lo que yo necesitaba hacer según perspectiva de él... y cuando continúe, continúe insistiendo que yo quería, necesitaba esa orden para poder recibir este tratamiento, él terminó dándome [...]

(Loreto, chilena, branca, lésbica)

A situação vivida por Loreto ilustra a necessidade de uma maior sensibilização e educação de profissionais de saúde sobre as PICS, assim como uma abordagem mais inclusiva e respeitosa em relação às escolhas terapêuticas das pessoas usuárias dos serviços de saúde. É essencial que profissionais médicos estejam abertos a ouvir as necessidades e preferências das pessoas usuárias, garantindo um diálogo aberto e empático.

Além disso, é importante promover uma divulgação mais ampla e clara das PICS, para que as pessoas possam conhecer e acessar esses recursos terapêuticos complementares. A medicina alternativa pode desempenhar um papel importante no cuidado integral da saúde, oferecendo opções de tratamento mais naturais e menos invasivas. Portanto, é fundamental que as pessoas tenham o direito de fazer escolhas informadas e receber o apoio necessário para acessar os tratamentos alternativos que melhor atendam às suas necessidades individuais.

No contexto da saúde migrante, é ainda mais crucial garantir a disponibilidade e acessibilidade das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde

¹³ Veja-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no link: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/Mzc=>

(PICS), pois essas práticas podem respeitar e valorizar as tradições culturais e crenças das pessoas migrantes, promovendo uma abordagem mais inclusiva e culturalmente sensível. Esse aspecto é confirmado pela pesquisa realizada por Samantha Lynn Serrano (2021), na qual as migrantes bolivianas entrevistadas buscavam o uso de ervas naturais para cuidar da saúde, tanto para tratar doenças menores, como resfriados, quanto como complemento a tratamentos farmacológicos.

Durante a pandemia, a efetivação do princípio da integralidade também foi impactada, pois nem todos os serviços de saúde do território conseguiram manter seu pleno funcionamento. Alguns serviços, como as visitas dos agentes comunitários de saúde, foram limitados. Essas visitas são consideradas essenciais por Marimar, pois ajudavam no agendamento de consultas médicas e no acompanhamento da vacinação. Ela expressa a importância desse serviço ao afirmar:

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

(Marimar, boliviana, heterossexual, mãe de duas crianças)

Essa situação demonstra como a falta dessas visitas domiciliares do pessoal agente comunitário de saúde teve um impacto negativo no cuidado e acompanhamento da saúde das pessoas migrantes durante a pandemia. Essa falta de contato direto também foi observada por Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Romário Correia dos Santos, Dara Andrade Felipe e Agleildes Arichele Leal de Queirós (2021) e Anne Louse de Souza Soares et al. (2022), que relataram a suspensão ou modificação das ações de agentes comunitários de saúde, restringindo as visitas apenas a espaços abertos. Como alternativa, foram adotadas estratégias de comunicação, como o uso de aplicativos, redes sociais e ligações telefônicas, porém essas opções apresentam limitações para as pessoas migrantes que não possuem acesso a dispositivos móveis, crédito ou internet, como possivelmente ocorreu com Marimar.

Diante disso, é fundamental que sejam adotadas medidas para garantir a continuidade e aprimoramento da integralidade na saúde do SUS, especialmente no contexto da migração. É necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde, promovendo uma formação que contemple a abordagem integral e humanizada, bem como relevar a importância das práticas integrativas e complementares de saúde. Além disso, é preciso fortalecer as redes de apoio e parcerias entre os diferentes atores envolvidos na assistência à saúde, como as equipes da Estratégia Saúde da Família, o pessoal agente comunitário de saúde e as organizações da sociedade civil.

A GUIA DO CUIDADO COMO DIREITO

Ao longo deste artigo, enfatizamos a importância de compreender o cuidado em saúde como um direito no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Dividimos as narrativas das vivências de cuidado de nossas interlocutoras por meio dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

O cuidado não deve ser apenas uma prática assistencial, mas sim uma perspectiva abrangente que impulsiona diálogos e reflexões no campo do conhecimento, saberes e práticas em saúde. Ao reconhecer o cuidado como um direito, estamos habilitados a garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde para todas as pessoas, incluindo migrantes, e a exigir que o Estado cumpra seu papel de fornecer as condições necessárias para o exercício desse direito.

No entanto, é crucial abordar os estereótipos e a discriminação presentes nos serviços de saúde pública, pois essas atitudes podem intensificar a sensação de não pertencimento das pessoas migrantes. Essa sensação de não pertencimento pode ter efeitos negativos nos cuidados de saúde, levando à falta de adesão ao tratamento médico, evitando a busca por serviços públicos e até mesmo minando o comprometimento com a defesa do SUS como um direito que também lhes pertence. As experiências compartilhadas pelas interlocutoras revelam a existência de racismo estrutural, estereótipos e preconceitos que afetam negativamente a forma como os profissionais de saúde prestam atendimento. Portanto, é fundamental combater essas práticas discriminatórias para garantir um cuidado justo e equitativo, promovendo a igualdade de acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas.

Nesse sentido, a noção de cuidado como direito deve estar presente desde a concepção das políticas públicas, permeando todas as etapas de sua operacionalização. As pessoas gestoras e profissionais de saúde devem considerar as especificidades e necessidades da população atendida, levando em conta aspectos como gênero, raça, classe social e cultura. Essa abordagem interdisciplinar e sensível às diversidades é fundamental para garantir a efetivação do direito à saúde no contexto do SUS.

A garantia do direito à saúde no âmbito do SUS requer uma visão integral do cuidado, que não se restrinja apenas à saúde física, mas também engloba a saúde mental, emocional e social dos indivíduos. Reconhecer o cuidado como direito implica respeitar a autonomia e a dignidade, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde e valorizando as diversidades e singularidades de cada pessoa.

Portanto, para efetivar o direito à saúde no âmbito do SUS, é imprescindível que as noções de cuidado como direito sejam incorporadas de maneira

transversal e sistêmica nas políticas públicas. Somente assim será possível construir um sistema de saúde mais inclusivo, justo e capaz de atender às necessidades da população de forma integral e equitativa. Ao considerar as demandas específicas das pessoas migrantes e combater ativamente a discriminação, estereótipos e preconceitos, estaremos promovendo uma sociedade mais justa e solidária, onde todos tenham acesso digno aos cuidados de saúde.

Ademais, a pandemia da COVID-19 evidenciou ainda mais a importância do cuidado e da existência de estruturas e pessoal capacitado e disponível para garantir esse direito, juntamente com a implementação de ações intersetoriais que abordem as necessidades básicas das pessoas, como transporte acessível, moradia adequada e segurança alimentar.

Uma outra provocação sobre este tema é que as experiências migratórias relacionadas ao cuidado, especialmente as femininas, nos levam a ampliar o debate sobre esse tema, passando do contexto de um direito garantido por um estado-nação para um direito transnacional. A migração transcende fronteiras e coloca em evidência a necessidade de reconhecer e abordar o cuidado de forma mais abrangente, considerando as complexidades e interseções de gênero, raça, classe social e nacionalidade (López, Guizardi, González Torralbo, Magalhães e Araya, 2022).

A pandemia evidenciou a fragilidade das estruturas de cuidado em todo o mundo, reforçando a necessidade de uma abordagem transnacional para essa questão. As deficiências nos sistemas de cuidado nos países que recebem migrantes, especialmente as mulheres, ressaltam as vulnerabilidades e discriminações interseccionais enfrentadas por essas pessoas.

Como afirma Heloise Siqueira-Garcia, Kassy Gerei Dos-Santos e Leandro Teixeira-Ghilardi (2020) a pandemia da Covid-19 foi uma realidade transnacional que mobilizou relações políticas, sociais, econômicas e jurídicas que exigiam respostas rápidas e eficazes para além das medidas adotadas pelo estado-nação, o que demonstrou claramente que problemas transnacionais requerem de respostas transnacionais, abrindo a discussão da saúde como Direito Transnacional.

A importância de olhar o cuidado como um direito transnacional, abre espaço para o reconhecimento da igualdade de direitos de todas as pessoas, independentemente de sua origem ou condição migratória. Uma abordagem transnacional do cuidado possibilitaria que o direito à saúde e o bem-estar das pessoas migrantes não fosse limitada por fronteiras geográficas ou nacionalidades. Destacando assim, a necessidade de políticas públicas e estruturas de suporte que garantam o acesso igualitário aos serviços de saúde, apoio social e outros direitos fundamentais, independentemente do status migratório.

Além disso, o olhar para o cuidado como um direito transnacional promoveria uma mudança de paradigma, enfatizando a importância de

sociedades inclusivas, que valorizam a diversidade e respeitam a dignidade de todas as pessoas. Isso requer a promoção da colaboração entre países, o reconhecimento da interdependência global e a responsabilidade compartilhada no cuidado, bem como o fortalecimento dos mecanismos de proteção social e o estímulo ao diálogo e à cooperação entre todas as partes envolvidas.

O cuidado não pode ser limitado a um único país ou a um sistema de saúde nacional, mas deve ser encarado como uma questão transnacional que exige uma abordagem integrada e solidária. Ao reconhecer e abordar o cuidado como um direito transnacional, podemos avançar na construção de sociedades mais justas e igualitárias, onde todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade ou condição migratória, tenham acesso a cuidados adequados e dignos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrela Romero, Belén. (2004). La acción social y las mujeres inmigrantes: ¿Hacia unos modelos de intervención?. *Portularia*, 4, 31-42.

Amâncio Dos Santos, Dayse e Barbosa Da Silva, Laurileide (2021). Relações entre trabalho e gênero na pandemia do covid-19: o invisível salta aos olhos. *Oikos: Família E Sociedade Em Debate*, 32(1), 10-34.

Ayres, José Ricardo, Paiva, Vera, Buchalla, Cassia Maria (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. Em Paiva, Vera, Ayres, José Ricardo, Buchalla, Cassia Maria (organizadores). *Livro I: da doença à cidadania. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. (9-22). Curitiba; Brasil: Editora Juruá.

Brage, Eugenia (2023). Migración y salud: reflexiones a partir de una etnografía en centros de salud en São Paulo, Brasil, y Buenos Aires, Argentina, durante la pandemia de COVID-19. *TRAVESSIA - Revista Do Migrante*, 1(95), 39-56.

Brah, Avtar (2016). Diferença, Diversidade, Diferenciação. *Cadernos Pagu*, (26), Campinas-SP, Núcleo De Estudos De Gênero-Pagu/Unicamp, 329-376.

Barros, Fernando Passos Cupertino de, Sousa, Maria Fátima de (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde E Sociedade*, 25(1), 9-18.

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

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Antônio Tadeu De, Silva, Bianca Guimarães (2021). *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Série Migrações*. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra.

Cavalcanti, Leonardo, Oliveira, Antônio Tadeu De, Silva, Bianca Guimarães (2022). *Relatório Anual OBMigra 2022. Série Migrações*. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra.

Crenshaw, Kimberle (2002). A Interseccionalidade da discriminação de raça e gênero. *Cruzamento: raça e gênero. Painel 1*, 7-16. Recuperado de: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253342/mod_resource/content/1/InterseccionalidadeNaDiscriminacaoDeRacaEGenero_KimberleCrenshaw.pdf.

Coelho, Edméia de Almeida Cardoso, Silva, Carla Tatiane Oliveira, Oliveira, Jeane Freitas De, Almeida, Mariza Silva (2009). Integralidade Do Cuidado À Saúde Da Mulher: Limites Da Prática Profissional. *Escola Anna Nery*, 13(1), 154-160.

Costa de Souza, Marcio, Menezes de Araújo, Thamyres, Matos Reis Júnior, Wanderley, Nascimento Souza, Jairose, Benemérita Alves Vilela, Alba, e Batista Franco, Túlio (2012). Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O Mundo Da Saúde*, 36(3), 452-460.

Cymbalista, Renato e Rolnik Xavier, Iara (2007). A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrópole* (17), p. 119-133.

Da Costa Sousa, Aione Maria (2014). Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálisis*, 17(2), 227-234.

Delamuta, Karly Garcia, Mendonça, Fernanda de Freitas, Domingos, Carolina Milena, e Carvalho, Marselle Nobre De (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(8), e00087019.

De Souza Soares, Anne Louise, Freire, Adna Vivianne Rocha, de Vasconcelos Filho, Carlos Roberto Monteiro, Das Neves Costa, Jessyca Alves, Medeiros, Alessa de França Cunha, Pantoja, Jorgeane Pedrosa, e Do Vale Silva, Tatiane Bahia (2022). Covid-19: repercussões na saúde e no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(2). e9693.

Evaristo, Conceição (2020). A Escrivivência E Seus Subtextos. *Escrivivência: A Escrita De Nós: Reflexões Sobre A Obra De Conceição Evaristo*, 1, 26-46.

Fontoura, Rosane Teresinha, e Mayer, Cristiane Nunes (2006). Uma Breve Reflexão Sobre A Integralidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 59(4), 532-536.

Foucault, Michel (2002). *La Arqueología del Saber*. 1ª edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

Guerra, Katia, e Ventura, Miriam (2017). Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(1), 123-129.

Haraway, Donna (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 07-41.

Haraway, Donna (2009). Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. Em Tadeu Tomaz (organizador), *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano* (pp. 33-118). Tradução de Tomaz Tadeu, 2ª edição. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: Informações sobre domicílios e acesso e utilização dos serviços de saúde*.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2020). *Mapeamento dos Profissionais de Saúde no Brasil: Alguns Apontamentos em Vista da Crise Sanitária da Covid-19. Nota Técnica 2020 - Abril - Número 30*.

Lagarde, Marcela (2003). Mujeres cuidadoras entre la obligación y la satisfacción. En SARE 2003 “*Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado*”. Bilbao: Emakunde. Recuperado de: https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf

López, Eleonora, Guizardi, Menara, González Torralbo, Herminia, Magalhães, Lina, e Araya, Isabel (2022). Cuidados e migração: um guia de leituras. *Périplos: Revista De Estudos Sobre Migrações*, 6(2).

Méllo, Lívia Milena Barbosa de Deus E, Albuquerque, Paulette Cavalcanti De, Santos, Romário Correia Dos, Felipe, Dara Andrade, e Queirós, Agleildes Arichele Leal De (2021). Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e210306.

Neves, Sofia, Nogueira, Conceição (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 18(3), 408-412.

Olesen, Virginia (2006). Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. Em: Denzin, Norman, e Lincoln, Yvonna (Organizadores). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (pp. 219-256). Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, Déborah Cristina, e D'elboux, Maria José (2012). Estudos Nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 65: 829-838.

Oliveira, Luana Carvalho De (2022). *Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional*. (Dissertação de Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto.

Patriota, Elizabete Bezerra, e Amorim, Vilma Leite Machado De (2021). (In)Dignidade Menstrual: A face feminina da pobreza. Em: *Conhecimento dissidente, cura coletiva e novas modulações da experiência*. V Seminário Internacional Desfazendo Gênero, Alagoas.

Pinheiro, Roseni, e Mattos, Ruben Araújo De (2006). *Cuidado: As Fronteiras Da Integralidade*. Rio De Janeiro, Brasil: CEPESC/UERJ, ABRASCO.

Piscitelli, Adriana (2012). Interseccionalidades, direitos humanos e vítimas. Em: Miskolci, Richard, e Pelúcio, Larrisa (Organizadores). *Discursos Fora Da Ordem: Sexualidades, Saberes e Direitos* (pp. 199-226). São Paulo: Annablume Editora, FAPESP.

Ribeiro, Clara Lemme (2019). Apontamentos sobre experiências contemporâneas femininas de migrações e trabalho. *Geografias*, (28), 200-223.

Rocha, Rudi, e Szklo, Michel (2021). Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. *APS EM REVISTA*, 3(1), 66-74.

Sales, Orcélia Pereira, Vieira, Anderson Fernando Barroso, Martins, Antonio Marques, Garcia, Leandro Guimarães, e Ferreira, Ruhena Kelber Abrão (2019). O Sistema Único de Saúde: Desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades e Inovação*, 6(17), 54-65.

Sen, Amartya (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 11, n. 5/6, 302-309.

Serrano, Samantha Lynn (2021). *Cuidados sem fronteiras-mulheres imigrantes bolivianas, maternagem e saúde na Grande São Paulo* (Tese de doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Shuña, Rocio Bravo; Carbassa, Nuria Margarit (2020). A Política Municipal para a População Imigrante: reflexões a partir de uma perspectiva de gênero. Em: Mariana Prioli Cordeiro; Maria Fernanda Aguilar Lara; Henrique Araújo Aragusuku; Rodolfo Luís Almeida Maia (Organizadores). *Pesquisas em psicologia e políticas públicas II* (pp. 158-175). 1ª edição. São Paulo: IPUSP, v. 2.

Siqueira-Garcia, Heloise, Dos-Santos, Kassy Gerei, e Teixeira-Ghilardi, Leandro (2020). A pandemia da Covid-19 como realidade transnacional. *Opinión Jurídica*, 19(spe40), 495-512.

Stolcke, Verena (1991). Sexo está para gênero assim como raça para etnicidade?. *Estudos Afroasiáticos*, (20), 101-119.