



Redressing Gendered Health
Inequalities of Displaced
Women and Girls

Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas no Brasil

Sumário executivo



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSITY OF
Southampton

INTRODUÇÃO

*R*edressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in contexts of Protracted Crisis in Central and South America (ReGHID) é um projeto interdisciplinar e multicêntrico, do qual fazem parte organizações e universidades do Reino Unido, El Salvador, Honduras, Colômbia e Brasil, cuja coordenação geral é feita pela Universidade de Southampton. No Brasil, a pesquisa é coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Maranhão.

Este projeto visa contribuir na construção de novos conhecimentos e evidências sobre os desafios relacionados aos direitos à saúde sexual e reprodutiva enfrentados por mulheres e adolescentes, em situações de deslocamento forçado prolongado, na América Central e do Sul. Nesse sentido, este estudo reconhece a importância da saúde sexual e reprodutiva como elemento central para o desenvolvimento internacional, e busca refletir sobre as responsabilidades dos Estados frente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o objetivo 3.7, qual seja, assegurar o acesso universal a serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, bem como o objetivo 5.6, isto é, assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos. Como consequência, será possível propor estratégias baseadas em direitos e nos acordos e programas internacionais, sensíveis a questões de gênero, para incentivar o desenvolvimento de políticas com respostas abrangentes às questões de mulheres migrantes venezuelanas. Com base nisso, este sumário executivo tem os objetivos seguintes:

1 • Identificar as necessidades de saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes migrantes de Venezuela ao Brasil;

2 • Analisar os desafios enfrentados por mulheres e adolescentes migrantes no que tange ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva;

3 • Avaliar o impacto do deslocamento forçado nos sistemas de saúde locais, e as obrigações do Estado de destino e trânsito para a garantia de direitos;

4 • Produzir novos dados de pesquisa sobre as necessidades e desafios de mulheres e adolescentes que migraram para o Brasil como consequência da crise humanitária na Venezuela.

Espera-se que este documento possa contribuir para dar visibilidade às situações relatadas e, assim, possibilitar a qualificação de atendimento e a elaboração de estratégias e políticas mais adequadas e inclusivas, voltadas para as necessidades das mulheres e adolescentes migrantes.

CONTEXTO

A Venezuela vive uma crise humanitária sem precedentes, marcada pela fome e falta de acesso à saúde, razão pela qual mais de 7 milhões de venezuelanos deixaram forçosamente seu país em busca de melhoria de vida desde 2016. Esta realidade atinge a todos em geral, mas seus efeitos são distintos em homens e mulheres, principalmente considerando suas responsabilidades de cuidado. Isto fica claro, por exemplo, no caso de mulheres grávidas, as quais, de acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos¹, foram particularmente afetadas pela crise alimentar na Venezuela, com altas taxas de grávidas subnutridas e aumento de mortalidade materna e infantil no país. Essa crise humanitária, portanto, afeta a saúde sexual e reprodutiva, com aumento de infecções sexualmente transmissíveis, como HIV, maiores taxas de mortalidade materna, maior risco de gravidez indesejada – majoritariamente entre adolescentes – e, conseqüentemente, abortos de risco², acesso limitado (ou falta de acesso) a pré-natal e acompanhamento puerperal. Além das dificuldades de acessar métodos contraceptivos, com estoques tendo caído 90% desde 2005³, na Venezuela. Nestas condições, não surpreende que, desde 2016, metade da população migrante venezuelana consiste em mulheres e meninas, que forçosamente migram, principalmente, a países vizinhos, sendo o Brasil um destino comum para muitas delas.

Até janeiro de 2023, o Brasil recebeu, no total, cerca de 414.000 refugiados e migrantes venezuelanos. Em Roraima e no Amazonas, o aumento populacional após a chegada de migrantes exerceu uma enorme pressão sobre os serviços públicos locais, que ficaram sobrecarregados,

principalmente, no setor da saúde. Neste contexto, não surpreende que, em 2017, o governo de Roraima tenha declarado estado de emergência. Em 2018, foi criada a Medida Provisória 820 (convertida em Lei nº 13.684/2018), a qual estabeleceu medidas de assistência emergencial à população venezuelana em situação de vulnerabilidade, bem



como os Decretos 9.285 e 9.286, ambos de 2018⁴, que reconheceram a situação de vulnerabilidade de migrantes no Estado de Roraima e a crise humanitária na Venezuela, e foram marcos da instituição da Operação Acolhida.

A Operação Acolhida é uma iniciativa federal e interinstitucional envolvendo as Forças Armadas, outros setores e serviços governamentais, bem como organizações não-governamentais e internacionais, que presta suporte aos governos locais na recepção de migrantes e promove ordem e controle nas regiões de fronteira e cidades mais afetadas⁵. Foi oficialmente projetada para oferecer apoio humanitário, através do fornecimento de abrigo, alimentação e serviços de saúde, bem como de realocação voluntária interna a migrantes venezuelanos em Roraima.

Atualmente há 7 (sete) abrigos ativos em Boa Vista e Pacaraima administrados pela Operação, com mais de 7.000 (sete mil) migrantes abrigados, bem como espaços temporários para pernoite para migrantes desabrigados, disponíveis nas rodoviárias de Boa Vista e Manaus. No que se refere aos serviços de saúde, o reforço oferecido por meio da Operação Acolhida foi essencial para garantir esse direito constitucional na prática. Nesse sentido, a Operação teve muitos impactos positivos na disponibilidade local de serviços e no acesso a direitos socioeconômicos básicos para migrantes. No entanto, os números crescentes de venezuelanos recém-chegados desafiaram sua capacidade de abrigamento e demonstraram os limites da Operação, tendo em vista o crescimento de até 200% de venezuelanos em situação de rua à espera de documentação, situação inédita desde os momentos mais agudos do fluxo migratório venezuelano em 2017 e 2018⁶. Além disso, os serviços de saúde em Roraima também foram fortemente impactados, tanto pelo aumento do número de pacientes quanto pela gravidade de suas condições, com casos de surtos de sarampo entre venezuelanos não vacinados.

Apesar de existir um marco normativo mundialmente reconhecido como progressivo, a resposta inicial aos movimentos venezuelanos no Brasil foi de natureza restritiva, com múltiplas denúncias de deportações coletivas. As diversas alternativas migratórias temporárias criadas, muito embora tenham caráter positivo, não foram suficientes para resolver o problema da irregularidade em geral, e coexistiram com uma recusa em reconhecer a condição de refugiados aos venezuelanos, algo que mudou apenas em meados de 2019. Além disso, a regularização migratória foi inviabilizada entre 2020 e 2021, quando o Brasil fechou a fronteira do país com a Venezuela devido à pandemia do Covid-19 e impossibilitou o trânsito regular de novos migrantes venezuelanos ao país. Como consequência, a jornada migratória se tornou irregular, mais dificultada, cara e perigosa, principalmente para mulheres e meninas, com aumento dos riscos e vulnerabilidades relacionados à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos correspondentes. Mesmo após a abertura das fronteiras, barreiras de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva permaneceram evidentes

devido a fatores sociais, culturais, institucionais e de gênero, identificados neste estudo.

O projeto ReGHID considera que o processo e a condição migratória são determinantes sociais da saúde, com consequências de gênero, como no caso do corredor migratório Venezuela-Brasil. Consequentemente, apresentamos evidências neste Sumário para criação de políticas informadas e que dão respostas a essa população, reparando e corrigindo fatores que afetam as necessidades de saúde e de acesso a serviços, em geral, e de saúde sexual e reprodutiva, em particular, de mulheres e adolescentes, no país de origem, ao longo da trajetória de migração e após a chegada no Brasil. Mulheres e meninas venezuelanas, nesse sentido, muito embora migrem em busca de proteção, passam a correr mais e diferentes riscos devido à sua condição de mulher migrante.

MÉTODO

Esta investigação foi desenvolvida com metodologias mistas, de abordagem quantitativa e qualitativa, entre 2020 e 2023. Os dados foram coletados em Pacaraima (RR), e em três capitais, isto é, Boa Vista (RR) e Manaus (AM), por concentrarem os maiores números de migrantes venezuelanos no país, bem como São Luís (MA), haja vista que a rota de migração no Nordeste vem assumindo grande importância na mobilidade de migrantes da etnia indígena Warao. Note-se que apenas a pesquisa qualitativa foi realizada no Maranhão.

Em janeiro de 2020 foi realizada uma visita exploratória em Boa Vista e Manaus, para o delineamento das etapas quantitativa e qualitativa do projeto. A coleta de dados buscou mulheres e adolescentes migrantes venezuelanas com idade entre 15 e 49 anos, que chegaram ao Brasil entre 2018 e 2021. Os dados da pesquisa qualitativa foram obtidos, nas quatro cidades, por meio de observação participantes e entrevistas semiestruturadas online ou presenciais, grupos focais ou histórias de vida, totalizando 172 mulheres e 74 gestores, profissionais de saúde e agentes de instituições governamentais e não governamentais envolvidos em atividades relacionadas ao contexto migratório e da saúde. Os dados quantitativos, por sua vez, foram coletados em dois inquéritos, em Manaus e Boa Vista. No primeiro foram entrevistadas 2.012 mulheres entre julho e setembro de 2021. Utilizou-se o método de amostragem “Respondent Driven Sampling” (RDS) que permitiu, após correções estatísticas, alcançar uma amostra representativa da população de mulheres venezuelanas migrantes, que chegaram ao Brasil entre 2018 e 2021. Este estudo teve como objetivo conhecer o processo migratório e avaliar os impactos da migração forçada sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres venezuelanas. No segundo inquérito, de base hospitalar, e seguindo a pesquisa Nascer no Brasil⁷, foram entrevistadas 575 mulheres brasileiras e 315 venezuelanas que pariram entre junho e novembro de 2022. O objetivo deste estudo foi

conhecer e comparar a atenção ao parto e as características obstétricas, assim como os desfechos clínicos entre as puérperas brasileiras e venezuelanas.

Todos os protocolos éticos observaram os princípios nacionais de ética em pesquisa com seres humanos do Brasil, de acordo com a Resolução nº 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como do Conselho Econômico e Social e da Universidade de Southampton, ambos no Reino Unido.

RESULTADOS

Motivo da migração de Venezuela ao Brasil

Os dados quantitativos demonstram que os principais motivos referidos pelas mulheres para emigrar foram: dificuldade de conseguir alimento (54%); dificuldade para acessar assistência à saúde (37,8%); violência e insegurança (27,3%) e busca por trabalho (23,2%). Esses resultados foram também detalhados nas narrativas das mulheres que

participaram da pesquisa qualitativa, com relatos da crise econômica na Venezuela, salários precários, falta de emprego, pouco acesso a serviços essenciais, tais como água, alimentação e educação e a precariedade dos serviços de saúde. Para algumas entrevistadas, o acesso gratuito e universal ao sistema de saúde brasileiro foi um elemento importante na decisão de migrar. Para aquelas que migraram por motivos de saúde, necessidades específicas de acesso a medicamentos e tratamentos de saúde complexos, como cirurgias e exames, foram preponderantes. A busca pela reunificação da família também foi frequentemente relatada, tanto como motivo da migração para as mulheres que já tinham familiares no Brasil, quanto para aquelas que vieram e deixaram os próprios filhos e pais na Venezuela.

Deslocamento

Quase a totalidade das mulheres e adolescentes venezuelanas atravessou a fronteira terrestre por Pacaraima (RR), a maioria de origem dos distritos de Bolívar, Anzoátegui e Monaguas, os mais próximos geograficamente do Brasil. Vieram acompanhadas de familiares (87%), principalmente dos parceiros, e quase 8% delas chegaram grávidas. Foram identificadas várias formas de deslocamento que impuseram diferentes riscos ao longo do percurso, desde o

local de origem até a chegada ao destino, principalmente quando a mulher se deslocava sozinha e/ou na companhia de outras mulheres e crianças.

Durante a pandemia de Covid-19, com as fronteiras fechadas, as condições de travessia se tornaram ainda mais perigosas, pois foram realizadas por caminhos irregulares e de maior risco, denominados “trochas”. Nessas condições, o perigo de violência, especialmente sexual, realizada por “trocheros”, pessoas que realizavam o traslado delas para o Brasil, era constante, pois em alguns casos exigiam favores sexuais como forma de pagamento adicional e não previsto. Extorsão, roubos, condições geográficas adversas, longas caminhadas, fome, sede e cansaço, dificuldade de acesso a banheiro, especialmente durante o período menstrual, se apresentaram como dificuldades adicionais e criaram riscos

específicos à saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, mulheres que migraram quando a fronteira estava aberta relataram maior facilidade para conseguir documentos de identidade, menores riscos de roubos e exposição a violências, apesar de enfrentarem filas e, às vezes, dias em situação de rua.



A chegada ao Brasil

Ao chegar ao Brasil, o desconhecimento da língua portuguesa é impactante no trato com as autoridades de recepção. Muitas mulheres já se encontram com uma saúde mais fragilizada e emocionalmente vulneráveis. Mesmo as que entram regularmente, podem passar dias em situação de rua, sem acesso a locais que lhes possibilite manter a higiene íntima, por exemplo. A falta de abrigo e a demora em obter documentação, aumentam ainda mais os riscos à saúde sexual e reprodutiva e à saúde mental.

No âmbito dos abrigos, chama atenção as condições de organização do espaço. São locais de concentração de muitas pessoas desconhecidas com controle rigoroso de entradas e saídas. Assim a vida nos abrigos é marcada por regras com horários e tempos bem definidos. As “carpas”, espaços destinados a cada família, são pequenas e desconfortáveis.

Para as migrantes que chegaram irregulares, a obtenção de informações relacionadas à documentação e à saúde é mais difícil e demorada, e destacaram o medo de serem deportadas. Mulheres com filhos têm ainda mais dificuldades, por falta de redes de cuidado sociais ou institucionais que lhes dêem apoio. Muitas, portanto, permanecem desempregadas ou em trabalhos informais, e correm risco,

consequentemente, de maior exploração. Essas mulheres saíram de seu país de origem em busca de melhor qualidade de vida e continuam enfrentando empregos precários e mal remunerados, condições de moradia inadequadas, caras e ruins e transportes precários.

PERFIL DAS MIGRANTES VENEZUELANAS

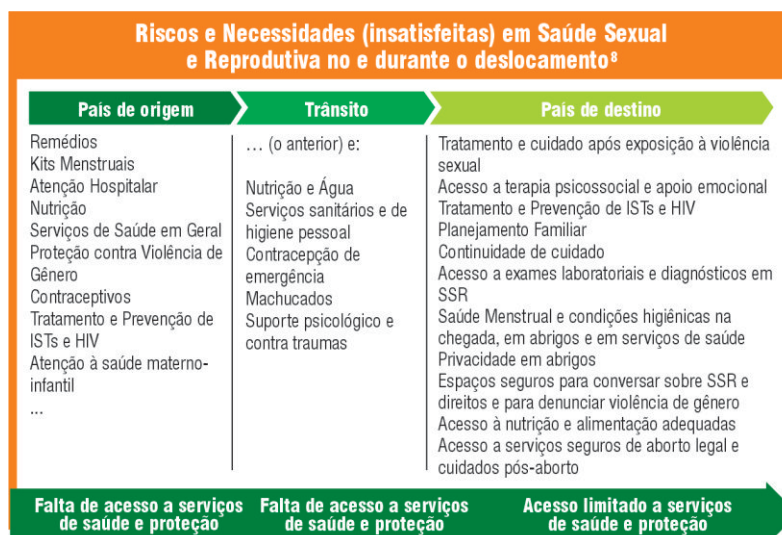
A maioria das mulheres entrevistadas no inquérito quantitativo é jovem, entre 24 e 35 anos de idade (sendo 14% adolescentes), com ensino médio completo, e autodeclaradas pardas (66%), com companheiro (61%) e alta fecundidade. Quase todas tiveram acesso a documentos pessoais, principalmente o CPF (91%) e o Cartão SUS (72%). A maioria ou era solicitante de refúgio, ou residente temporário/permanente e 13% estavam em situação irregular.

Grandes diferenças foram observadas quanto às condições socioeconômicas entre as que residiam em Manaus e em Boa Vista, muito embora sejam evidentes, em ambas as cidades, a falta de empregos formais e as altas taxas de vínculos empregatícios precários. Em Manaus, como já chegaram há mais tempo do que em Boa Vista e porque não há a mesma disponibilidade de abrigos, a maioria das entrevistadas viviam em residências individuais (74%), tinham renda familiar entre meio e um salário mínimo e quase a metade delas tinha trabalho remunerado no último mês, embora apenas 4% com trabalho formal. 38% das migrantes residentes em Manaus receberam algum apoio financeiro do governo brasileiro. Em Boa Vista, 68% das mulheres viviam em abrigos. Apesar de que 66% delas não tinham nenhuma renda familiar e que apenas 12% das mulheres tiveram trabalho remunerado no mês que antecedeu sua entrevista, somente 9% recebiam ajuda governamental. 3% das entrevistadas não tinham local de moradia, percentual que pode ser ainda maior pela dificuldade de acessar mulheres em situação de rua.

PRINCIPAIS NECESSIDADES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E ACESSO AOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES

As mulheres e adolescentes, sobretudo as migrantes forçadas, são especialmente vulnerabilizadas pelas condições de risco sofridas durante o deslocamento. As participantes deste estudo enfrentaram sérios desafios à saúde, como riscos de estupro, agressão, assédio e outras ameaças relatadas nas entrevistas qualitativas. Estas situações, ampliadas pela pobreza, estigma, exclusão social e diferenças culturais, incluindo acesso inadequado a serviços de

atendimento à saúde, quando em trânsito, em locais de fronteira e em assentamentos, representam desafios para a saúde reprodutiva e sexual já comprometida em seu país de origem. As evidências produzidas por este estudo identificaram as seguintes necessidades em saúde sexual e reprodutiva durante (e devido ao) o processo de



deslocamento da Venezuela ao Brasil:

As participantes deixaram claro em suas narrativas que suas necessidades vão além do acesso e uso de preservativos, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e pré-natal. Foram destacadas também necessidades de informação em geral e sobre planejamento familiar de maneira mais profunda, bem como sobre os prós e contras dos muitos métodos contraceptivos. Particularmente, as entrevistadas manifestaram interesse pelo uso do DIU, ligadura de trompas, injeções e pílulas. Relataram maior acesso a métodos contraceptivos no Brasil, quando comparado com a Venezuela. 63% das mulheres ativas sexualmente referiram que os parceiros não utilizaram preservativo nenhuma vez nos últimos 12 meses. Apenas metade das mulheres com vida sexual ativa (53%) relatou usar algum contraceptivo, sendo o mais usado o anticoncepcional injetável (15%). Esse percentual é menor do que o observado nas brasileiras (80%). Para as participantes adolescentes, que ainda não iniciaram a vida sexual, foram identificadas principalmente a necessidade de espaços e profissionais que gerem confiança e transmitam informações adequadas, sem vieses morais e religiosos.

Quanto à utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva, mulheres e adolescentes migrantes destacaram conseguir acessar ao exame preventivo por meio do SUS, inclusive a realização, em conjunto, de testes de rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), suprimindo algumas de suas necessidades. Dentre as mulheres que relataram, no momento da entrevista, uso dos serviços nas últimas duas semanas (32%), os principais motivos foram: enfermidades (23%); prevenção, cuidados periódicos de

saúde ou puericultura (19%) e vacinação (17%). Um total de 69% realizaram o exame de Papanicolau nos últimos 3 anos e 40% destas fizeram o exame no Brasil. Muito embora mais de 70% das venezuelanas auto-avaliaram o seu estado de saúde como bom e muito bom, seu uso do sistema de saúde foi mais que o dobro do uso feito por mulheres brasileiras da mesma idade e região e pode refletir demanda reprimida no país de origem, assim como novas demandas geradas no processo do deslocamento. Mulheres que sofreram violência no percurso migratório ou no Brasil e que deixaram filhos na Venezuela relataram uma pior auto-avaliação de sua saúde.

BARREIRAS E FACILITADORES DE ACESSO À SAÚDE

O Brasil se destacou devido a uma das respostas mais progressivas em política migratória e de proteção a migrantes e refugiados na América Latina. O estabelecimento da Operação Acolhida foi essencial para a atenção sanitária e para apoiar serviços de saúde locais e de proteção social, que ficaram sobrecarregados com o aumento populacional em Roraima. Isto foi particularmente evidente em Pacaraima,

Em foco

Atenção pré-natal e ao parto

Os dados do inquérito hospitalar, mostraram que as características Clínicas e Obstétricas de brasileiras e venezuelanas não apresentaram diferenças para os antecedentes clínicos e taxa de cesariana prévia, mas as venezuelanas tiveram menos diabetes gestacional. Brasileiras e venezuelanas tiveram o mesmo acesso ao atendimento pré-natal, atingindo mais de 95% das puerperas entrevistadas. No entanto, as venezuelanas iniciaram o pré-natal mais tardiamente e apresentaram menor número de consultas, o que pode estar relacionado à chegada de algumas delas ao Brasil com a gravidez já iniciada ou haverem obtido informação sobre seus direitos e pré-natal de maneira tardia.

Apesar da percepção favorável da atenção pré-natal recebida no Brasil, uma das grandes dificuldades enfrentadas foram as diferenças culturais. Por causa do idioma, muitas vezes mulheres e adolescentes venezuelanas não entendiam as recomendações feitas durante o atendimento e, em outras, relatavam que o profissional recusava o atendimento por considerar impossível compreendê-las. O desconhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde também afetou muitas no acesso aos cuidados pré-natais nos serviços públicos, o que fez com que algumas mulheres, apesar da carência material, tenham buscado serviços privados, indicados pelas próprias mulheres venezuelanas, com médicos com domínio de língua espanhola.

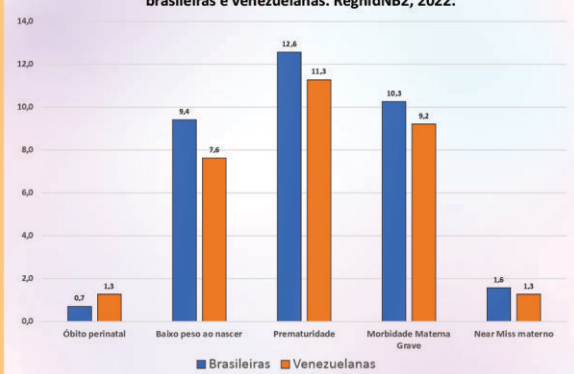
Dentre as participantes entrevistadas, nenhuma relatou ter recebido visitas domiciliares de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), situação possivelmente agravada pela não adscrição a uma Unidade Básica de Saúde.

Em relação à via de parto, as venezuelanas realizaram mais parto vaginal do que as brasileiras e não houve diferença com relação ao profissional que acompanhou o trabalho de parto e parto. No entanto, as venezuelanas tiveram menor acesso a tecnologias apropriadas ao trabalho de parto como deambulação e procedimentos não farmacológicos para alívio da dor, provavelmente como reflexo das barreiras culturais e linguísticas entre os profissionais de saúde e as parturientes. Foi baixa a frequência de intervenções não recomendadas em ambos os grupos de mulheres.

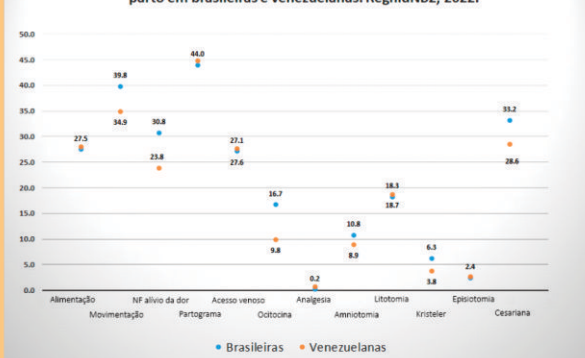
Com relação ao direito de ter e escolher a presença de acompanhante durante todo o processo de parto, identificou-se que 1 de cada 3 mulheres venezuelanas não gozaram deste direito de maneira integral, semelhante ao verificado para as brasileiras. Esta boa prática foi valorizada e destacada na fala das mulheres por não ser um direito garantido na Venezuela, e é parte da política de parto humanizado no Brasil.

Quanto aos desfechos gestacionais, não houve diferenças para a mortalidade fetal ou neonatal. O peso e a idade gestacional dos recém-nascidos das migrantes são equiparáveis aos das brasileiras com alta prevalência de nascimento pré-termo (12%) e termo precoce (27%). A Morbidade Materna Grave ocorreu em 10% nos dois grupos e o Near Miss Materno, em 1,4%.

Prevalência (%) de desfechos perinatais em brasileiras e venezuelanas. ReghidNB2, 2022.



Prevalência (%) de boas práticas e intervenções no trabalho de parto e parto em brasileiras e venezuelanas. ReghidNB2, 2022.



Os indicadores de desfechos gestacionais para a puerpera e o recém-nascido são semelhantes nos dois grupos, e, de um modo geral, muito desfavoráveis. Carências de ordem social e econômica, comuns às brasileiras e venezuelanas, respondem por parte desses resultados.

Além disso, problemas na qualidade da atenção à gestação e ao parto, impediram a prevenção de desfechos evitáveis por atendimento adequado, apontando para a necessidade de aprimoramento.



região de fronteira, onde existem duas unidades de atenção primária, e não há maternidade; a mais próxima está situada a 200 km, em Boa Vista. O atendimento nessas unidades era visto pelas usuárias como deficitário, devido ao baixo número de profissionais de saúde. Organizações internacionais contribuíram com kits de higiene, cestas básicas e, inclusive, assistência médica ofertadas pelos Médicos sem Fronteiras e Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (Adra) para tentar suprir a demanda. Apesar de relatarem conseguir o acesso a consultas médicas, para algumas entrevistadas esse momento deixou a desejar, e sentiram falta de um exame clínico mais detalhado e de maior ênfase na atenção integral e não na queixa individual. Em termos de violência sexual, as vítimas de abuso ou estupro, sobretudo em caso de necessidade de interrupção legal e voluntária da gravidez, relataram exigências que criaram constrangimentos e dificuldades que culminaram, por vezes, na desistência ao atendimento.

Boa Vista, por sua vez, tem uma maternidade pública que registra o maior número de partos do país e possui a única UTI Neonatal do estado. Na perspectiva de profissionais de saúde, o número de mulheres em final de gestação sem consulta de pré-natal era alto, assim como casos de HIV, hepatite B e C, sífilis e tuberculose. Profissionais de saúde da atenção primária reclamavam que não tinham acesso aos abrigos para fazer busca ativa de tuberculose. Identificou-se uma rede articulada entre diferentes agências (Estado, Organizações Internacionais e ONGs) para o atendimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes. Essa cooperação, que ampliou a oferta assistencial, também resultou na sobreposição de atividades. A criação de um Núcleo de Saúde (NSA) em Roraima, pela Operação Acolhida, exclusivo para migrantes venezuelanos, com o intuito de reduzir a sobrecarga do SUS, tampouco diminuiu o fluxo de atendimento.

Em Manaus, as secretarias de estado e do município estabeleciam vínculos com Organizações internacionais, ONGs e instituições religiosas para a assistência aos migrantes e suas famílias. A proximidade das unidades básicas de saúde foi destacada como vantagem para o acesso a consultas médicas, vacinas e exames. Já em São Luís, a migração foi numericamente muito menor do que nos demais lugares, e caracterizada majoritariamente pela população indígena da etnia Warao. A Secretaria de Direitos Humanos e Participação Popular (SEDHIPOP) teve atuação de coordenação da atuação junto a essa população. A assistência à saúde foi garantida por uma ação do estado, denominada Força Estadual de Saúde (FESMA). A partir de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMecas) e o Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN), uma organização da sociedade civil, por meio do Ministério da Cidadania, foi criado o Centro de Referência para o Atendimento à Imigrantes e Refugiados (CRIR).

Apesar destas estratégias, barreiras ao exercício do direito à saúde e outros direitos humanos formam parte da

experiência cotidiana de muitas migrantes venezuelanas. Essas barreiras são múltiplas e têm consequências no acesso e uso dos serviços de saúde. Distâncias, dificuldade de transporte, dispêndio de tempo e gasto com alimentação, pobreza e discriminação, bem como questões culturais e de idioma, consistem nas principais barreiras de acesso à saúde, como visto no gráfico abaixo.

Embora muitas entrevistadas tenham assinalado positivamente o acesso a um serviço de saúde público, gratuito e universal, chamaram atenção para fatores restritivos, tais como a dificuldade de comunicação com os profissionais que as atendiam. Ressaltaram, ainda, insatisfação acerca da recorrente ausência de informações claras e precisas em relação ao cartão do SUS, o que ocasionava desdobramentos negativos na utilização dos serviços de saúde.

Na perspectiva dos profissionais de saúde entrevistados, o grande número de filhos e a recusa à amamentação eram vistos como características das mulheres venezuelanas em geral e alvo de críticas, revelando a estigmatização sofrida por mulheres e adolescentes venezuelanas migrantes a nível institucional, e as decorrentes barreiras de atenção nos serviços de saúde.



Barreiras de acesso a Saúde Sexual Reprodutiva (SSR) a mulheres e adolescentes migrantes venezuelanas e consequências⁹

IDIOMA

Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde e/ou Inacessibilidade; Falta de Compreensão em Tratamentos de Saúde; Discriminação; Dependência; "Falta de VOZ".

POBREZA

Restrição de Escolhas; Situação de Rua; Sexo Transacional ou para a Sobrevivência; Exploração Laboral e Sexual; Tráfico de Mulheres; Possibilidade Restritas de Executar Tarefas de Cuidado; Condições Financeiras para Acessar Saúde (Remédios, Transporte).

DISCRIMINAÇÃO

Impactos no Comportamento de Busca por Serviços de Saúde; Violência Obstétrica; Violência Institucional e Interpessoal; Estigmatização; Stress Psicológico.

INSENSIBILIDADE CULTURAL

Discriminação, Violência Institucional e Obstétrica, Separação Familiar Involuntária; Falta de Remédios e Nutrição Tradicionais; Saúde Materno-Infantil Inadequada.

BARREIRAS INSTITUCIONAIS

Treinamento de Profissionais de Saúde Desadequado e Sem Sensibilidade com População Migrante; Práticas Discriminatórias; falta de Suporte e Políticas Sensíveis às Necessidades da População LGBT+ Migrantes; Interrupção Tratamentos Físicos e Psicológicos; Instalações Limitadas para Cuidado às Crianças; Falta de Disponibilidade de Produtos de Higiene Menstrual; Falta de Espaços Seguros; Mecanismos Inadequados para Feedback; Burocracia.

NECESSIDADES (NÃO ATENDIDAS) EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

FALTA DE INFORMAÇÃO

Acesso Limitado a Serviços de Saúde Adequados; Contraceptivos; Produtos de Saúde menstrual; Continuidade de Tratamento e Atenção em SSR; Habilidade Limitada de Buscar e Acessar Serviços de Saúde e Documentação.

RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DE CUIDADO

Violência com Base em Gênero; Assédio; Abuso; Tempo Limitado para Buscar Serviços de Saúde; Repriorização de Necessidades; Estigmatização.

ESTATUS MIGRATÓRIO/MODALIDADE DE DESLOCAMENTO

Discriminação; Estigmatização; retorno Forçado; Violência Baseada em Gênero; Riscos em SS; Gravidez Indesejada; Acesso Limitado a Serviços de Saúde; Violência Institucional; Separação Involuntária de Famílias; Falta de Informação em Saúde Sexual e Reprodutiva e Serviços Correspondentes.

TRABALHO INFORMAL E PRECÁRIO

Violência Baseada em Gênero; Insegurança com Base no Gênero e Sexualidade; Assédio; Falta de Acesso a Serviços; Falta de Direitos Trabalhistas; Falta de Rede de Segurança; Exploração Laboral e Sexual; Desemprego; Exaustão e Esgotamento Mental e Físico.



MULHERES TRANS¹⁰

Acrescentadas às situações vivenciadas por todas as mulheres, destacam-se, para as mulheres trans, dificuldades de viver suas identidades de gênero na Venezuela, onde elas vivenciam uma teia de opressões, iniciada muitas vezes ainda na família, que culmina com barreiras de ordem social, como desemprego, baixa escolaridade, dificuldades econômicas e de relacionamentos afetivos, dentre outros.

Ao chegarem ao Brasil, em sua maioria, desacompanhadas, têm expectativas de obter maior liberdade pessoal e melhores oportunidades econômicas. As condições de abrigo são desafiadoras devido à transfobia; há diversos relatos de violência, perpetrada pelos próprios venezuelanos que vivem em abrigos. Essa realidade, associada a regras institucionais exacerbadas, fazem com que, por vezes, mulheres transsexuais ou transgênero fiquem em situação de rua, onde correm o risco de serem vítimas de ainda mais violência, seja por brasileiros ou venezuelanos. Foram identificados pouquíssimos abrigos específicos para a população LGBT+, apesar da necessidade patente.

Dificuldades para empregos formais, potencializadas por sua identidade de gênero, fazem com que muitas mulheres transsexuais ou transgênero se encontrem desempregadas, em situação de mendicância ou de trabalho sexual, o que, por sua vez, aumenta seus riscos em saúde sexual. O apoio de organizações humanitárias, muito embora presente, se faz por meio de muitas palestras sobre infecções sexualmente transmissíveis, e poucas ações para facilitar o acesso aos serviços de proteção e saúde. A gratuidade do atendimento proporciona a esperança de acesso a procedimentos para transição de gênero, hormonização, e colocação de prótese mamária, muito embora relataram não ter clareza sobre como obter certos serviços. As tensões existentes nas trajetórias de vida e de migração são potencializadas pela baixa articulação das políticas migratórias e de saúde com as necessidades de pessoas não cisgênero migrantes e pela violência transfóbica institucional e cotidiana. Apesar das dificuldades vividas, entre apoio e invisibilização, percebe-se, na maioria, o desejo de permanecer no País.

Mulheres indígenas Warao

No Brasil, migrantes indígenas foram tratados apenas como migrantes e não como indígenas, ficando a cargo das prefeituras municipais o cuidado, em geral, e da saúde, em particular. A Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) atuaram em situações específicas entendendo que esses indígenas estrangeiros estavam fora do seu escopo de atuação.

Como característica dessa população o deslocamento acontece, em geral, em grupo familiar e tribal. As principais dificuldades de acesso a serviços de saúde e à integração social em geral se dão devido às diferenças sócio-culturais relacionados sobretudo à língua, às concepções e práticas relativas ao corpo, à saúde, à doença, à alimentação, entre outros. Tais diferenças explicam em parte a recusa na adesão às concepções e terapêuticas do sistema de saúde biomédico. Nas unidades de saúde falta mediação, linguística e cultural, para essa população. A dificuldade de acesso aos serviços, somava-se a dificuldade de vinculação entre paciente e profissional de saúde em termos de compreensão mútua.

A demanda por serviços de saúde em geral é significativa, especialmente, diante do quadro de desnutrição e debilidade de maneira geral na população Warao. A oferta dos serviços de saúde para atender essas mulheres quase sempre se acha aquém do necessário.

Os principais problemas de saúde, segundo profissionais e gestores, são: gastroenterites, tuberculose, desnutrição, doença diarreica, infesto parasitária, ISTs, infecções puerperais, doença respiratória aguda, doenças de pele, fúngicas, ectoparasitoses, hanseníase, doenças causadas por ectoparasitas, piодermite, hipertensão, saúde bucal, suspeita de câncer e alcoolismo coletivo. Esses migrantes, têm sido vacinados a cada nova cidade por onde passam, o que pode indicar uma barreira sanitária desnecessária diante de um cuidado excessivo com os nacionais, e discriminação com os Warao.



Em foco

Vulnerabilidades e violências

As vulnerabilidades das mulheres migrantes venezuelanas são de distintas ordens, quer em termos estritamente materiais, quer em termos simbólicos. São grandes os desafios enfrentados para a recomposição da vida social no novo país, especialmente quando se leva em consideração a frequente discriminação por serem migrantes, muitas vezes relacionadas à pouca fluência na língua portuguesa e, principalmente, por serem identificadas como pessoas que tiram oportunidades de trabalho dos brasileiros e que sobrecarregam os serviços sociais e de saúde, pondo em risco a segurança das pessoas. Assim, diante de novos valores culturais, nova língua, longe de suas raízes, e sem conhecer garantias e proteção do Estado, muitas mulheres e adolescentes migrantes relataram sentir-se indesejáveis e que foram vítimas de xenofobia.

A violência contra mulheres é uma das manifestações mais explícitas da desigualdade de gênero. No inquérito quantitativo, 12% referiram ter experimentado violência psicológica, 3% violência física e 2% violência sexual. Os principais lugares de ocorrência foram a residência, seguido do trabalho e locais públicos. Nas entrevistas qualitativas, as migrantes relataram que é frequente a abordagem na rua, por brasileiros com propostas relacionadas a sexo, pois estes homens acreditam que as venezuelanas vêm ao Brasil para se prostituírem, especialmente as adolescentes migrantes. Muitas situações de violência, como abuso físico, sexual e psicológico, além de tráfico de pessoas, são determinadas por condições de vulnerabilidade como falta de moradia e emprego, informalidade laboral, fome e miséria, falta de acesso a serviços de cuidado e proteção, e irregularidade migratória. Além disso, a desigualdade de gênero lhes impõem uma série de restrições que são agravadas quando somadas outras particularidades, como adolescência e velhice, ser indígena, ter filhos pequenos e/ou que demandam cuidados especiais, problemas de locomoção ou de saúde em geral, dentre outros.

RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICA E GESTÃO

Os resultados do ReGHID indicam a necessidade de melhorar o atendimento às populações migrantes, respeitando as diferenças culturais, linguísticas, étnico-raciais e econômicas e de gênero. Para tanto, é necessário o envolvimento de gestores, pesquisadores, profissionais de saúde, sociedade civil, famílias e mulheres e adolescentes migrantes.

Garantir direitos socioeconômicos e inclusão social como determinante de saúde

- Criar condições para que as mulheres migrantes acessem empregos formais nos quais gozem plenamente dos direitos trabalhistas e de segurança social, livres de violência sexual, exploração e assédio;
- Comprometer-se com a oferta de creches para o cuidado de crianças sob a responsabilidade de mulheres e adolescentes migrantes, a fim de assegurar sua permanência no trabalho e, no caso das adolescentes, na escola;
- Facilitar o acesso à educação para aumentar oportunidades das migrantes e seus filhos e filhas no futuro;
- Promover campanhas de sensibilização e educação para a sociedade e para profissionais de serviços de proteção e direito dos migrantes no país, a fim de evitar reducionismo cultural e de gênero, discriminação e xenofobia;
- Criar e promover espaços seguros para o abrigo de mulheres trans, prevenindo a violência de gênero transfóbica;
- Ofertar cursos de língua portuguesa, em horários convenientes para os migrantes adultos, auxiliando na integração social;
- Monitorar as pessoas migrantes interiorizadas a fim de poder criar políticas de apoio que levem em conta suas necessidades a longo prazo;
- Promover a revalidação de diplomas de mulheres com formação superior na Venezuela para evitar subemprego.
- Garantir o direito à saúde às migrantes;
- Fortalecer o SUS e melhorar a relação interfederativa entre os três níveis de gestão federal, estadual e municipal para otimizar o atendimento às populações migrantes;
- Construir parcerias com a Fundação Nacional Povos Indígenas (FUNAI) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), para atenção à saúde do migrante indígena;
- Incluir em todos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e de Gestão Social o campo sobre o país de nascimento e a condição de migrante, para permitir a obtenção de dados fidedignos para o acompanhamento da condição de saúde e de apoio social e emprego dessa população;
- Assegurar que todas as autoridades e instituições sanitárias possuam critérios e protocolos homologados para proporcionar acesso e atenção à saúde de qualidade e adequada (à idade, ao gênero e às características étnico-culturais) para migrantes;

- Criar sistemas de monitoramento para fiscalizar o cumprimento desses critérios e protocolos;
- Criar cursos de formação e capacitação profissional específicos para todos os profissionais de serviços de saúde, sobre os critérios e protocolos, mencionados acima, referentes à atenção à população migrante, com perspectiva de gênero e culturalmente sensível;
- Incentivar e ampliar o fomento a pesquisas sobre a população migrante, para subsidiar políticas públicas orientadas a esse grupo;

Políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva

- Garantir uma atenção respeitosa e humanizada a todas as migrantes, seguindo protocolos e diretrizes de saúde pública;
- Promover práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva com perspectivas de gênero e atenção a diferenças sócio-culturais, incluindo mecanismos e espaços para que as mulheres e adolescentes migrantes possam denunciar violências institucionais, interpessoais e domésticas;
- Criar mecanismos de respostas sensíveis à questão de gênero para as migrantes recém-chegadas em regiões de fronteira, com especial atenção ao apoio psicossocial;
- Garantir condições e produtos para o manejo de higiene menstrual tanto em postos fronteiriços como em abrigos e centros de saúde;
- Mitigar as barreiras culturais e de idioma para facilitar o acesso aos serviços de SSR entre a população migrante, incluindo serviços de tradução e uso de intérpretes (em lugar de outros profissionais de saúde ou familiares);
- Estimular a criação de redes de apoio para autocuidado e cuidados coletivos e comunitários entre mulheres e adolescentes migrantes, incluindo gestantes e puérperas, lideradas por facilitadores sensíveis aos desafios de gênero;
- Promover acesso a testes rápidos de IST, incluindo HIV, e medicamentos antiretrovirais quando necessário;
- Promover e garantir acesso informado ao planejamento familiar buscando reduzir as iniquidades constantemente enfrentadas por mulheres e adolescentes, conforme suas diferentes necessidades; Disponibilizar contraceptivos da escolha da mulher e informação adequada sobre distintos métodos (incluindo os de longa duração, como DIU e injetáveis, que reduzem a insegurança de continuidade);
- Realizar campanhas de estímulo ao uso de métodos contraceptivos, com ênfase no uso de camisinha como forma de evitar infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Estabelecer protocolos e mecanismos para identificação de violência de gênero e acesso aos serviços especializados de atenção;
- Estabelecer programas de atenção à saúde mental para todas as formas de violência sexual e baseada em gênero sofrida por mulheres e adolescentes migrantes, com base na informação, escuta e proteção, e solidariedade.

NOTAS DE FIM

- (1) Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos - ACNUDH. (2019). Human rights in the Bolivarian Republic of Venezuela: Report of the United Nations High (1) Commissioner for Human Rights on the situation of Human rights in the Bolivarian Republic of Venezuela. https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session41/Documents/A_HRC_41_18.docx
- (2) Idem, p. 04.
- (3) Albaladejo, A. (2018) 'Contraceptive shortages mean Venezuela's people face a sexual health emergency' BMJ, [online] Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1197> [Accessed 10 July 2021]
- (4) Em conjunto com a MP 820, esses decretos formaram a base normativa da Operação Acolhida. Ambos foram revogados, e substituídos pelo decreto atual, de nº 10.917/2021.
- (5) Ramsey, Geoff., and Sánchez-Garzoli, Gimena. 2018. "Responding to An Exodus: Venezuela's Migration and Refugee Crisis as Seen From the Colombian and Brazilian Borders" WOLA.
- (6) Mello, P.C. (2021). 'Number of Homeless Venezuelan Refugees Explodes on Brazilian Border'. Folha de S.Paulo. [Online]. Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/internacional/en/world/2021/09/number-of-homeless-venezuelan-refugees-explodes-on-brazilian-border.shtml> [Accessed 10 March 2022]
- (7) <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>
- (8) Cintra, N; Owen, D; Riggiozzi, P. (2023) Displacement, Human Rights and Sexual and Reproductive Health: Conceptualising Gender Protection Gaps in Latin America. Bristol: Bristol University Press.
- (9) Gráfico modificado. Para acessá-lo completo, ver: Riggiozzi, P, Curcio, B., Lines, T., Cintra, N., (2023) Moving Forward: Health, care and violence seen through the eyes of displaced Venezuelan women in Brazil. Rugby, UK: Practical Action Publishing and Latin America Bureau.
- (10) Utilizamos neste documento o termo 'mulheres trans', para abarcar mulheres transsexuais, transgênero ou transgêneras, travestis, entre outras nomenclaturas e identidades empregadas.



CRÉDITOS

Coordenação Geral do Projeto ReGHID

Pía Riggiozzi - Co-Diretora do Interdisciplinary Global Health and Policy Centre (GHaP), Departamento de Política e Relações Internacionais da University of Southampton

Coordenação do Projeto ReGHID no Brasil

Maria do Carmo Leal – Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz, Bolsista de Produtividade CNPq
Zeni Carvalho Lamy - Universidade Federal do Maranhão / UFMA, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Bolsista de Produtividade CNPq

Autores do Sumário Executivo

Zeni Carvalho Lamy - Universidade Federal do Maranhão
Maria do Carmo Leal – Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz
Pía Riggiozzi - University of Southampton
Natalia Cintra- University of Southampton
Ruth Britto - Universidade Federal do Maranhão / UFMA
Thaiza Dutra Gomes de Carvalho - Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz
Yammê Ramos Portella Santos - Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz
Rita Suely Bacuri de Queiroz - ILM/D / Fiocruz Amazônia
Cesar Carvalho - Universidade Federal do Maranhão / UFMA
Sara Fiterman Lima - Universidade Federal do Maranhão / UFMA
Liliana Yanet Gómez Aristizábal - Universidade Federal do Maranhão / UFMA
Leidy Janeth Erazo Chavez - Universidade Federal do Maranhão / UFMA

Coordenação de Campo

Rita Suely Bacuri de Queiroz - ILM/D / Fiocruz Amazônia

Equipe de Campo

Adriana Mercedes Rodriguez Munguia
Alba Sofia Mocadan Cabral
Cesar Francisco Roldan Ojeda
Diolimar Josefina Tempo Aray
Dorelis Maria Benitez Cequea
Egledimar Crespo
Eliana del Carmen Gomez Milano
Enniellys Josefina Cedeno Palomo
Geisy Sulamita Barroso Rodríguez
Jani Sarai Exáez Ochoa
Leidi Leny Clavijo Pereira
Luisana Mercedes Diaz Garcia
Nixsa maria cabral

Oliennys Yamileth Santana Rondon
Orymar Dylene Torres Orellana
Paula Andrea Morelli Fonseca
Zulay Ramona Martinez Aray
Zurima Cledy Hernandez Gonzalez

Outros Pesquisadores

Amos Channon - University of Southampton
David Owen - University of Southampton
Henry García - FLACSO El Salvador
Jean Grugel - University of York
Jovana Alexandra Ocampo Cañas - Universidad de los Andes
Marielos Cornejo - FLACSO El Salvador
Monica Linares - FLACSO El Salvador
Nádia Ethel Basanta Bracco - Universidade Federal do Maranhão / UFMA
Oscar Alberto Bernal Acevedo - Universidad de los Andes
Rodrigo Moreno Serra - University of York
Sarah Neal - University of Southampton
Sarahí Rueda Salazar - University of Southampton

Fotografias

Bruna Curcio
Aline Fidelix
Rita Bacuri

Layout e arte-final

José E. Torres Filho

Financiamento

O projeto ReGHID foi financiado pelo Conselho de Pesquisa Econômica e Social do Reino Unido (Projeto Nº ES/T00441X/1). Um subprojeto recebeu, ainda, financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) pelo Edital PPSUS nº 09/2020 e contou com bolsistas de Iniciação Científica do CNPq e FAPEMA

Para mais informações, acesse o nosso site <https://gcrf-reghid.com> ou escaneie o QR Code:



Como citar este texto: Lamy, ZC; Leal, MC; Cintra, N; Carvalho, RHSBF; Carvalho, TDG; Ramos YS; Bacuri, R; Carvalho, C; Lima, S; Gómez, LA; Chavez, LE; Riggiozzi, P. ReGHID. Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres e Adolescentes Migrantes Venezuelanas no Brasil: Sumário executivo. Fiocruz e UFMA, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35078/3B7S4N>

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às ONGS Hermanitos (Manaus) e Mexendo a Panela (Boa Vista) pela acolhida durante a coleta de dados. Agradecemos a todas as mulheres migrantes venezuelanas que compartilharam conosco suas informações e experiências de vida. Esperamos devolver esta confiança apresentando os resultados da pesquisa para que se transformem em políticas públicas.





ReGHID

Redressing Gendered Health
Inequalities of Displaced
Women and Girls