

Heloísa Maria Martins Pérez

**Violência sexual contra as meninas e mulheres das/nas fronteiras e
migrantes: um estudo sobre as rotas críticas percorridas no Amazonas**

Manaus

2026

Heloísa Maria Martins Pérez

Violência sexual contra as meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes: um estudo sobre as rotas críticas percorridas no Amazonas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Linha de pesquisa: 03 – Diversidade sociocultural das práticas e direitos na saúde na região amazônica: atores, contextos institucionais e relações com os saberes (Ciências Humanas e Sociais).

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Cristiane Batista Andrade

Manaus
2026

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

P438v

Pérez, Heloísa Maria Martins

Violência sexual contra as meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes : um estudo sobre as rotas críticas percorridas no Amazonas / Heloísa Maria Martins Pérez. Manaus : [s.n], 2026.

227 f.: color.; 21.0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2026.

Inclui Bibliografia.

Inclui Apêndice.

Inclui Anexo.

Orientador: Pontes, Munique Therense Costa de Moraes.

Coorientador: Andrade, Cristiane Batista.

1. Violência sexual. 2. Rota crítica. 3. Fronteira. 4. Serviços de saúde. 5. Profissionais da saúde. I. Pontes, Munique Therense Costa de Moraes (Orient.) II . Andrade, Cristiane Batista (Coorient.) III. Universidade do Estado do Amazonas. IV. Título

CDU(1997)614(043.3)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO

Aos 29 dias do mês de maio de 2026, às 14h:00min, de forma híbrida, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é: “Violência sexual contra as meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes: um estudo sobre as rotas críticas percorridas no Amazonas”, apresentada por **Heloísa Maria Martins Pérez**, sob orientação da Prof.^a Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes e coorientação da Prof.^a Dra. Cristiane Batista Andrade. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof.^a Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes – Orientadora

☒ Aprovada () Reprovada

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente

MUNIQUE THERENSE COSTA DE MORAIS PONTI

Data: 01/06/2026 17:36:48-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira – Membro Titular

☒ Aprovada () Reprovada

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente

BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA

Data: 01/06/2026 19:14:22-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Elaine Reis Brandão – Membro Titular

☒ Aprovada () Reprovada

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente

ELAINE REIS BRANDAO

Data: 02/06/2026 14:14:31-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Parecer Final:

☒ Aprovada () Reprovada

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof.^a Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 29 de maio de 2026.

DEDICATÓRIA

Às meninas e mulheres que atravessam rotas críticas e, ainda assim, encontram caminhos para seguir. Que este trabalho seja também um compromisso com a construção de trajetórias mais justas e acolhedoras. Que suas vozes ecoem para além destas páginas.

AGRADECIMENTOS

Agradecer não cabe em palavras, nem tampouco em uma única página. Ainda assim, é impossível não tentar quando se trata de uma caminhada tão privilegiada, sustentada por uma rede de apoio como a que tive.

Antes de tudo, à Espiritualidade amiga e todas as forças espirituais que me sustentam, me guiam, me movem diariamente e por se fazerem presente a cada respirar da minha existência. Inclusive, acompanhadas daqueles que já partiram.

À minha família, em especial aos meus pais e irmãs e, mais recentemente, à minha sobrinha, que são meu combustível. Sempre são as primeiras pessoas a me apoiar em cada sonho que trilho e em cada passo que dou, vivendo os bastidores comigo. Se consigo, é por eles.

Aos meus amigos que não são família de sangue, mas que certamente se fazem presentes como se fossem. As caminhadas pela vida me permitiram conhecê-los em cada lugar por onde passei. Sintam-se todos aqui representados: os amigos que estão comigo desde que cheguei ao Brasil; os amigos das minhas irmãs, que hoje também são meus; os da época da escola, da graduação e agora do mestrado acadêmico, bem como aqueles que tive a alegria de esbarrar em outros momentos e também permaneceram. Todos compreenderam minhas ausências quando precisei, ofereceram gestos de apoio e palavras de incentivo e hoje comemoram essa vitória junto comigo. É mais uma fase que celebramos juntos.

À minha querida professora, orientadora e amiga, Munique Therense. As palavras que antes já me faltavam, aqui se tornam ainda mais difíceis. É uma imensa satisfação e gratidão poder partilhar o percurso, as dúvidas, os anseios, as inquietações, os aprendizados e os ensinamentos com alguém tão incrível. Tenho a certeza de que jamais esquecerei tudo o que vivemos, especialmente por ter alguém que sempre me incentiva a alcançar novos voos, cada vez mais distantes de onde já estou.

Ao Núcleo de Estudos Psicossociais sobre Direitos Humanos e Saúde (NEPDS – UEA), à Liga Acadêmica de Humanização da Assistência em Saúde do Amazonas (LAHAS – AM) e ao projeto de extensão “Chegadas e Partidas – Dignidade ao parir, dignidade ao partir”, por

abrirem os horizontes de uma pesquisadora e pelo compartilhamento das reflexões e das vivências.

Ao Grupo Latinas (Grupo de Estudos Feministas sobre Decolonialidade, Trabalho e Cuidado – ENSP/Fiocruz), em nome das minhas professoras e amigas do coração, Cristiane Andrade e Corina Mendes, pelos caminhos cruzados que se tornaram esteio para a concretização deste sonho, por meio das discussões críticas, das oportunidades de crescimento, da aproximação com a temática e da disponibilidade para ajudar. A vida já havia planejado esse encontro, e que bom que ele aconteceu onde, quando e como tinha que acontecer.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a cada profissional que contribuiu para a realização desta pesquisa. Em especial, às vozes em travessia do Alto Solimões e de Manaus. Suas falas tão ricas fizeram esse trabalho nascer. Através delas consigo erguer a voz das meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes. Se essa dissertação existe, é por conta de vocês e para todas vocês.

Para sobreviver às terras de fronteira é preciso viver sem fronteiras, ser uma encruzilhada.
Gloria Anzaldúa

RESUMO

PÉREZ, Heloísa Maria Martins. **Violência sexual contra as meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes**: um estudo sobre as rotas críticas percorridas no Amazonas. 2026. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2026.

Partimos do pressuposto de que a violência sexual não se limita a violências físicas, mas inclui qualquer forma de atentado contra a dignidade e autonomia de outra pessoa, sendo uma manifestação da violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Envolve questões históricas, patriarcais, sociais e culturais, além de marcadores interseccionais que se tornam mais alarmantes quando olhamos para o contexto amazônico e fronteiriço. Falamos de uma realidade onde os crimes sexuais seguem sendo uma constante, com aumento significativo no número de registros de estupro e estupro de vulnerável no Brasil e não diferentemente no Amazonas. Portanto, considerando nossas inquietações como pesquisadoras e o contexto onde estamos inseridas, dialogando com os propósitos das ciências humanas e sociais dentro da Saúde coletiva, esta pesquisa buscou compreender as rotas críticas de meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes em situação de violência sexual, percorridas nos serviços de saúde do Amazonas, a partir das narrativas das profissionais da assistência. Utilizamos teorias de base feministas junto aos conceitos de gênero, violência de gênero e interseccionalidade, posicionadas junto à justiça reprodutiva como direito humano. Assim, nossa proposta metodológica é de uma pesquisa social qualitativa, cujo ponto de partida está situado na microrregião do Alto Solimões e como segundo campo um instituto que atua no apoio a meninas e mulheres cis e trans em situação de violência localizado em Manaus. As três participantes são profissionais vinculadas à Rede de Atendimento às vítimas de violência no Amazonas. Foram realizadas entrevistas individuais, contendo um roteiro semiestruturado com perguntas disparadoras e direcionado para tal público, além de registros em áudio gravados e diário de campo. A análise de dados se deu através da Análise Temática e resultou em dois grandes repertórios temáticos. Como principais resultados, identificamos que as rotas críticas se configuram como processos dinâmicos e não lineares, marcados por deslocamentos entre serviços, fragmentação da rede e múltiplas formas de negação de direitos. O acesso e a continuidade do cuidado são atravessados por desigualdades territoriais, institucionais e comunicacionais, especialmente em contextos de fronteiras, onde fatores como nacionalidade, idioma e documentação tensionam o reconhecimento das usuárias como sujeitas de direito. Evidenciou-se que o cuidado é produzido no cotidiano para além de protocolos, por meio de negociações, improvisações e mediações, com destaque para a atuação das profissionais da rede (inclusive migrantes) como mediadoras linguísticas e culturais. Diante das limitações dos serviços formais, redes informais e circuitos comunitários também são acionados. Conclui-se que a efetividade dessas rotas depende da articulação entre os serviços e do fortalecimento de estratégias intersetoriais que considerem as especificidades do contexto amazônico.

Palavras-chave: Violência sexual. Rota crítica. Fronteira. Serviços de saúde. Profissionais da saúde.

ABSTRACT

PÉREZ, Heloísa Maria Martins. **Sexual violence against borderland and migrant girls and women: a study on the critical pathways traversed in the Amazon.** 2026. 228 f.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2026.

We start from the assumption that sexual violence is not limited to physical aggression, but includes any form of violation of another person's dignity and autonomy, constituting a manifestation of the violation of human, sexual, and reproductive rights. It involves historical, patriarchal, social, and cultural dimensions, as well as intersectional markers that become even more pronounced when considering the Amazonian and border context. This reflects a reality in which sexual crimes remain constant, with a significant increase in reported cases of rape and statutory rape in Brazil, including in the state of Amazonas. Therefore, considering our concerns as researchers and the context in which we are situated, in dialogue with the aims of the human and social sciences within Public Health, this study sought to understand the critical pathways of girls and women from/at borders and migrants in situations of sexual violence, as they navigate health services in Amazonas, based on the narratives of care professionals. We employed feminist theoretical frameworks alongside the concepts of gender, gender-based violence, and intersectionality, articulated with reproductive justice as a human right. Our methodological approach is based on qualitative social research, with the first field site located in the Alto Solimões microregion and the second consisting of an institute in Manaus that supports cisgender and transgender girls and women in situations of violence. The three participants are professionals linked to the network of services for victims of violence in Amazonas. Data were collected through individual interviews using a semi-structured guide, audio recordings, and field notes. Data analysis was conducted through Thematic Analysis, resulting in two major thematic repertoires. The main findings indicate that critical pathways are dynamic and non-linear processes, marked by movements between services, fragmentation of the network, and multiple forms of denial of rights. Access to and continuity of care are shaped by territorial, institutional, and communicational inequalities, especially in border contexts, where factors such as nationality, language, and documentation challenge the recognition of users as rights-bearing subjects. Care is produced in everyday practice beyond formal protocols, through negotiations, improvisations, and mediations, with particular emphasis on the role of network professionals – including migrants – as linguistic and cultural mediators. In the face of limitations within formal services, informal networks and community-based circuits are also mobilized. It is concluded that the effectiveness of these pathways depends on the articulation among services and the strengthening of intersectoral strategies that take into account the specificities of the Amazonian context.

Keywords: Sexual violence. Critical pathway. Border areas. Health services. Health care professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Diagrama da rota crítica proposto por Sagot.....	60
Figura 2 –	Microrregião do Alto Solimões, Amazonas, Brasil.....	73
Figura 3 –	Distribuição geográfica das organizações parceiras/ACNUR.....	75
Figura 4 –	Representação das próprias trajetórias no rio Solimões, Amazonas, Brasil.....	76
Quadro 1 –	Caracterização das participantes.....	78
Tabela 1 –	As seis fases da análise temática.....	81
Figura 5 –	Foto de Hermelinda.....	84
Figura 6 –	Foto de Rigoberta.....	85
Figura 7 –	Foto de Tarana.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUDH	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
AT	Análise Temática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAM	Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DECCM	Delegacia Especializada em Crimes contra a Mulher
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FVS-RCP	Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto
GO	Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Organização Internacional para as Migrações (International Organization for Migration)
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IML	Instituto Médico Legal
MMT	Maternidade Dr. Moura Tapajóz
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PBF	Programa Bolsa Família

PL	Projeto de Lei
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPEM	Serviço de Apoio Emergencial à Mulher
SAVVIS	Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
SEJUSC	Secretaria de Estado e Justiça, Direitos Humanos e Cidadania
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SSP-AM	Secretaria de Segurança Pública do Amazonas
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

VOZES QUE ME GUIAM: caminhos de uma pesquisadora em trânsito	15
INTRODUÇÃO	17
Iniciando a jornada: entendendo a paisagem das rotas críticas e os encontros entre gênero, violência e interseccionalidade	17
Caminhos cruzados: encontros entre fronteiras, violência sexual e rotas críticas	22
1 JUSTIFICATIVA.....	29
2 OBJETIVOS.....	32
2.1 Geral	32
2.2 Específicos.....	32
3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS	32
3.1 Violência sexual: uma questão de gênero.....	34
3.2 Principais trajetórias que construíram e constroem caminhos.....	42
3.2.1 Histórico do enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil	42
3.2.2 Histórico do enfrentamento da violência contra as mulheres no Amazonas	47
3.2.3 Apresentação da Rede de Enfrentamento e Atendimento às vítimas de violência	50
3.2.4 Rede de Enfrentamento e Atendimento às vítimas de violência no Amazonas ...	55
3.3 Rotas críticas: desafios e (des)cuidados no enfrentamento à violência.....	58
4 PERCURSO METODOLÓGICO	70
4.1 Apresentando a pesquisa	70
4.2 Desenho metodológico	70
4.3 Territórios da pesquisa e vozes em travessia.....	71
4.3.1 Primeiro território	72
4.3.2 Segundo território	75
4.3.3 Travessia pelo rio.....	76
4.3.4 Vozes em travessia	77
4.4 Procedimentos e instrumentos	79
4.5 Técnica e análise de dados.....	81
4.6 Riscos e benefícios	83
4.7 Aspectos éticos	84
4.8 Referências simbólicas das vozes em travessia	84
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	87

5.1 Caminhos possíveis, caminhos tensionados: rotas críticas de meninas e mulheres em situação de violência sexual nas fronteiras.....	87
5.1.1 Quem caminha pelas fronteiras: corpos em trânsito e condições de vida nos percursos de cuidado.....	89
5.1.2 O que se encontra nos percursos: práticas profissionais e institucionais nas rotas críticas.....	98
5.1.3 Onde as rotas críticas são tensionadas: entre avanços, rupturas e reorientações.....	108
5.1.4 Para onde conduzem esses caminhos: justiça reprodutiva nos desfechos das rotas críticas.....	133
5.2 Percursos de (des)cuidado: desafios, ausências e sentidos nas narrativas profissionais	143
5.2.1 Quando palavras se tornam obstáculos: atravessando a comunicação e a cultura no cuidado	144
5.2.2 Quando o cuidado ainda encontra fronteiras sociais, institucionais e de rede: (in)acessos e desafios nos serviços de saúde	155
5.2.3 Quando o percurso se interrompe: (des)articulação da rede e (des)encontros de informação	165
CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS	173
REFERÊNCIAS	178
ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	204
.....	216
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	88
APÊNDICE B - Roteiro semiestruturado para entrevistas com trabalhadoras(es) e gestoras(es) dos SUS, SUAS e OSC – primeira fase	223
APÊNDICE C – Roteiro semiestruturado para entrevista – segunda fase.....	225

VOZES QUE ME GUIAM: caminhos de uma pesquisadora em trânsito

Ao revisitar o percurso que me trouxe até esta pesquisa, compreendo que ele, de fato, não se iniciou na universidade, mas muito antes, atravessado pela minha própria história. Sou uma mulher venezuelana que migrou para o Brasil em 2005, ainda na infância, acompanhando minha família em um processo de reconstrução de vida. Crescer entre dois países significou aprender, desde cedo, que as fronteiras não são apenas linhas geográficas: elas atravessam identidades, relações, oportunidades e formas de acesso aos direitos. Ainda que, naquele momento, eu não dispusesse das ferramentas teóricas para compreender essas experiências, elas moldaram meu olhar sobre as desigualdades, os deslocamentos e as múltiplas situações de vulnerabilizações.

Foi apenas anos depois, já na graduação em Enfermagem, que essas inquietações encontraram um caminho acadêmico. A universidade ofereceu as bases teóricas e metodológicas para compreender questões que, de alguma forma, já faziam parte da minha trajetória de vida, permitindo que experiências pessoais se transformassem em perguntas de pesquisa e em compromisso com a produção de conhecimento.

O início do encontro da minha trajetória acadêmica com a temática da violência contra a mulher remonta à essa época de estudante de Enfermagem junto à Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Lá tive a oportunidade de participar, como voluntária, no projeto de extensão “Observatório de Violência de Gênero (OBVIO)”, coordenado, à época, pela minha professora Dra. Munique Therense, onde tratávamos sobre a articulação de redes de enfrentamento à violência de gênero disseminando valores de equidade, defesa dos direitos da pessoa humana e respeito à diversidade. A iniciativa buscava mapear, monitorar e divulgar dados e ações sobre igualdade de gênero, LGBTQIAPN+ e direitos das mulheres, fortalecendo políticas públicas e o diálogo institucional na UEA e no estado do Amazonas. Por meio do projeto e das conversas em sala de aula, pude estreitar os laços acadêmicos com a professora, com quem também realizei minha pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), abordando questões relacionadas à humanização da assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Atualmente, ela é minha querida orientadora nesta dissertação.

Desde sempre nutri um interesse particular e uma afinidade por estudar questões relacionadas à saúde da mulher e tais experiências citadas foram essenciais para guiar mais caminhos. Portanto, antes de concluir a graduação, uma vivência em específico me mostrou qual trajetória gostaria de seguir na pós-graduação. Durante meu estágio rural, estágio esse onde

os alunos da UEA de Manaus (capital do Estado do Amazonas) são direcionados aos municípios do interior do Amazonas para exercer suas futuras profissões, trabalhei por 42 dias em Parintins realizando inúmeras atividades de educação em saúde. E em uma delas, juntamente com colegas dos cursos de Medicina e Odontologia, ministramos uma palestra sobre gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e violência para alunos dos 6º e 7º ano de uma escola municipal. No dia seguinte, atendendo na Unidade Básica de Saúde (UBS), uma adolescente procurou por atendimento. Ao entrar na minha sala, a jovem relatou que se identificou em situação de violência sexual a partir da nossa palestra no dia anterior. Diante do ocorrido, minhas inquietações pessoais aumentaram. Ao tentar o processo seletivo do mestrado acadêmico em Saúde Coletiva, não tinha dúvidas que essa era a temática que gostaria de pesquisar.

Ao ser aprovada, a professora Munique me estendeu o convite: trabalhar com mulheres migrantes em situação de violência. Este convite chegou através de uma parceria com a professora Dra. Cristiane Andrade, coordenadora do “Latinas - Grupo de Estudos Feministas sobre Decolonialidade, Trabalho e Cuidado” vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fiocruz do Rio de Janeiro, que pesquisa bastante sobre esses temas. Neste momento, o Latinas estava iniciando um macroprojeto intitulado “*Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho*” com campo aqui no Estado do Amazonas e havia a necessidade de ampliar a equipe com pesquisadoras que pudessem colaborar nas próximas etapas do projeto. Diante da ocasião, onde tudo estava se encaixando com meus interesses e inquietações, não cogitei e aceitei sem pensar duas vezes. Eu, como mulher migrante, me identifiquei totalmente com a proposta.

Atualmente, eu e a professora Munique fazemos parte do time de pesquisadoras que compõe esse macroprojeto e esta presente dissertação é uma parte dessa pesquisa tão pertinente, rica e promissora para trazer resultados significativos à Saúde Coletiva do Brasil. Estamos nos apropriando mais sobre a temática de migração e seus desdobramentos/atravessamentos, através das reuniões semanais/mensais, das discussões pertinente dentro do grupo de estudos, das oportunidades de trocas de experiências com outras pesquisadoras mulheres do Brasil, de distintos Estados. Também já tivemos a oportunidade de conhecer a professora Cristiane pessoalmente e assim aproveitamos para convidá-la a participar como coorientadora da presente dissertação. Hoje posso dizer que uni dois propósitos muito claros para mim, unindo o interesse e a necessidade de produção acadêmica sobre o tópico. Sigo na busca de trazer visibilidade às minhas conterrâneas e tantas outras que assim como eu, acima de tudo, são mulheres.

INTRODUÇÃO

Iniciando a jornada: entendendo a paisagem das rotas críticas e os encontros entre gênero, violência e interseccionalidade

Ao longo da trajetória apresentada, nitidamente movida por inquietações e desafios, uma voz ressoa incessantemente em nossas mentes, mentes estas femininas e de pesquisadoras. Uma voz que, ao mesmo tempo, parece presa na garganta, nos sufocando e dilacerando: como ser livre em um mundo que nos oprime e nos mata?

Devido às subjugações do sexo feminino, historicamente enraizadas na sociedade, e a outros inúmeros tensionamentos que se tornaram inaceitáveis para esse público ao longo dos anos, surgiram os movimentos feministas em diversos lugares do mundo. Apesar de suas pautas sofrerem interferências políticas e culturais, além de existirem hiatos em sua trajetória, ali se caracterizou o início de uma incessante busca por igualdade de poder e justiça entre os sexos (Villela; Lago, 2007).

Em decorrência disso, no final da década de 1960 – época esta marcada pelo período ditatorial brasileiro e pelo reavivamento das lutas feministas ao redor do mundo –, originou-se um momento de grande importância para a construção do movimento feminista no país. Historicamente, sabe-se que muitas meninas e mulheres presas nessa época sofreram humilhações e foram alvos de torturas, inclusive de abusos como violência sexual, o que, em alguns casos, resultou em uma gravidez indesejada (Fernandes, 2021). Isso trouxe à tona inúmeros debates sobre sexualidade, o uso dos corpos das mulheres e sua objetificação.

Entre as distintas pautas abordadas nesses debates, trazemos aqui um ponto a ser explanado: a ótica autoritária do desenvolvimento da sociedade patriarcal e machista. Nesse sistema, a mulher era relegada à total submissão, utilizada como objeto sexual, privada de poder de voz, destituída de qualquer forma de igualdade em relação ao homem e sem o devido reconhecimento de seus direitos (Coêlho; Rosa, 2023; Santos; Kurpel, 2021).

Nessa estrutura, as mulheres são reduzidas a "objetos simbólicos", isto é, são vistas e tratadas não como sujeitos detentores de autonomia e identidade própria, mas como coisas a serem observadas, dominadas e consumidas. Ou seja, o valor e a identidade das meninas e mulheres são definidos pelo olhar dos outros para consigo, principalmente no contexto masculino, em vez de serem definidos por elas mesmas. As mulheres, então, não são vistas

como seres autônomos, mas como objetos cujo valor depende da visão e aprovação externa (Carvalhaes; Mansano, 2019; Coêlho; Rosa, 2023; Pinto, 2010; Villela; Lago, 2007).

Sendo assim, diante de tantas opressões, emergiam com mais vigor os protestos contra o fim desses pensamentos e práticas, como exemplificado na fala de Novellino (2018) a seguir. Então, a partir do início do século XX, as lutas feministas ganharam força no mundo e também no Brasil, passando a cobrar um posicionamento do Estado.

O movimento feminista que se inaugura nos anos 60, centra-se na liberação feminina dos papéis que lhes são atribuídos por uma sociedade patriarcal (Novellino, p. 6, 2018).

Com o transcorrer dos anos, essas movimentações convergiram com o período da redemocratização do nosso país, permitindo assim a reestruturação da sociedade civil para continuar na luta pela preservação de seus direitos. Atualmente, o movimento feminista permanece com uma avançada busca pela igualdade material, condenando políticas e práticas discriminatórias. Portanto, já existem grandes êxitos perante os direitos sociais das meninas e mulheres, a fim de conseguir alcançar a igualdade de gênero definitiva (Gomes; Balestero; Rosa, 2016; Novellino, 2018).

Enquanto essa linha final ainda não é atingida, as desigualdades manifestam-se também através da violência de gênero e suas facetas. Tornou-se uma violência comumente naturalizada, rotinizada e pautada nas relações afetivas, na qual é presenciada diariamente ao redor do mundo, resultando em um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos (Aguiar *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2023; Souza; Adesse, 2005).

Devido suas distintas formas de expressão, o termo “violência de gênero” é comumente empregado como sinônimo de “violência contra a mulher”, porém, apesar de existir uma relação parcialmente sobreposta entre esses conceitos, há especificidades no uso dos mesmos como categorias analíticas. Aqui enfatizamos que não há um conceito preciso para cada um, o que significa que em certos momentos podemos estar falando concomitantemente dos tipos de violência referidos (Saffioti; Almeida, 1995).

Portanto, violência de gênero emerge como um conceito mais amplo que violência contra a mulher, fato (Saffioti; Almeida, 1995). Neste trabalho, para fins didáticos, nós pesquisadoras adotamos o seguinte preceito para violência de gênero fornecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de suas agências, como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR):

Violência de gênero refere-se a qualquer dano infligido contra a vontade de uma pessoa com base em seu gênero. Ela está enraizada na desigualdade de gênero, no abuso de poder e nas normas sociais prejudiciais. Pode assumir diversas formas, incluindo violência sexual, violência de parceiro íntimo, tráfico de pessoas, mutilação genital feminina, casamento infantil e crimes de honra.

Em seu livro, Saffioti (2015, p. 85) ressalva “Violência de gênero, inclusive em suas modalidades familiar e doméstica, não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino.” Sendo assim, baseia-se numa construção social que possui raízes profundas, sendo reforçada por normas culturais, religiosas, econômicas e políticas. É uma expressão clara de como as normas de gênero moldam as interações sociais até os dias atuais, onde estão prescritas as maneiras que homens e meninas/mulheres devem se comportar. Além disso, configura-se como uma violação direta da dignidade das pessoas, cessando qualquer respeito pelas suas autonomias e sobre suas próprias vidas, corpos e decisões.

Já a violência contra a mulher “é uma ofensa à dignidade humana e manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens.” de acordo com o exposto na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará. Sendo assim, esta elucidação nos traz mais clareza das dinâmicas de poder, desigualdade e opressão que também sustentam esse tipo de violência e que já discutimos em momentos anteriores.

Entretanto, autoras como Rita Laura Segato (2003) ressaltam que as violências de gênero não podem ser compreendidas exclusivamente a partir da lógica do patriarcado. Elas se articulam a outras estruturas históricas de poder, como o colonialismo, o racismo e o capitalismo. Nesse sentido, a violência assume uma dimensão que ultrapassa o âmbito individual, inscrevendo-se em processos políticos e simbólicos mais amplos que sustentam hierarquias sociais e a ordem hegemônica. Tais processos estão vinculados à formação de estruturas de poder produzidas historicamente no contexto da colonização e institucionalizadas por meio de dispositivos estatais.

Compreendemos aqui que os padrões de gênero são dinâmicos e variam conforme o contexto religioso, cultural, socioeconômico, racial, étnico e político em que um sujeito está inserido. A indiana Avtar Brah (2006, p. 341), em seu ensaio *Diferença, diversidade, diferenciação* destaca que “nosso gênero é constituído e representado de maneira diferente segundo nossa localização dentro de relações globais de poder”, reforçando que a categoria “mulher” não é se refere a mesma coisa mundialmente. Assim, ao buscarmos abordar sobre

meninas e mulheres em contextos de fronteiras, precisamos considerar como gênero se articula com classe, raça, etnia, religião, *status* migratório e outros marcadores sociais, produzindo hierarquias dentro do próprio grupo oprimido (Flogiatto, 2022).

Embora os êxitos perante os direitos sociais das meninas e mulheres, como as Leis e medidas, reflitam uma proteção evidente, surge a necessidade de compreender que nesses espaços elas são retratadas de maneira comum e igual, como se todas compartilhassem os mesmos graus de vulnerabilização. Porém, elas não formam uma categoria homogênea; ainda mais se tratando de meninas e mulheres que não pertencem a mesma nacionalidade. A interseccionalidade, conceito central para esse debate, evidencia que as opressões não operam isoladamente, mas se entrelaçam, gerando experiências distintas. Angela Davis (2011), ícone do movimento negro, ressalta que raça, classe e gênero se influenciam mutuamente e podem se sobrepor de formas diversas, criando realidades singulares de marcadores sociais e privilégio. Todas as categorias devem ser tratadas com igualdade e respeito, sem que uma seja vista como mais relevante ou prioritária em relação às demais (Domingos, 2024; Lopes, 2020).

Ainda pensando na interseccionalidade, a violência histórica perpetuada contra as meninas e mulheres negras, marcada pelo patriarcado, escravidão e racismo, segue impactando suas vidas em múltiplas dimensões, como no mercado de trabalho, saúde e relações sociais (Carneiro, 2004; Lopes, 2020; Santiago; Coelho, 2011). Ainda sob esse olhar, uma das mais influentes teóricas feministas negras, Patrícia Hill Collins (2012), aponta que essas meninas e mulheres vivem sob uma matriz única de dominação, onde diferentes formas de opressão interseccionam, incluindo sexualidade e religião.

A problemática se agrava especialmente para aquelas em maior vulnerabilização social, como as estrangeiras e as chamadas 'meninas e mulheres das e nas fronteiras', termo adotado neste trabalho. A fronteira, neste contexto, vai além de uma simples divisão geográfica, funcionando como um espaço de disputa onde desigualdades de gênero, raça, classe, idade, origem nacional, etnia, *status* migratório, religião e território – compreendido como um marcador social – moldam o acesso a direitos, inclusive o de saúde.

Assim, ao tratar das 'meninas e mulheres das e nas fronteiras', este trabalho se refere não apenas às estrangeiras, mas também a todas as brasileiras que vivem em contextos de vulnerabilização acentuada, atravessadas por essas múltiplas formas de desigualdade. Paralelamente, a análise também considera as meninas e mulheres migrantes¹ como um grupo

¹ Segundo a Organização Internacional para as Migrações (OIM), não existe uma definição universalmente aceita para o termo. De modo geral, refere-se a pessoas que deixam seu local de residência, atravessando ou não fronteiras

relevante, cuja experiência é marcada por dinâmicas próprias relacionadas ao deslocamento, ao status migratório e às formas específicas de acesso – ou de restrição – a direitos e serviços.

Com base na análise do espaço fronteiriço como um local de diversas disparidades, podemos entender como as divisões geográficas e sociais se entrelaçam com a violência estrutural, conforme aponta Maria José Magliano (2015). Ela destaca que as classificações de pertencimento ou exclusão, exacerbadas pelas fronteiras, geram privilégios e marginalizações, tornando o trânsito entre países um processo marcado por hierarquias.

O contexto fronteiriço reforça a violência e perpetua a instabilidade, evidenciando que as heranças coloniais ainda moldam a forma como territórios e identidades são construídos e contestados (Meneghel *et al.*, 2022). As desigualdades sociais e hierarquias que atravessam os deslocamentos atingem diretamente as mulheres e meninas nesses cenários, que enfrentam desafios ainda mais severos devido à ausência de proteção jurídica e social nos países de destino.

Assim, a interseccionalidade se mostra essencial para compreender as experiências dessas mulheres e meninas. Não basta analisá-las apenas como estrangeiras, mas sim reconhecer como múltiplas opressões atravessam suas trajetórias e moldam suas vivências nos territórios de trânsito/destino (Flogiatto, 2022; Magliano, 2015).

Nesse sentido, as cidades fronteiriças tornam-se espaços de possíveis encontros, mas também de tensão, onde fluxos de pessoas, bens e capitais coexistem com desigualdades e vulnerabilizações sociais. Pensando na América Latina, a Amazônia – especialmente a porção brasileira – tem sido historicamente alvo de diferentes processos de ocupação, desde o período colonial até os dias atuais, o que impacta diretamente suas populações locais (Mendonça, 2024).

A respeito da violência contra as mulheres na fronteira entre Brasil, Bolívia e Paraguai através do Estado de Mato Grosso do Sul, Figueiredo (2015) encontrou que no contexto da sua pesquisa, a condição de ser estrangeira não é apenas uma característica, mas sim um elemento que agrava a situação de vulnerabilização das pessoas em situação de violência em questão. Os autores da violência afirmam que, por não serem do país, elas não têm direito a questões essenciais, como a guarda de filhos, posse de bens ou segurança no emprego. E por fim, acrescenta: “O desconhecimento de seus direitos como estrangeiras acaba, muitas vezes, contribuindo para a perpetuação da situação de violência, seja ela psicológica, verbal ou física.” (Figueiredo, 2015, p. 270).

internacionais, independentemente do status jurídico, da duração da estadia ou das razões do deslocamento (IOM, 2019).

Caminhos cruzados: encontros entre fronteiras, violência sexual e rotas críticas

No que diz respeito à região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, essa dinâmica fronteiriça gera desafios que afetam especialmente as meninas e mulheres indígenas. Mendonça (2024, p. 143) ao pesquisar sobre o enfrentamento da violência doméstica nesse contexto, afirma que:

Na fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, a série de complexidades que geram desafios e ameaças à segurança da região e de seus habitantes, como **situações de violência**, tráfico de drogas, **exploração sexual** e diversas atividades ilegais que afetam o meio ambiente, a **violação dos direitos das mulheres indígenas** e a atribuição de papéis e práticas culturais desiguais, acaba levando ao **início precoce da vida sexual das meninas indígenas**.

Ainda refletindo sobre os deslocamentos populacionais, resgatamos aqui que desde o século XVII, o Brasil tem sido palco de intensos fluxos de imigração estrangeira. Esses movimentos foram impulsionados por diferentes fatores, como a exploração e a escravização, tornando-se ainda mais expressivos após a abolição da escravidão em 1888.

A trajetória de Anastácia, uma das figuras femininas mais importante da história negra, permite transportar-nos para o imaginário daquela época, onde já haviam relatos sobre a relação de migrações e violências como veremos a seguir. Os documentos narram que o mês de abril de 1740 foi marcado pela chegada de um navio negreiro na cidade do Rio de Janeiro, advindo da África e com cerca de 100 negros originários do Congo – dentre eles Delmira –, com o objetivo de serem comercializados para o mercado escravo no Brasil.

Delmira, Mãe de Anastácia, era uma jovem formosa e muito atraente pelos seus encantos pessoais, e, por ser muito jovem, ainda no cais do porto, foi arrematada por uns mil réis. Indefesa, esta donzela acabou por ser **violada**, ficando **grávida** de um homem branco, motivo pelo qual Anastácia, a sua filha, possuía “olhos azuis” (Centro Cultural Anastácia).

Anastácia era igualmente conhecida por ser muito bonita e chamar a atenção aos olhos dos homens, porém era uma mulher que não cedia aos apelos sexuais de seu senhor, provocando ódio nos brancos dominadores. Precisou resistir bravamente as diversas tentativas de assédios, perseguições e torturas praticadas por eles, mas ao final também sofreu violência sexual. Dessa forma, foi castigada e amordaçada, o que a tornou, posteriormente, grande símbolo da resistência e do feminismo (Centro Cultural Anastácia).

A sua imagem clássica simboliza toda a resistência e força diante da opressão, sendo amplamente reconhecida na cultura popular e nas representações históricas. Ela é frequentemente retratada com uma expressão de dignidade e coragem, destacando sua resistência em face do sofrimento. Tradicionalmente, Anastácia é representada com o rosto coberto por uma máscara de ferro, que foi imposta a ela como uma forma de punição brutal por se recusar a ceder aos tais desejos sexuais de seu senhor. Essa máscara de ferro, que cobria sua boca e impedia suas palavras, se tornou um poderoso símbolo da opressão e do silenciamento de mulheres negras durante o período colonial e escravocrata. Ainda, em algumas representações, é mostrada com uma postura ereta, embora visivelmente marcada pelas marcas da violência, transmitindo uma resistência inquebrantável.

De maneira semelhante, em tempos mais recentes, muitos migrantes enfrentam situações de sofrimento extremo, sendo forçados a lidar com crises econômicas, desastres naturais, guerras e opressão política. O cenário atual de migração, especialmente de latino-americanos em busca de uma vida melhor, reflete, de forma simbólica, a resistência que Anastácia representou em sua época. Nos últimos anos, o Brasil tem atraído migrantes devido à estabilidade econômica e a programas sociais, mas esses indivíduos continuam a enfrentar novos desafios, como a violência estrutural e a marginalização. Assim como Anastácia, esses migrantes carregam consigo não apenas o peso das adversidades, mas também a luta por dignidade e liberdade, ecoando a resistência da mulher que, apesar de silenciada, nunca cedeu à opressão (Figueredo; Zanelatto, 2017; Filho; Borges; Cançado, 2017).

A exemplo disso trazemos também o caso da advogada e ativista política Hortense Mbuyi, igualmente advinda do Congo e que há 10 anos chegou ao Brasil para se proteger de conflitos políticos, desde então vive no país como imigrante refugiada. Em uma entrevista à Agência Brasil abordando a respeito da realidade da imigração, Hortense relata suas motivações e questões familiares pessoais, mas também explana as condições em que as congolesas vivem. Retrata em sua fala: “[...] [a mulher do Congo] está presa, sobretudo, a essa violência que está acontecendo no mundo contra a mulher e que influencia ainda esse profundo ‘deságio’ do gênero.” e ainda reforça: “O machismo [no Congo] olha a mulher da cintura para baixo” (Souza, 2023a).

As duas narrativas supracitadas são atravessadas pelo tempo e revelam-se simultaneamente tão semelhantes em suas circunstâncias, porquanto foram escolhidas para retratar questões de suma importância e relevância para nós, pesquisadoras, e para o presente trabalho. Através delas elucidamos, de forma concreta, como a violência contra as meninas e

mulheres está presente em nossa civilização há várias décadas, evidenciando a construção da sociedade baseada em modelos patriarcais e racistas, pontos já discutidos anteriormente. Além disso, destacamos como os movimentos migratórios femininos se tornaram decisões tomadas em busca de liberdade, expressão e proteção, buscando romper com esses ciclos enraizados (Gomes; Balestero; Rosa, 2016).

Esse tipo específico de violência (sexual) permanece um grave problema de saúde pública. Para fins de maiores esclarecimentos, faz-se necessário compreendermos que a violência sexual é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 como:

qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima², em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles.

Desmembrando tal definição, compreende-se que se refere ao contato físico forçado sendo o estupro, abuso sexual e qualquer outra forma de coerção sexual; as tentativas de abuso, mesmo que o ato não se concretize já configura violência; o assédio verbal ou psicológico, com comentários e investidas inapropriadas de cunho sexual e/ou a exploração sexual que envolve práticas como o tráfico de pessoas para fins de exploração sexual. Tais atitudes independem do vínculo entre o autor da violência e a pessoa em situação de violência e pode ser praticada por qualquer pessoa: cônjuge, parceiro, colega de trabalho, desconhecido ou até mesmo agentes estatais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Destaca também que o uso da coerção pode ocorrer por força física, manipulação ou abuso de poder. Além disso, pode acontecer em qualquer ambiente, como no espaço doméstico, no trabalho ou em locais públicos, não se restringindo a um único contexto. Essa definição amplia o entendimento da violência sexual, mostrando que ela não se limita a violências físicas, mas inclui qualquer forma de atentado contra a dignidade e autonomia da pessoa em situação de violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Trazendo essa problemática para dados atuais, lançamos luz sob a publicação do Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2025: o 19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública com

² Neste trabalho, não adotamos a palavra “vítima” para casos de pessoas em situação de violência sexual. Em todos os momentos que essa palavra estiver sendo utilizada, deve-se a fidelidade dos documentos que estão sendo explanados e ainda evocam tal nomenclatura. Portanto, como pesquisadoras da área da Saúde Coletiva e da interseccionalidade, defendemos a utilização da “pessoa em situação de violência” para evitar o apagamento do agenciamento/das estratégias dessas meninas e mulheres para o enfrentamento da violência.

dados referentes ao ano de 2024. Este documento revela que os crimes sexuais seguem sendo uma constante no Brasil. Em caráter nacional, foram registrados 37.972 casos de importunação sexual e 8.353 casos de assédio sexual³ (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2025a).

Dentro das possíveis consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações que provoca na pessoa em situação de violência, caracterizando-se como uma segunda forma de violência. Essa situação impõe à menina/mulher diversos desafios, resultando em impactos sociais, físicos e psicológicos significativos (Nunes; Moraes, 2016; Santos; Drezett; Alves, 2015).

Ainda se tratando de dados do 19º Anuário, foi registrado o maior número de estupros e estupros de vulnerável⁴ da história do país (desde o início da série histórica acompanhada pelo Fórum em 2011). Em números absolutos, foram registradas 87.545 vítimas (ambos os sexos) no ano de 2024; este valor é mais do que o dobro do registrado no ano de 2011. Desses casos, 74.810 (87,7%) eram do sexo feminino, 76,8% eram vulneráveis (67.204 casos) e 55,6% eram negras (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2025a).

Ainda retratando fatos recentes, o *Boletim da Situação Epidemiológica da Violência Interpessoal e Autoprovocada contra Mulheres no Estado do Amazonas* (2025), referente ao cenário do ano de 2024, divulgado pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP), registrou 6.527 ocorrências de violência contra as mulheres no Estado, abrangendo todas as faixas etárias, revelando um aumento progressivo desde 2021. Desse total, 2.769 (42,4%) notificações correspondem à violência sexual, sendo que aproximadamente 1.254 (45,3%) casos foram de estupro de vulnerável e aproximadamente 781 casos (28,2%) foram de estupro. Além disso, cerca de 80% das situações de gravidez decorrentes de violência ocorreram entre menores de 1 ano até adolescentes de 19 anos.

Esses números em nível nacional são refletidos em dados locais, como os da microrregião do Alto Solimões – escolhida para este estudo -, que abrange nove municípios e é marcada por importantes fronteiras internacionais. Nessa região, a cidade de Benjamin Constant registrou 125 casos notificados de violência contra a mulher, enquanto Tabatinga teve

³ O assédio sexual é crime no Brasil (Art. 216-A do Código Penal, Lei 10.224/2001), definido como: constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função (BRASIL, 1940).

⁴ Categoria que inclui vítimas menores de 14 anos ou pessoas que, mesmo com 14 anos ou mais, não estão em condições de consentir (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2025a).

101 casos no mesmo período (FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS, 2025).

Portanto, a violência no Brasil, especialmente no Amazonas, é um problema de difícil mensuração, o que torna desafiador estimar sua magnitude exata. Isso deve-se a diversos fatores como a invisibilização e/ou subnotificação dos casos, a falta de padronização na coleta de dados, pouco investimento público, a extensa territorialidade, dificuldades logísticas locais, menor acesso a informatização e capacitações, entre outros (Vasconcelos *et al.*, 2024).

Diante desse cenário alarmante, sentimos a necessidade de continuar aprofundando nossas reflexões: para onde vão essas meninas e mulheres com gestações oriundas da violência sexual? Apesar de diversos fatores contribuírem para a ocorrência de gestações resultantes de violência sexual, muitas pessoas em situação de violência recorrem aos serviços de abortamento legal para interromper a gestação. No entanto, enfrentam dificuldades, principalmente devido ao desconhecimento sobre as instituições que realizam esse procedimento. Nesse contexto destaca-se que, a maioria das meninas e mulheres que buscaram atendimento após vivenciarem violência sexual, o fizeram por meio de instituições hospitalares (Branco, 2019). De modo semelhante, análises das notificações de violência contra mulheres no município de Manaus indicam que uma parcela expressiva desses registros tem origem nos serviços de saúde, responsáveis por cerca de 47,16% (1.233 de 2.614) das notificações (FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS, 2025).

Em termos de possíveis respostas para estas reflexões, trabalharemos o (in)acesso aos serviços a partir da noção de “rota crítica”. Este conceito foi desenvolvido no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ainda na década de 1990, como uma ferramenta analítica para compreender os percursos percorridos por mulheres em situação de violência na busca por apoio institucional e social. De modo geral, a rota crítica refere-se ao conjunto de decisões, estratégias e caminhos acionados pelas mulheres para enfrentar a violência, incluindo as instituições procuradas, as respostas recebidas e os obstáculos encontrados ao longo desse processo (Bruhn; Lara, 2016; BRASIL, 2011b; Sagot, 2000). Mais do que um trajeto linear, trata-se de um percurso frequentemente marcado por interrupções, retornos, silenciamentos e barreiras institucionais, que podem dificultar ou até mesmo impedir o acesso à proteção e à garantia de direitos.

Na realidade, muitas vezes a manifestação dessa ajuda é de forma silenciosa, especialmente entre adolescentes, onde a violência representa um rompimento do segredo imposto pelo medo ou pela dependência emocional. Os caminhos percorridos até a chegada ao

hospital, quando ocorrem, contam com o auxílio de terceiros, como delegacias, profissionais de saúde, amigos ou familiares, que desempenham um papel crucial no acolhimento da pessoa em situação de violência. Quando decidem romper com este ciclo, essas pessoas estão em busca de retomar seus sonhos, planos, garantir seus direitos à vida, liberdade e segurança (Arboit, 2019). No entanto, a rede de serviços, tanto da saúde quanto da segurança pública, aponta uma desinformação e desorganização nos encaminhamentos, dificultando o acesso a um atendimento adequado e ágil para essas jovens (Ruschel, 2020).

À luz desse panorama, a criação das primeiras Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) – vinculadas a polícia civil-, em 1985, representou um marco significativo na proteção das pessoas em situação de violência no Brasil, pavimentando o caminho para a formulação de políticas públicas mais estruturadas e eficazes. A partir desse período, novos avanços foram sendo articulados com o objetivo de erradicar a violência de gênero, entre eles a Agenda 2030, um plano global estabelecido em 2015 pela ONU, que definiu os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). No escopo dessa agenda, destaca-se o 5º ODS, que visa à promoção da igualdade de gênero e ao empoderamento de todas as mulheres e meninas. Dentre suas metas, incluem-se: 5.1 – "Erradicar todas as formas de discriminação contra mulheres e meninas em qualquer parte do mundo"; e 5.2 – "Eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas, tanto em espaços públicos quanto privados, incluindo o tráfico humano e a exploração sexual em suas diversas formas." (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2018).

A implementação de tais avanços resultou na consolidação de uma Rede de Enfrentamento e Atendimento às vítimas, que busca oferecer suporte, prevenção e combate à violência. Tal Rede de Atendimento diz a respeito da atuação integrada entre instituições governamentais, organizações não governamentais e a comunidade, a qual é fundamental para expandir e qualificar o atendimento às meninas e mulheres em situação de violência, assegurando sua identificação e encaminhamento adequado. Além disso, essa articulação possibilita o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção (BRASIL, 2011b).

A efetivação dessa Rede torna-se uma conquista importante, pois considera a rota crítica que a menina/mulher em situação de violência percorre, isto é, a Rede busca minimizar os desafios e facilitar o acesso aos serviços. Essa trajetória envolve múltiplas instituições, como emergências hospitalares, delegacias, serviços de assistência social, que atuam como portas de entrada para o atendimento. Tratando-se da área da saúde, a Política preconiza como portas de entrada: hospitais gerais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviços de

atenção básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF), serviços específicos de saúde mental e de violência sexual, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e defensorias públicas (BRASIL, 2011b).

No âmbito governamental, a Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência é composta por: Centros de Referência, Núcleos de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Defensorias da Mulher, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, ouvidorias em geral e Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres, CRAS e CREAS, Serviço de Responsabilização e Educação do Agressor, Polícia Civil e Militar, Juizados de Violência Doméstica e Familiar, Instituto Médico Legal (IML), Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos e Núcleo da Mulher da Casa do Migrante (BRASIL, 2011b).

No entanto, para que o suporte às pessoas em situação de violência seja eficaz, é essencial que esses serviços estejam devidamente articulados, garantindo um atendimento qualificado e evitando a revitimização, ou seja, a exposição repetitiva da menina ou mulher a situações de sofrimento durante o processo de busca por ajuda. Este é um ponto crucial para a presente dissertação, pois é exatamente nesse cenário de desarticulação da Rede de Enfrentamento que reside o problema da presente pesquisa. A falta de integração entre os serviços, o insuficiente conhecimento dos profissionais sobre os fluxos de atendimento e a identificação inadequada dos casos agravam ainda mais a situação das pessoas em situação de violência.

O Boletim da Situação Epidemiológica da Violência Interpessoal e Autoprovocada contra Mulheres no Estado do Amazonas (2025, p. 12) revela que:

[...] Poucos registros indicaram a continuidade do cuidado às mulheres após a notificação, conforme os encaminhamentos descritos na ficha, o que pode ter relação com a desarticulação da rede de proteção nos territórios. A falta de conhecimento e definição dos fluxos nos serviços e/ou a falta de domínio quanto à identificação dos casos e ao correto preenchimento da Ficha de Notificação podem orientar ações para a superação dessa problemática. A notificação é um instrumento de vigilância em saúde e também de garantia de direitos. Por meio dela é acionada a linha de cuidados, operada pelos encaminhamentos oportunamente realizados.

Diante dessa complexa realidade, surge a urgente necessidade de o sistema de saúde e seus profissionais se adaptarem para atender às demandas específicas das meninas e mulheres

em situação de violência (Branco, 2019). A continuidade das práticas discriminatórias as mantém em uma situação de vulnerabilização, tornando essencial a criação de estratégias para superar as múltiplas formas de opressão.

Considerando o exposto, juntamente com a tentativa de buscar subsídios para o desenvolvimento dessas estratégias que qualifiquem a atenção às meninas e mulheres em situação de violência e, assim, reduzir os danos causados pela desarticulação dos serviços, nossa questão de pesquisa é: como são as rotas críticas das meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes em situação de violência sexual percorridas dentro dos serviços de saúde do Amazonas, a partir da perspectiva das profissionais de saúde?

Para responder a essa questão, é fundamental investigarmos, desde a implementação de políticas públicas eficazes até a formação dos profissionais de saúde, além da criação de serviços especializados que reconheçam a diversidade das meninas e mulheres das fronteiras e suas vivências únicas. Ao abordar esses aspectos, espera-se contribuir para a construção de um sistema de apoio mais coeso, capaz de respeitar as particularidades dessas pessoas em situação de violência, promovendo um atendimento mais eficiente e sensível às suas necessidades.

1 JUSTIFICATIVA

A violência de gênero, especialmente a violência sexual, não pode ser compreendida como um evento isolado, mas sim como parte de um fenômeno complexo, atravessado por questões sociais, culturais e estruturais (Aguiar *et al.*, 2020). No campo da Saúde Coletiva, compreendemos que o cuidado a essas pessoas em situação de violência deve ser exercido de maneira integral, indo além do tratamento das consequências físicas e incluindo o acompanhamento psicológico e social. Essa perspectiva está alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza a integralidade do cuidado (Oliveira *et al.*, 2018).

Entre as atribuições do SUS, destacamos aqui o atendimento integral às pessoas em situação de violência, garantindo tanto a assistência médica quanto o suporte psicológico e social. Essa abordagem está respaldada tanto pela Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS quanto pela Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015, que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2015b).

Apesar do arcabouço normativo e das políticas públicas estabelecidas para enfrentar toda essa realidade que os dados supracitados nos apontam, observamos que o Brasil ainda se depara com desafios significativos na garantia de um atendimento adequado às meninas e mulheres em situação de violência sexual e enfrenta sérias lacunas. Estas lacunas existentes no sistema de saúde impactam diretamente a efetividade das ações previstas, evidenciando as desigualdades que se tornam ainda mais alarmantes em determinadas regiões do país (Alcantara *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2018).

É particularmente preocupante a situação da nossa região Norte, onde a complexidade do território amazônico, com sua vasta extensão e condições socioeconômicas desafiadoras, cria um cenário de desigualdade no acesso à saúde e dificulta a chegada das meninas e mulheres aos serviços, tornando-as ainda mais vulneráveis. Além disso, a distância entre zonas rurais e centros urbanos, somada à escassez de profissionais e unidades de saúde preparadas para lidar com a especificidade da violência, contribui para a subnotificação dos casos e para a inadequação dos atendimentos (Dolzane; Schweickardt, 2020).

Destaca-se também a alarmante situação relativa à violência contra crianças e adolescentes no Amazonas, uma realidade historicamente desenfreada e banalizada. Essa observação está alinhada com as informações contidas no *Boletim da Situação Epidemiológica da Violência Interpessoal e Autoprovocada contra Mulheres no Estado*, revelando uma maior proporção de incidência de casos de notificação de violência entre os 10 a 14 anos. O documento aponta também que, entre os casos notificados em que a pessoa estava grávida, 631 (57,3%) correspondem a meninas de 10 a 14 anos e 208 (18,9%) a adolescentes de 15 a 19 anos. Além disso, “a violência sexual foi a mais prevalente em mulheres na infância, na adolescência e entre idosas” quando comparada com a violência física que foi mais presente em jovens e adultas. Sendo assim, por se tratar de uma problemática atual e presente em todas as idades, ao longo deste trabalho, optamos por utilizar o termo ‘meninas e mulheres’ a fim de dar maior visibilidade à essa problemática pertinente da violência na nossa região (FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS, 2025).

Diante de todo esse preocupante cenário, nossa pesquisa se propõe a conhecer as principais rotas críticas da violência sexual contra meninas e mulheres das fronteiras na região amazônica, com um olhar atento às particularidades regionais e às especificidades dentro do campo da Saúde Coletiva. A Amazônia possui características já citadas anteriormente que demonstram uma necessidade de abordagem específica e diferenciada em relação ao atendimento das pessoas em situação de violência. Nosso trabalho contribuirá para a

compreensão dos principais desafios que dificultam o acesso dessas mulheres e meninas aos serviços de saúde especializados e para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à garantia de um atendimento mais humanizado e eficaz.

Ao propor um estudo sobre as rotas críticas percorridas por meninas e mulheres em situação de violência sexual, é uma forma de nos depararmos com as inquietações presentes em nossas trajetórias acadêmicas, as quais nos movem enquanto pesquisadoras e cidadãs comprometidas com a equidade em saúde. Diante dos dados alarmantes – apenas em 2023, foram registrados 6.527 casos de violência contra mulheres na região – sentimos a responsabilidade de criar espaços de visibilidade às histórias silenciadas pelo medo, pelas barreiras institucionais e geográficas (FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS, 2025).

Essas vozes – entaladas – das vivências dessas pessoas em situação de violência não emergem isoladamente; elas se constroem a partir do cotidiano nas fronteiras, nos encontros com outras meninas/mulheres na mesma situação, nas relações com as instituições e nas respostas – ou omissões – do Estado. São vozes atravessadas por histórias vividas e narradas, por discursos que nomeiam experiências, por relações de poder que (re)produzem marcadores de gênero, opressões, desigualdades e hierarquias sociais, históricas e culturais. Esses elementos não apenas moldam a forma como a violência é experienciada e compreendida, mas também influenciam os caminhos possíveis para o a identificação/reconhecimento, a denúncia e o (des)cuidado (Aguar *et al.*, 2020).

Nossa pesquisa busca refletir sobre os déficits no atendimento e aprofundar a discussão sobre a violência sexual no contexto amazônico. Pretendemos, assim, contribuir com subsídios para a formulação das políticas públicas e para a qualificação dos profissionais de saúde, fomentando um cuidado mais acessível, sensível e efetivo. Acreditamos que esse estudo pode gerar impactos positivos não apenas na prática da Saúde Coletiva, mas também na construção de uma sociedade mais justa e equitativa para as meninas e mulheres.

Ao evidenciar as desigualdades estruturais que atravessam os corpos femininos, especialmente no que diz respeito ao acesso à saúde e à vivência segura de sua sexualidade e integridade, buscamos colaborar para o enfrentamento das múltiplas formas de opressão que historicamente limitam sua autonomia, seus direitos e sua dignidade. Nesse sentido, esta pesquisa se propõe como parte de um movimento mais amplo de transformação social, que visa não apenas denunciar injustiças, mas também contribuir com caminhos concretos para a redução – e, idealmente, a extinção – dessas violências sistemáticas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender as rotas críticas de meninas e mulheres das/nas fronteiras e migrantes em situação de violência sexual, percorridas nos serviços de saúde do Amazonas, a partir das narrativas das profissionais da assistência à saúde.

2.2 Específicos

- a) Conhecer as principais rotas críticas percorridas pelas meninas e mulheres das fronteiras em situação de violência sexual no Amazonas e seus desfechos, a partir da perspectiva de profissionais que atuam na assistência;
- b) Identificar os principais desafios enfrentados por meninas e mulheres das fronteiras no cuidado à violência sexual no Amazonas, a partir das narrativas de profissionais da assistência.

3 PERSPECTIVAS TEÓRICAS

A sociedade em que vivemos é composta por camadas interconectadas de realidades e vivências, onde as experiências de meninas e mulheres em regiões de fronteiras revelam desafios únicos e, muitas vezes, invisibilizados. Ao abordar a violência sexual sob as lentes de gênero, território e vulnerabilização no primeiro capítulo, desvelamos um cenário multifacetado e desconcertante, no qual as rotas críticas dessas meninas e mulheres se tornam difíceis de percorrer.

Para aprofundar essa análise, recorreremos às contribuições teóricas de autoras que problematizam as relações de poder e as desigualdades de gênero na organização da vida social. As reflexões de Joan Scott, ao compreender o gênero como uma categoria analítica fundamental para interpretar as relações de poder, oferecem importantes ferramentas para compreender as estruturas sociais que sustentam as desigualdades.

Em diálogo com essa perspectiva, articulamos também as contribuições de feministas como Kimberlé Crenshaw, Angela Davis, Patricia Hill Collins, Sirma Bilge, Gloria Anzaldúa e Rita Segato, cujas reflexões – especialmente a partir da interseccionalidade, do feminismo negro, dos feminismos de fronteira e das perspectivas latino-americanas sobre colonialidade e violência – permitem ampliar essa análise ao evidenciar como gênero, raça, classe, território e outras formas de desigualdade se entrelaçam na produção das violências e nas condições de acesso a direitos, incluindo no campo da saúde coletiva.

Ainda no primeiro capítulo, também abordamos as interseccionalidades entre raça, classe, gênero e território que intensificam as desigualdades e a situação de violência, criando barreiras adicionais ao acesso humanizado e de qualidade. Além disso, discutimos as diretrizes internacionais e nacionais que orientam políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência sexual, analisando seu impacto na Rede de Atendimento às pessoas em situação de violência. Ao final do capítulo, introduzimos o conceito de justiça reprodutiva, mobilizado principalmente a partir das formulações de Loretta Ross, Luz Rodriguez, Patricia Hill Collins, Sirma Bilge, Luz Alvarez Martinez, Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky, que se revela como uma lente crítica essencial para entender e questionar os desafios enfrentados por essas meninas/mulheres, principalmente no que diz respeito à autonomia reprodutiva e ao acesso a direitos fundamentais em contextos de fronteiras. Essa abordagem ampliada proporciona uma compreensão mais profunda sobre como as violações de direitos se entrelaçam com as questões de saúde, gênero e poder, sinalizando a urgência de uma ação política mais eficaz para garantir a dignidade e a autonomia das pessoas em situação de violência.

Em seguida, no segundo capítulo, iremos compreender a Rede de Enfrentamento e Atendimento às pessoas em situação de violência sexual, abordando a estrutura e os serviços disponíveis tanto no Brasil quanto no Amazonas e Manaus. Este capítulo analisará as trajetórias de implementação dessas redes, as políticas públicas que sustentam os serviços de apoio e a evolução histórica do atendimento a essas pessoas em situação de violência. Serão discutidos os desafios enfrentados na construção de uma rede integrada e eficaz, considerando as particularidades das regiões de fronteiras e as especificidades de cada serviço, como delegacias especializadas, unidades de saúde, centros de acolhimento e apoio psicológico. A partir dessa análise, busca-se entender as lacunas existentes, as forças dessa rede e os caminhos necessários para aprimorar a assistência e o enfrentamento da violência sexual no país.

Por fim, temos o terceiro e último capítulo das nossas perspectivas teóricas, no qual aprofundamos a análise sobre as rotas críticas enfrentadas por meninas e mulheres em situação

de violência sexual, com atenção especial ao contexto das regiões de fronteiras. Tomando como referência o conceito de rotas críticas proposto por Montserrat Sagot, buscamos compreender os percursos institucionais e sociais trilhados por essas meninas e mulheres na busca por proteção, acolhimento e justiça. A partir de uma perspectiva interseccional que articula gênero, raça e classe, será analisado como essas trajetórias são atravessadas por múltiplas vulnerabilizações e desafios no acesso à proteção, ao acolhimento e à justiça.

A discussão parte do entendimento de que o sistema de saúde, marcado por desigualdades históricas, muitas vezes reproduz exclusões, seja pela fragmentação do cuidado, pela ausência de escuta qualificada ou pelas barreiras à continuidade do atendimento. O conceito de acessibilidade será ampliado, considerando não apenas a oferta física de serviços, mas os entraves estruturais que limitam o acesso ao cuidado integral e sensível. Dialogando com o feminismo negro e com críticas ao neoliberalismo nas políticas públicas, o capítulo buscará evidenciar como formas contemporâneas de gestão da saúde reforçam a violência institucional. Ao examinar essas dinâmicas, a análise pretende contribuir com reflexões e propostas que fortaleçam a justiça social e o enfrentamento das opressões que atravessam os corpos e vidas de meninas e mulheres em situação de violência.

3.1 Violência sexual: uma questão de gênero

“Como fenômeno sócio-histórico, a violência acompanha toda a experiência da humanidade.” (Minayo, 2006, p. 8)

Início este capítulo trazendo um trecho assertivo da obra de Minayo para destacar que a violência, em suas múltiplas formas, é uma manifestação extrema das desigualdades de gênero. Trata-se de um problema estrutural que atinge milhões de pessoas no mundo e viola seus direitos. Apesar dos contínuos avanços nas políticas públicas e nas legislações internacionais, a violência persiste, afetando desproporcionalmente meninas e mulheres e grupos historicamente marginalizados, sendo atravessada por marcadores como raça, classe, território, etnia, como bem vimos anteriormente nas trajetórias de Anastácia e sua mãe Delmira (Collins; Bilge, 2021; Scott, 1995).

Ao resgatarmos a origem do termo 'violência', que vem do latim *violentia*, derivado de *violentus* – significando 'impetuoso, furioso, violento' –, encontramos sua raiz em *vis*, que

remete à ideia de 'força' ou 'poder'. Em sua carga semântica, o termo já traz a noção de coação, dominação e uso excessivo da força sobre o outro. Conhecer essa origem talvez nos permita compreender a fundo a reflexão sobre essa problemática tão complexa (Arboit, 2019; Boris; Cesídio, 2007; Cunha, 2010; Minayo, 2006).

Assim, a violência, além de um fenômeno físico, também se manifesta na dimensão simbólica e subjetiva, sendo historicamente moldada por relações de poder. O corpo e a subjetividade não são entidades neutras, mas sim construções sociais atravessadas por disputas e sistemas de dominação. Os sistemas de dominação patriarcal escondem todas as injustiças voltadas às meninas/mulheres e as opressões resultantes da interseção entre capitalismo, racismo e patriarcado, que afetam especialmente pessoas negras e mulheres (Boris; Cesídio, 2007).

No contexto da pesquisa feminista, esse debate se aprofunda ao reconhecer que corpos marginalizados desafiam tais estruturas opressivas e estão em busca de espaços de resistência. Collins (2012) argumenta que as experiências das meninas e mulheres negras, frequentemente invisibilizadas, tornam-se também formas de enfrentamento dessa dura realidade, pois seus corpos e vozes confrontam as narrativas hegemônicas impostas pelo patriarcado e pelo racismo estrutural.

Afinal, para compreender a violência contra a mulher, é essencial analisá-la a partir das dinâmicas de gênero, entendendo seus impactos na vida dos sujeitos femininos e de outros grupos vulnerabilizados. Com esse objetivo, este capítulo se baseia na perspectiva de gênero da historiadora norte-americana Joan Scott (1995), que propõe uma abordagem fundamental para compreender as relações de poder que estruturam as desigualdades e sustentam as distinções entre os sexos.

Segundo Scott (1995), gênero não se restringe a uma identidade individual, mas constitui uma categoria social imposta sobre os corpos sexuados. Ele se refere às configurações culturais e sociais que moldam os papéis atribuídos a homens e mulheres, indo além da mera distinção biológica. Dessa forma, gênero está intrinsecamente ligado às estruturas e ideologias que regulam e perpetuam as relações de poder.

Ao longo da história, a diferença entre os sexos foi utilizada como justificativa para a desigualdade dentro da hierarquia imposta pela dominação masculina. Os sujeitos femininos foram socialmente subordinados por meio de um sistema complexo de transmissão de valores que, repetidos sem reflexão crítica, passaram a ser apresentados como naturais e universais. Tais valores operam na manutenção de uma ordem patriarcal que regula as relações de gênero,

sustentando práticas de controle sobre o corpo e a sexualidade feminina, a divisão desigual do trabalho e a limitação do acesso das mulheres a espaços de poder e autonomia. Nesse sentido, conforme argumenta Rita Laura Segato (2003), as hierarquias de gênero constituem parte de uma estrutura política de dominação na qual a masculinidade se afirma pela capacidade de exercer poder e controle sobre o feminino, reproduzindo e legitimando desigualdades nos âmbitos público e privado (Minayo, 2005; Scott, 1995).

As principais instituições sociais – família, religião, escola, mídia, sistema jurídico e ambiente de trabalho – reforçaram essas crenças, perpetuando a ideia de que a menina/mulher seria um ser inferior, frágil e destinado apenas ao cuidado. No entanto, os papéis de gênero não são fruto da natureza, mas sim de uma construção histórica e social que impôs limites às capacidades emocionais, físicas e intelectuais de cada sexo, restringindo suas possibilidades em diversas áreas (Araújo, 2005; Gomes; Balestero, Rosa, 2016).

No entanto, essa desigualdade de gênero não afeta todas as pessoas do sexo feminino da mesma forma. Usada como ferramenta analítica, a interseccionalidade compreende que fatores como raça, classe social, orientação sexual, identidade de gênero, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras, criam experiências distintas de opressão. Assim, torna-se necessário um olhar interseccional para analisar como essas diferentes formas de discriminação se sobrepõem e reforçam umas às outras (Collins; Bilge, 2021). A autora Angela Davis, em *A liberdade é uma luta constante* (2015) traz a reflexão da interseccionalidade para dentro do contexto da violência contra as mulheres ao dizer que ela é sustentada por estruturas raciais, econômicas e sociais que marginalizam certos grupos. Lutas contra a violência de gênero devem, portanto, ser também lutas contra racismo e pobreza.

Apesar de ser um problema antigo em nossa sociedade, foi somente na Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, adotada pela ONU em 1993, que surgiu o primeiro documento internacional a definir formalmente a violência contra as mulheres. Segundo a declaração, trata-se de:

Qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou possa resultar, em dano físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada.

Destacamos aqui um ponto essencial da Declaração, que ressalta a vulnerabilização de determinados grupos de mulheres à violência. Entre esses grupos, estão àquelas pertencentes a minorias, como indígenas, refugiadas, migrantes, residentes em áreas rurais ou remotas, em situação de pobreza, institucionalizadas ou privadas de liberdade. Além disso, meninas,

mulheres com deficiência, idosas e aquelas que vivem em contextos de conflito armado também enfrentam riscos elevado. Assim, essa definição reconhece que a violência contra as mulheres é baseada no gênero, mas ainda se concentrava exclusivamente nas experiências femininas.

Portanto, o conceito de violência de gênero ganhou força somente nos anos seguintes, especialmente na IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em setembro de 1995. Esse evento se tornou um marco inquestionável nesse processo, pois foi, sem dúvida, a maior e mais importante das conferências, consolidando o uso do termo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995).

Para tal, a violência de gênero refere-se a qualquer forma de violência baseada nas relações de poder entre os gêneros, não se limitando apenas ao público feminino, mas também atingindo homens, pessoas LGBTQIAPN+ e qualquer indivíduo cuja identidade de gênero desafie normas tradicionais impostas pela sociedade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995).

A ONU, mais especificamente o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, 2003), afirma que essa violência pode assumir diversas formas, incluindo violência sexual, violências perpetradas por parceiros íntimos, tráfico de pessoas, mutilação genital feminina, casamento infantil e crimes de honra⁵. Embora mulheres e meninas sejam as principais atingidas, a ONU reconhece que homens, pessoas LGBTQIAPN+ e outros grupos também podem ser alvo desse tipo de violência. Nesse sentido, é evidente que essa manifestação não pode ser analisada isoladamente, pois está inserida em um contexto social mais amplo, no qual diversas opressões se entrelaçam.

Esse conceito amplia a compreensão da violência para além da agressão física, incluindo dimensões estruturais e institucionais que afetam grupos historicamente marginalizados. É um tema especialmente revelador para a reflexão, pois evidencia e intensifica as causas subjacentes que a geram (Minayo, 2005). Assim, ao analisá-la sob uma perspectiva interseccional, torna-se evidente como fatores (raça, classe, etnia, nacionalidade e orientação sexual) amplificam a vulnerabilização de certas meninas e mulheres, dificultando o acesso à justiça e à proteção (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Entrando mais a fundo na discussão, torna-se essencial retomar o conceito de violência sexual, anteriormente apresentado, por sua relevância central nesta pesquisa. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (2002) já destacava que esse tipo de violência não

⁵ A expressão é mantida por corresponder à terminologia utilizada pelo ACNUR (2003). Entretanto, tais "crimes de honra" são compreendidos atualmente como "feminicídios", sendo a nomenclatura alvo de críticas por associar essas violências à ideia de "honra".

se limita ao estupro, abrangendo diversas formas de coação, assédio e exploração, podendo ocorrer em diferentes contextos e ser praticado por qualquer indivíduo, independentemente do vínculo interpessoal.

Ainda assim, persiste a visão equivocada de que a violência sexual se restringe apenas ao estupro, ignorando sua amplitude. Além das manifestações já mencionadas, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011) ampliou essa compreensão ao incluir outras formas de violação. Entre elas, estão o constrangimento para presenciar, manter ou participar de relações sexuais indesejadas seja por ameaça, uso da força ou manipulação; a restrição ao uso de métodos contraceptivos; a coerção ao matrimônio, gravidez, aborto ou prostituição, por meio de ameaças, chantagens, subornos ou manipulações. Além disso, essa política ressalta que a violência sexual não se limita ao ato físico, mas engloba práticas que cerceiam a autonomia e os direitos sexuais e reprodutivos da pessoa em situação de violência.

Ainda sob essa perspectiva, Minayo (2005, p. 24) ao tratar sobre o estupro sob a ótica do gênero, afirma que: “No ato do estupro realiza-se superlativamente a dissociação entre o sujeito e o objeto da sexualidade, entre o apoderamento sexual do outro e a anulação da vontade da vítima.” Esse ato representa a máxima expressão do poder e da dominação, anulando o consentimento da outra e transformando a sexualidade em um ato de violência e opressão.

No Brasil, essa realidade se manifesta de maneira ainda mais intensa em regiões onde múltiplas vulnerabilizações se interligam, como no caso do Estado do Amazonas – localidade desta pesquisa. O histórico de desigualdade e violência na região está diretamente ligado ao processo colonial, que estruturou e aprofundou a opressão de mulheres indígenas, ribeirinhas e quilombolas. Desde o século XVII, a violência de gênero esteve entrelaçada à escravização, exploração sexual e subjugação dessas meninas e mulheres, cujos corpos foram tratados como mercadoria dentro do sistema colonial. Esse legado persiste até os dias atuais, refletindo-se nos alarmantes índices de violência registrados no estado (Dolzane; Schweickardt, 2020; Ribeiro, 2017).

A herança colonial ainda permeia as relações sociais e institucionais no Amazonas, resultando na naturalização da violência contra a menina/mulher, que muitas vezes é pouco denunciada. Esse legado histórico contribui para a manutenção de desigualdades estruturais, manifestando-se nos alarmantes índices de violência de gênero registrados nos últimos anos. De acordo com o 19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2025), foram registrados 122 feminicídios na região Norte em 2024, dos quais 29 ocorreram no Amazonas, configurando o

segundo estado com maior número de registros na região. No mesmo levantamento, entre os 50 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes que apresentam as maiores taxas de estupro, Itacoatiara, no Amazonas, ocupa a 25ª posição, com taxa de 76,4 registros (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2025a).

Esses índices refletem a interseção de desigualdades socioeconômicas, exclusão territorial e ausência de políticas públicas eficazes, que perpetuam um ciclo de violência contra as meninas e mulheres na região. Além disso, o tráfico desse público e a exploração sexual continuam sendo desafios persistentes, muitas vezes ligados a redes criminosas que atuam impunemente devido à fragilidade da fiscalização e da aplicação da lei. A precarização dos serviços de proteção, o isolamento geográfico e a dificuldade de acesso à justiça agravam ainda mais esse cenário, sobretudo para indígenas, ribeirinhas e quilombolas, que enfrentam barreiras significativas para denunciar abusos e buscar apoio (Cargnin *et al.*, 2021).

Dessa forma, torna-se evidente que a violência de gênero no Amazonas não é um fenômeno isolado, mas sim uma consequência direta de um processo histórico de exploração e exclusão social. Compreender essa continuidade entre passado e presente é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes, capazes de enfrentar o problema em sua raiz e transformar as estruturas que sustentam a desigualdade.

Nesse contexto, enfrentar a violência de gênero em todas suas modalidades é essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pela ONU, especialmente o ODS 5 já citado anteriormente. Entretanto, para que tais objetivos sejam alcançados com justiça e profundidade, é necessário adotar uma perspectiva interseccional que considere as múltiplas camadas de opressão vivenciadas por sujeitos vulnerabilizados.

As violências de gênero que atravessam o corpo e a vida das mulheres brasileiras – em especial no contexto amazônico – são marcadas por camadas históricas, sociais e institucionais que sustentam a desigualdade. Tais violências não se restringem ao corpo físico: impactam profundamente os projetos de vida, a saúde e a autonomia das meninas e mulheres, especialmente quando se vinculam à sexualidade, à maternidade e à liberdade de escolha. Mais do que reconhecer essas desigualdades, torna-se urgente afirmar o direito de viver com dignidade em todas as dimensões da existência. É nesse ponto que a justiça reprodutiva se apresenta como um campo de análise e ação indispensável, ao escancarar como essas violações afetam diretamente os corpos, os desejos e as possibilidades de autodeterminação em contextos marcados por múltiplas vulnerabilizações. Mobilizar essa noção, portanto, é fundamental para articular as diferentes dimensões abordadas neste capítulo, convocando políticas públicas que

asseguem não apenas a sobrevivência, mas a plenitude dos direitos sexuais e reprodutivos (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

A justiça reprodutiva surge como uma resposta crítica às limitações dos discursos tradicionais sobre os direitos reprodutivos, frequentemente centrados em perspectivas universalistas que ignoram desigualdades estruturais. Essa proposta foi desenvolvida por ativistas negras nos Estados Unidos nos anos de 1990, com destaque para Loretta Ross e outras integrantes do coletivo *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective*. No campo acadêmico latino-americano, autoras como Luz Rodriguez têm contribuído para ampliar esse debate, ao evidenciar como desigualdades sociais, institucionais e territoriais atravessam o acesso aos direitos reprodutivos e aos serviços de saúde. Mais do que uma reivindicação por acesso a serviços de saúde, essa abordagem interseccional articula raça, classe, gênero, território e cidadania, afirmando o direito de todas as pessoas de decidir se querem ou não ter filhos e de criá-los em contextos dignos e seguros. Embora o termo seja recente, seus fundamentos já estavam presentes nas práticas históricas de resistência, cuidado e denúncia protagonizadas por mulheres (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

Como estrutura conceitual, a justiça reprodutiva combina direitos reprodutivos com justiça social, e se baseia em três pilares centrais e interligados: o direito de ter filhos nas condições que se escolher; o direito de não tê-los, seja por contracepção, aborto ou abstinência; e o direito de criar filhos em ambientes seguros, com acesso a recursos e livre de violências, tanto privadas quanto estatais. Essa concepção amplia o debate ao considerar os efeitos do racismo, do colonialismo, da pobreza e de outras formas de marcadores sociais, como o *status* migratório, a deficiência, a identidade de gênero ou a privação de liberdade, nas escolhas reprodutivas. Ao reconhecer que políticas habitacionais, alimentares, ambientais e educacionais interferem diretamente nas possibilidades de reprodução, a justiça reprodutiva torna visíveis as múltiplas formas pelas quais o controle sobre corpos, especialmente aqueles corpos racializados e empobrecidos, sustenta as desigualdades estruturais (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

Nesse cenário, a violência sexual vivida por meninas e mulheres em contextos de fronteiras evidencia como os três eixos da justiça reprodutiva podem ser simultaneamente negados. Primeiro, o direito de não ter filhos é comprometido pela gravidez resultante de estupro, associada à ausência de informação e de acesso a métodos contraceptivos ou aborto legal. Segundo, o direito de ter filhos com dignidade também é violado, seja por ações de esterilização forçada, seja por pressões institucionais que deslegitimam a maternidade de

meninas/mulheres em situação de pobreza. Por fim, o direito de criar filhos em ambientes seguros é corroído pelas condições precárias de vida, considerando que a própria condição de vulnerabilização territorial, institucional e social das fronteiras é marcada pela insegurança constante e pela ausência de proteção estatal. As fronteiras, nesse contexto, não apenas separam territórios, mas funcionam como barreiras concretas ao exercício desses direitos, acentuando o abandono e o controle seletivo exercido sobre determinados corpos. A justiça reprodutiva, ao colocar em evidência essas múltiplas dimensões, nos oferece uma chave interpretativa potente para compreender não apenas os efeitos da violência, mas também a omissão do Estado frente às desigualdades que a perpetuam (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

Não é possível falar em autodeterminação reprodutiva quando há estruturas institucionais que silenciam, vulnerabilizam e punem essas meninas e mulheres, negando-lhes o acesso à informação, ao acolhimento e aos recursos necessários para decidir sobre seus corpos e futuros. Essa compreensão exige o deslocamento da responsabilidade individual, que muitas vezes recai injustamente sobre essas meninas e mulheres, para uma análise que reconheça o papel central das instituições e do Estado na reprodução das desigualdades. Mais do que garantir direitos formais, trata-se de construir condições materiais e simbólicas para que as escolhas reprodutivas possam, de fato, ser exercidas, especialmente em contextos marcados pela violência e pelo abandono sistemático das instituições públicas nas margens do país (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

Nas políticas públicas voltadas à saúde e ao planejamento reprodutivo, a categoria “mulheres em situação de vulnerabilidade social” costuma ser usada com frequência, muitas vezes como justificativa para ações do Estado que se dizem protetivas. Porém, o uso dessa categoria nem sempre vem acompanhado de uma análise crítica: ela pode acabar funcionando como uma espécie de “atalho” para definir quem deve ser alvo dessas políticas, sem necessariamente considerar os diferentes contextos e as histórias de vida dessas meninas e mulheres. Em muitos casos, essas ações acabam se voltando principalmente a adolescentes e jovens negras, o que levanta questionamentos sobre quais corpos o Estado considera problemáticos ou controláveis. Ao mesmo tempo, chama atenção o fato de que meninas e mulheres que sofrem violência, por exemplo, raramente aparecem como público dessas políticas. Será que essas mulheres não estão também vivendo situações de risco social? Por que a reprodução nas margens da sociedade causa tanto incômodo? Perguntar isso é também questionar os critérios que orientam as decisões públicas sobre quem merece proteção e quem

continua sendo alvo de intervenção (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

Em síntese, a violência de gênero, com suas múltiplas dimensões, é um fenômeno que reflete e perpetua desigualdades estruturais profundamente enraizadas na sociedade. A interseccionalidade evidencia como certos grupos, especialmente mulheres negras, indígenas e em situação de vulnerabilização, enfrentam formas de violência ainda mais intensas e invisibilizadas. A compreensão da violência de gênero, tanto no contexto global quanto no cenário específico da Amazônia, exige não apenas o reconhecimento de suas manifestações físicas, mas também de suas raízes históricas e simbólicas. É nesse contexto que a justiça reprodutiva emerge como um caminho crucial para garantir a autonomia e dignidade de corpos historicamente marginalizados, reafirmando a necessidade de políticas públicas interseccionais que não apenas protejam, mas também promovam a igualdade de direitos, rompendo com as estruturas que sustentam a opressão e a violência.

3.2 Principais trajetórias que construíram e constroem caminhos

3.2.1 Histórico do enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil

Nesse contexto da violência de gênero, é fundamental analisarmos as principais trajetórias que construíram caminhos no Brasil para enfrentar, minimizar e, idealmente, erradicar essa problemática, em consonância com o exposto na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, instituída em 2011. O país, ao longo dos anos, tem mostrado seu compromisso com essa luta ao tornar-se signatário de diversos tratados e convenções internacionais voltados para a erradicação da violência contra as mulheres. As primeiras conquistas do movimento feminista na articulação com o Estado para a criação de políticas públicas voltadas para esse público ocorreram na década de 1980.

Em 1985, foi criada em São Paulo a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), um marco na proteção às pessoas em situação de violência doméstica e de gênero. Essa iniciativa inovadora teve como objetivo oferecer atendimento especializado e humanizado ao público feminino, garantindo um espaço seguro para a denúncia de violências. No mesmo ano, foi instituído o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) por meio da Lei nº 7.353/85 – e regulamentado pelo Decreto nº 6.412, de 25 de março de 2008 –, com a missão de promover políticas públicas voltadas à promoção da igualdade de gênero e à defesa dos direitos das

mulheres, as quais estavam voltadas para a criação e manutenção de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) e de Casas-Abrigo (BRASIL, 2011b).

No ano seguinte, em 1986, a Secretaria de Segurança Pública de São Paulo criou a primeira Casa-Abrigo para aquelas em situação de risco de morte, um avanço significativo no acolhimento e proteção de pessoas em situação de violência doméstica e suas/eus filhas/os. Esse modelo de abrigo passou a ser replicado em outras regiões do país a partir de 1990, permitindo que mulheres ameaçadas tivessem um local seguro para reconstruir suas vidas longe dos autores da violência (Venâncio, 2018).

Ao longo dos anos seguintes, outras medidas foram implementadas para fortalecer a Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher. Entre elas, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994), que se tornou o primeiro tratado internacional legalmente vinculante a reconhecer e criminalizar todas as formas de violência contra a mulher, com ênfase especial na violência sexual. Esse documento reforçou a necessidade de medidas concretas para garantir a proteção feminina, com ênfase especial na violência sexual, impulsionando a criação de políticas públicas e legislações específicas no Brasil e em outros países da América Latina (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994).

Quatro anos depois, em 1998, o Ministério da Saúde elaborou a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual, um documento essencial para orientar profissionais de saúde sobre como lidar com pessoas em situação de violência sexual, garantindo atendimento adequado e humanizado nos serviços de saúde. Essa iniciativa oferece às adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada (BRASIL, 2011b).

No início dos anos 2000, novas políticas nacionais foram estabelecidas. Em 2002, foi criada a Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), vinculada ao Ministério da Justiça, e, sob sua gestão, foi implementado o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher. Esse programa tinha como principal objetivo promover ações integradas entre diferentes órgãos governamentais e organizações da sociedade civil, visando à prevenção e ao enfrentamento da violência contra o sexo feminino. Uma das grandes contribuições do programa foi a ampliação da Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência, incentivando a criação e fortalecimento de DEAMs e Casas-Abrigo em todo o país (BRASIL, 2011b).

Já em 2003, dois avanços importantes marcaram a legislação brasileira: a Lei nº 10.778/2003, que tornou obrigatória a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde, públicos ou privados, contribuindo para a criação de um banco de dados mais preciso sobre a incidência desses crimes; e a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), que passou a promover a criação de novos serviços (como o Centro de Referência de Atendimento às Mulheres, as Defensorias da Mulher, os Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, as Promotorias Especializadas) e de propor a construção de Redes de Atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011b).

O ano de 2004 marcou um importante avanço com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I CNPM). Esse evento reuniu representantes do governo e da sociedade civil para debater estratégias e diretrizes voltadas à promoção dos direitos das mulheres. Como resultado desse diálogo, foi elaborado o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) em 2007, um documento fundamental para orientar ações e políticas públicas voltadas à igualdade de gênero e ao combate à violência contra as mulheres em âmbito nacional (BRASIL, 2011b).

Dois anos depois, em 2006, o Brasil deu um dos passos mais significativos nessa luta com a promulgação da Lei nº 11.340/2006, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha. Publicada em 07 de agosto desse ano, essa legislação foi criada para coibir e punir a violência doméstica e familiar contra a mulher, sendo considerada um marco no combate à impunidade dos autores da violência. Entre suas inovações, a lei determinou que os crimes de violência doméstica passassem a ser julgados nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher – ou, na ausência destes, nas Varas Criminais. Além disso, estabeleceu cinco categorias de violência doméstica: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, ampliando a compreensão sobre a complexidade desse tipo de crime. Outra mudança essencial foi a proibição da aplicação de penas pecuniárias (como pagamento de cestas básicas ou multas), que anteriormente eram frequentemente utilizadas para penalizar os autores da violência de forma branda. A lei também passou a garantir que as pessoas em situação de violência e seus dependentes fossem encaminhados a programas e serviços de proteção e assistência social, reforçando o papel do estado na proteção das pessoas do sexo feminino (BRASIL, 2006).

Em 2007, um novo avanço ocorreu com a criação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, lançado em agosto daquele ano. Essa iniciativa teve como objetivo fortalecer e integrar as políticas públicas voltadas à prevenção e combate à violência

de gênero, articulando ações entre os governos federal, estaduais e municipais, visando também a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. O pacto previu investimentos em diversas frentes, como o fortalecimento das DEAMs, a ampliação da rede de Casas-Abrigo e a criação de novos serviços de atendimento às pessoas em situação de violência, garantindo uma resposta mais efetiva e estruturada do poder público (BRASIL, 2011b).

Nos anos seguintes a 2007, o Brasil continuou avançando no combate à violência de gênero por meio da criação de novas políticas públicas, serviços especializados e legislações específicas. Um dos marcos mais importantes foi a criação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, em 2009. É um canal de atendimento gratuito e confidencial, que recebe ligações do Brasil inteiro e todos os dias (24h). Tornou-se essencial para orientar mulheres em situação de violência, recebendo denúncias, fornecendo informações sobre direitos e encaminhamentos para serviços de proteção. Além disso, o Ligue 180 também passou a desempenhar um papel importante na produção de dados sobre a violência contra a mulher no Brasil, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes (BRASIL, s.d.b.).

Lançado em 2013, o programa ‘Mulher, Viver sem Violência’ foi criado com a finalidade de fortalecer e unificar os serviços públicos destinados àquelas em situação de violência. A proposta visa integrar diferentes áreas de atendimento, promovendo uma articulação mais eficiente entre os serviços especializados nas áreas de saúde, justiça, segurança pública, assistência social e apoio à autonomia financeira. Em 30 de agosto do mesmo ano, o programa foi oficialmente instituído como uma política governamental por meio do Decreto nº 8.086/2013 (BRASIL, s.d.c.).

A partir dessa iniciativa, diversas medidas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres foram implementadas. Entre elas, destaca-se a criação da Casa da Mulher Brasileira, lançada em 2015 como parte do programa ‘Mulher, Viver sem Violência’. Esse projeto inovador tem como objetivo reunir, em um único espaço, diferentes serviços essenciais para o acolhimento, triagem e proteção das mulheres em situação de violência. As unidades contam com o cuidado das crianças em brinquedoteca, alojamento de passagem, central de transporte, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, Ministério Público, Defensoria Pública, serviços psicossociais, assistência jurídica, suporte para autonomia financeira e Casas-Abrigo, garantindo um atendimento integrado e humanizado (BRASIL, s.d.a.).

Paralelamente ao fortalecimento das diretrizes de atendimento e proteção às vítimas, a preocupação com a violência letal contra mulheres levou à elaboração da Lei do Feminicídio

(Lei nº 13.104/2015), proposta em 2013 e sancionada em 2015. Com essa legislação, o feminicídio passou a ser considerado uma circunstância qualificadora do crime de homicídio, tornando-se um crime hediondo, com penas mais severas. A lei reconheceu que o assassinato de mulheres por razões de gênero não é um crime comum, mas sim uma manifestação extrema da desigualdade e da violência estrutural contra elas, exigindo punições mais rígidas e políticas de prevenção mais eficazes (BRASIL, 2015a).

No ano seguinte destaca-se a publicação da Portaria nº 2.393/2016 do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde. A medida buscou fortalecer a organização e integração dos serviços de saúde responsáveis pelo atendimento a essas pessoas, definindo os serviços de referência e as equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e farmacêutico) necessárias (BRASIL, 2016).

Três anos depois, em 2018, foi sancionada a Lei do Assédio e Importunação Sexual (Lei nº 13.718/2018), que tipificou como crime a importunação sexual, punindo atos como assédio em transportes públicos e toques indesejados sem consentimento. Antes dessa lei, esses atos eram tratados apenas como contravenções penais leves, sem punições adequadas. A mudança trouxe maior rigor na punição dos autores da violência e reforçou a importância da proteção às mulheres em espaços públicos e privados (BRASIL, 2018).

O ano de 2021 trouxe a criação da Lei nº 14.188, definindo o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a violência doméstica, que incentiva mulheres a desenharem um “X” vermelho na palma da mão e apresentá-lo em farmácias e outros estabelecimentos parceiros como um pedido silencioso de socorro (BRASIL, 2021).

Mais recentemente, em 2023, o Brasil tem fortalecido sua rede de proteção às mulheres com a ampliação da Casa da Mulher Brasileira, a implementação de novas delegacias especializadas em cidades menores e o investimento em centros de acolhimento para pessoas em situação de violência. Além disso, campanhas de conscientização e programas de prevenção têm sido reforçados, buscando envolver a sociedade na erradicação da violência de gênero.

Ainda em 2023, o programa ‘Mulher, Viver sem Violência’ foi retomado com a publicação do Decreto nº 11.431/2023, passando a compor a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Essa retomada reforça o compromisso do governo com a ampliação e a efetividade das ações de proteção, assistência e prevenção da violência de gênero no país (BRASIL, s.d.c.).

Essas iniciativas demonstram que, ao longo dos anos, o Brasil tem avançado na formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as meninas/mulheres. No que tange ao olhar voltado à violência sexual, Lima e Deslandes (2014) apontam um progresso importante a partir dos anos 2000, com a ampliação dos serviços de atendimento. No entanto, as autoras destacam que o desafio persiste na efetivação e na cobertura desses serviços, sobretudo em regiões marcadas por desigualdades estruturais.

Essa limitação é evidenciada pelos dados mais recentes da 5ª edição da pesquisa “*Visível e Invisível: Vitimização de Meninas e Mulheres*”, realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Instituto Datafolha (2025b). O estudo aponta a maior prevalência já registrada (37,5%) de mulheres que relataram ter vivenciado alguma situação de violência nos últimos 12 meses. “Significa, em números absolutos, que ao menos 21,4 milhões de brasileiras foram vítimas de violência no último ano” (p. 24). Com base em entrevistas com pessoas em situação de violência de 16 anos ou mais, a edição também revela que os avanços legislativos e institucionais, embora fundamentais, ainda não foram capazes de conter a escalada das violências. Isso reforça a urgência do estado continuar investindo em políticas públicas que ultrapassem o campo normativo e sejam efetivamente implementadas com enfoque interseccional, sensível às especificidades territoriais e capaz de proteger e acolher, de fato, as meninas e mulheres em situação de maior vulnerabilização, além de assegurar a responsabilização dos autores da violência.

3.2.2 Histórico do enfrentamento da violência contra as mulheres no Amazonas

O Estado do Amazonas tem avançado no enfrentamento à violência de gênero por meio da implementação de políticas públicas e serviços especializados, garantindo maior proteção e acolhimento às mulheres em situação de violência. Um dos primeiros marcos nesse sentido foi a criação da Delegacia Especializada em Crimes contra a Mulher (DECCM), em 2003, na cidade de Manaus. A delegacia foi um passo essencial para oferecer um atendimento mais humanizado, contando com equipes capacitadas para registrar denúncias, conduzir investigações e orientar as pessoas do sexo feminino sobre medidas protetivas e acesso à justiça.

Nos anos seguintes, o Estado reforçou sua atuação no combate à violência doméstica com a implementação do “Ronda Maria da Penha”, em 2014. Essa iniciativa tem como principal objetivo garantir o cumprimento das medidas protetivas concedidas pelo Judiciário, evitando a reincidência da violência e prevenindo casos de feminicídio. Policiais treinados realizam visitas

periódicas às pessoas em situação de violência para monitorar se os autores estão respeitando as determinações legais, além de oferecer suporte e orientação para as mulheres em situação de vulnerabilização (POLÍCIA MILITAR DO AMAZONAS, s.d.).

A partir de 2018, mulheres sob risco de vida no Estado contam com um aplicativo lançado pela Secretaria de Segurança Pública do Amazonas (SSP-AM) em parceria com a Secretaria de Estado e Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC). O ‘Alerta Mulher’ funciona como um botão do pânico em casos de ameaças, sendo um canal de rápida comunicação (via aplicativo) da pessoa em situação de violência com a polícia e é disponibilizado em casos de violência doméstica antes mesmo da concessão de medidas protetivas. A mulher pode enviar fotos e áudios no aplicativo e essas informações são recebidas pela equipe de monitoramento de segurança do Centro Integrado de Operações de Segurança (CIOPS) para que, imediatamente, a viatura mais próxima se desloque até local da ocorrência (SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA DO AMAZONAS, 2020).

Em 2020, o Amazonas avançou ainda mais no combate à violência letal contra mulheres com a sanção da Lei Estadual de Combate ao Feminicídio (Lei nº 5.143/2020). Essa legislação reforça a necessidade de campanhas educativas, aprimoramento das investigações sobre feminicídios e maior apoio às mulheres em situação de violência. Além disso, a lei prevê a formação contínua dos profissionais da segurança pública, garantindo que os atendimentos sejam realizados de forma mais qualificada e sensível às especificidades da violência de gênero (AMAZONAS, 2020).

Diante da necessidade de levar a rede de proteção para além da capital, em 2021, o governo do Amazonas expandiu a Patrulha Maria da Penha para municípios do interior do Estado. Essa ampliação foi fundamental para garantir que mulheres em comunidades mais afastadas, incluindo áreas ribeirinhas e indígenas, também tenham acesso ao monitoramento das medidas protetivas e ao acompanhamento policial especializado. A dificuldade de acesso a serviços essenciais em regiões remotas tem sido um dos grandes desafios na luta contra a violência de gênero na Amazônia, tornando essa iniciativa ainda mais relevante (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO AMAZONAS, 2024).

Por fim, ao percorrermos o percurso histórico e institucional das políticas de enfrentamento à violência contra as meninas e mulheres no Amazonas, compreendemos que, embora haja avanços importantes, persistem profundas desigualdades no acesso aos serviços e à efetivação dos direitos. A complexidade territorial do Estado impõe desafios singulares à implementação de políticas públicas, sobretudo no que diz respeito à cobertura, qualificação e

interiorização da rede de proteção. Pensando nessa ótica do macro para o micro, ou seja, do Brasil para o Amazonas, também é relevante destacar outros dados da pesquisa “*Visível e Invisível: Vitimização de Meninas e Mulheres*”, que revelam disparidades na distribuição geográfica dos casos de violência. As maiores prevalências foram registradas entre mulheres residentes nas capitais e regiões metropolitanas (40,4%), mas os índices nas cidades do interior também são alarmantes (35,3%), evidenciando que a violência de gênero atravessa todo o território nacional (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2025b).

No caso amazonense, essa realidade é ainda mais marcada pela distância geográfica, pela escassez de recursos, casos de subnotificação e pela ausência de políticas públicas contínuas e territorializadas. Soma-se a isso uma construção histórica que, desde os períodos colonial e republicano, marginalizou os territórios do interior, as populações ribeirinhas, indígenas e comunidades tradicionais, relegando-as a uma posição periférica nas prioridades estatais. Essa marginalização estruturante se reflete não apenas na precarização dos serviços, mas também na invisibilidade política dessas populações diante das agendas nacionais de enfrentamento à violência. Como observa Mota (2019), práticas políticas históricas contribuíram para a estigmatização das populações ribeirinhas, associando-as a termos depreciativos e reforçando sua exclusão social e política.

Ainda, como destacam Chaves e Baptista (2024): “Diante da fragilização das redes de suporte, em especial por conta do isolamento das comunidades, as mulheres estão ainda mais vulneráveis à violência doméstica.” Tal contexto demonstra a necessidade de estratégias de enfrentamento que sejam sensíveis às especificidades locais, garantindo que meninas e mulheres, independentemente do lugar onde vivem, tenham seus direitos à proteção, à saúde e à justiça plenamente assegurados.

Diante desse panorama, observa-se que grande parte das iniciativas institucionais implementadas no Estado do Amazonas tem se concentrado, sobretudo, no enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres. Embora fundamentais, essas estratégias respondem a uma dimensão específica de um fenômeno mais amplo, que envolve outras formas de violência de gênero igualmente presentes no cotidiano das meninas e mulheres. No contexto desta pesquisa, torna-se especialmente relevante ampliar o olhar para essas outras expressões, em particular a violência sexual, que mobiliza diferentes percursos de busca por cuidado, acolhimento e proteção no interior da rede institucional. Assim, embora esta seção tenha se dedicado a apresentar o percurso histórico das principais políticas e iniciativas voltadas ao enfrentamento da violência contra meninas e mulheres no Amazonas, é importante destacar que

a Rede de Enfrentamento no estado também envolve dispositivos e serviços especializados no atendimento à violência sexual, cuja organização e funcionamento serão apresentados em uma seção posterior.

3.2.3 Apresentação da Rede de Enfrentamento e Atendimento às vítimas de violência

A Rede de Enfrentamento e Atendimento às vítimas de violência de gênero no Brasil é composta por diversos órgãos governamentais, instituições da sociedade civil e serviços especializados, conforme delineado na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011). Essa estrutura tem como objetivo garantir a prevenção da violência, a proteção das pessoas em situação de violência, o atendimento qualificado e a responsabilização dos autores da violência, além de oferecer suporte para que as mulheres possam romper o ciclo da violência. No entanto, é importante destacarmos que essa Rede representa um modelo ideal de atuação e não uma garantia efetiva da oferta desses serviços em todo o território nacional. A precarização da implementação, especialmente em regiões do interior do nosso Estado, ainda constitui um desafio significativo, o que será aprofundado na análise deste estudo.

No que se refere à Rede de Enfrentamento, trata-se da criação e aplicação de políticas abrangentes e integradas, que busquem responder à complexidade da violência contra as mulheres em suas diversas formas. Essa Rede estabelece diretrizes para a *prevenção*, a *assistência* e o *combate* à violência, de maneira intersetorial e integrada, garantindo o *direito das vítimas*. Todas essas medidas compõem os quatro eixos estruturantes da Política Nacional (BRASIL, 2011b).

Para isso, prevê a atuação conjunta entre órgãos governamentais, serviços de assistência social, saúde, educação, segurança pública, justiça e organizações da sociedade civil (OSC), assegurando que as pessoas em situação de violência tenham acesso a mecanismos de acolhimento e apoio jurídico, psicológico e social.

a Rede de Enfrentamento é composta por: agentes governamentais e não-governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.); serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e **serviços especializados e não-especializados de**

atendimento às mulheres em situação de violência (que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência) (BRASIL, 2011c, p. 13 e 14).

Sobre o eixo da *assistência*, mais pertinente para a discussão deste trabalho, trata-se da busca em assegurar um atendimento humanizado e qualificado às pessoas em situação de violência, por meio da formação contínua de agentes públicos e comunitários. Além disso, prevê a criação de serviços especializados, como Casas-Abrigo, Centros de Referência, Juizados de Violência Doméstica, Defensorias da Mulher e programas de responsabilização aos autores da violência. Também reforça a importância da articulação entre os diferentes níveis de governo e a sociedade civil para fortalecer a Rede de Atendimento, garantindo um suporte integral às mulheres em situação de violência. Dessa forma, pode-se dizer que a Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência integra a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, estando alinhada ao eixo de *assistência* (BRASIL, 2011c).

Portanto, no que se refere à essa Rede de Atendimento, ela surge como uma estratégia de evitar o isolamento dos serviços e a falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo no enfrentamento da violência contra as mulheres. O trabalho em rede se apresenta como uma possível solução para superar essa fragmentação, promovendo a articulação entre diversas áreas governamentais, com o apoio e monitoramento de organizações da sociedade civil e entidades não governamentais (BRASIL, 2011c).

O acesso inicial à Rede pode e deve ocorrer em qualquer um dos instrumentos que a integram. No entanto, para que se tenha uma digna assistência que englobe todas as demandas da pessoa em situação de violência, faz-se necessário que esta mulher circule por toda a Rede (Branco, 2019). A Rede está dividida em quatro principais setores/áreas, sendo eles: saúde, justiça, segurança pública e assistência social; e é composta por duas principais categorias de serviços: não especializados e especializados. A seguir, apresentamos uma imagem extraída diretamente da fonte original, que ilustra de forma clara as características mencionadas anteriormente (BRASIL, 2011c).

Rede de Enfrentamento	Rede de Atendimento
Contempla todos os eixos da Política Nacional (combate, prevenção, assistência e garantia de direitos).	Refere-se somente ao eixo da Assistência /Atendimento
Inclui órgãos responsáveis pela gestão e controle social das políticas de gênero, além dos serviços de atendimento.	Restringe-se a serviços de atendimento (especializados e não-especializados).
É mais ampla que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.	Faz parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Fonte: BRASIL, 2011c.

Os serviços não especializados de atendimento à mulher em situação de violência geralmente são a porta de entrada na Rede, sendo eles:

hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas (BRASIL, 2011c, p. 15).

Os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência são estruturas dedicadas exclusivamente à esse público, com conhecimento especializado sobre a violência de gênero. São compostos por:

Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher), Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Postos ou Seções da Polícia de Atendimento à Mulher), Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos (tráfico de pessoas) e Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante (BRASIL, 2011c, p. 15).

Tratando-se dos avanços nas políticas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres nos serviços de saúde, destacamos o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Este dispõe a respeito da organização de redes de atenção à saúde para o SUS, onde se inclui a rede de serviços de atenção para pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2011a).

Dois anos mais tarde, em março de 2013, houve a implementação do Decreto nº 7.958 que “estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da Rede de Atendimento do SUS, e as competências do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde para sua implementação.” Neste fala-se sobre as diretrizes a respeito do acolhimento em serviços de referência, divulgação sobre os serviços ofertados e entre outros. Destaca também que o atendimento a essas pessoas pelos profissionais da rede do SUS deve compreender alguns procedimentos, dentre eles a coleta de vestígios e o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2013a).

Ainda no ano de 2013, em agosto, a Lei n.º 12.845/2013 passou a compor a legislação brasileira e ficou popularmente conhecida como ‘Lei do Minuto Seguinte’. O seu objetivo é

tornar obrigatório o atendimento multidisciplinar e emergencial de vítimas da violência sexual dentro dos hospitais. Um dos seus maiores benefícios é dar credibilidade à pessoa, visto que não se faz necessário o boletim de ocorrência para poder usufruir dos serviços ofertados (Lemes, Silva, 2021; BRASIL, 2013b).

Já a Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015, “estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios” através da Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios para compor parte das ações do programa ‘Mulher, Viver sem Violência’. O documento garante assistência integral e qualificada, assegurando o acesso a serviços especializados que ofereçam atendimento imediato e humanizado, profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez indesejada, além de suporte psicológico e social, bem como na articulação entre os serviços de saúde e os demais componentes da Rede de Enfrentamento à violência sexual. Também determina a notificação compulsória dos casos e reforça a necessidade de articulação entre os setores da saúde, segurança pública, assistência social e justiça, visando um atendimento eficiente e acolhedor às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2015b, Brasil, 2015c).

De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, o primeiro atendimento pode ser realizado em qualquer serviço de saúde, sem a necessidade de agendamento prévio e do registro de um boletim de ocorrência (BO). Geralmente, o acolhimento desses casos ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, s.d.d.).

Nessa primeira abordagem, o atendimento deve constar com: acolhimento, registro do ocorrido, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxia pós-exposição (PEP) ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e de IST, imunoprofilaxia contra Hepatite B, contracepção de emergência caso necessário e orientações para aborto legal em caso de gestações decorrentes de estupro, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial para cuidados na atenção primária. Também há possibilidade de encaminhamento para os dispositivos da rede já elucidados e para abrigos, em localização não revelada publicamente, para as mulheres em situação de ameaça e risco de vida. Caso a pessoa deseje denunciar o autor

da violência ou solicitar medida protetiva (garantida pela Lei Maria da Penha), os profissionais de saúde devem direcioná-la à Delegacia da Mulher mais próxima (BRASIL, s.d.d.).

Em casos de interrupção da gravidez, Branco (2019) aponta em seus achados que esta só é realizada por um pequeno quantitativo de profissionais em virtude dos demais alegarem objeção de consciência. Isto quer dizer que a pessoa se recusa a cumprir determinada obrigação legal por motivos de crença religiosa, convicção filosófica, moral ou ética, baseada em seu direito para tal.

A efetivação da Rede de Enfrentamento e Atendimento às Mulheres em Situação de Violência representa um avanço significativo, pois considera a chamada rota crítica, isto é, o percurso muitas vezes complexo e fragmentado que as mulheres enfrentam ao buscar ajuda. Essa Rede atua para reduzir os obstáculos institucionais, sociais e emocionais que dificultam a ruptura com o ciclo da violência, garantindo um atendimento articulado entre diferentes serviços, como delegacias, centros de referência, unidades de saúde e assistência social. Dessa forma, ao estruturar um fluxo de atendimento integrado e qualificado, a Rede possibilita um acolhimento mais humanizado e eficaz, assegurando que as pessoas em situação de violência sejam corretamente identificadas, orientadas e encaminhadas para os serviços necessários, sem que precisem percorrer esse caminho sozinhas ou sem apoio adequado (Branco, 2019).

Apesar dos avanços proporcionados pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, os desafios para a efetivação da Rede de Atendimento ainda persistem e são significativos. A insuficiência de delegacias especializadas funcionando 24 horas, a escassez de casas-abrigo e as dificuldades na implementação de medidas protetivas continuam sendo problemas recorrentes. Além disso, muitas mulheres desconhecem os serviços disponíveis, evidenciando a necessidade de campanhas educativas e da ampliação do acesso à informação. Outro obstáculo identificado é a dificuldade em estabelecer um fluxo eficiente de atendimento, decorrente da falta de comunicação efetiva entre os diversos serviços que compõem a Rede. Essa fragmentação prejudica a articulação entre os órgãos responsáveis, uma vez que alguns serviços se comunicam mais entre si do que com outros, comprometendo a eficácia do acolhimento e da proteção das pessoas em situação de violência (Tassinari; Kocourek; Fraga, 2024).

Diante dessa problemática, o fortalecimento da Rede de Enfrentamento e Atendimento às Vítimas de Violência de Gênero continua sendo essencial para garantir que todo o público feminino tenha acesso a proteção, justiça e suporte necessário para romper o ciclo da violência. A ampliação dos serviços especializados, a descentralização dos atendimentos para áreas mais

vulneráveis e o investimento em políticas públicas eficazes são passos fundamentais para a construção de um país mais seguro e igualitário para todas. A luta contra a violência de gênero exige um compromisso contínuo da sociedade e do estado, garantindo que nenhuma mulher fique desamparada diante dessa realidade.

3.2.4 Rede de Enfrentamento e Atendimento às vítimas de violência no Amazonas

Considerando o objetivo deste estudo, torna-se relevante apresentar os serviços da Rede de Enfrentamento e Atendimento disponível às mulheres no Estado do Amazonas e em sua capital (Manaus) através da ferramenta “Painel do Ligue 180” do Ministério das Mulheres. Portanto, os dados apresentados nesta pesquisa foram obtidos a partir de fontes públicas disponíveis *online* e estão sujeitos a possíveis limitações ou lacunas informacionais (SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA DO AMAZONAS, 2019).

Segundo o painel da Rede de Atendimento, a capital conta atualmente com 16 serviços, conforme listados a seguir (BRASIL, s.d.b):

- a) Casa Abrigo Antônia Nascimento Priante (CAANP): vinculada a Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC), é voltada para mulheres com risco iminente de morte. Todas as pessoas tiveram como porta de entrada o SAPEM. É um espaço que oferece refúgio, em um endereço sigiloso para manter a integridade das assistidas e de suas famílias, quando necessário;
- b) Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher (CREAM): possui uma equipe técnica qualificada composta por assistentes sociais, psicólogos, pedagogos e profissionais de apoio administrativo capacitados para a recepção e acolhimento das mulheres em situação de violência. Também conta com um núcleo da Defensoria Pública e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) visando prestar assistência jurídica, intermediando ações judiciais ou orientando sobre seus direitos;
- c) Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM);
- d) Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher (DECCM): três unidades em bairros distintos;

- e) Juizados Especializados no combate à violência doméstica e familiar contra a mulher: três unidades em bairros distintos;
- f) Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência (NAEM): fornece atendimento jurídico às mulheres em situação de violência, sendo responsáveis por prestar orientação jurídica e defesa em juízo, em todos os graus, das cidadãs de baixa renda.
- g) Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE-AM): conta com atendimento personalizado e humanizado voltado às pessoas em situação de violência doméstica;
- h) Ouvidoria da mulher do Ministério Público do Estado do Amazonas (OM-MPAM);
- i) Ronda Maria da Penha;
- j) Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS): três unidades, sendo duas delas sob coordenação da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) dentro do 1) Complexo Hospitalar Sul (Instituto da Mulher Dona Lindu); 2) Maternidade Ana Braga e uma unidade sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) na 3) Maternidade Dr. Moura Tapajóz, representando os serviços públicos de referência para atendimento desses casos no Estado do Amazonas (Maciel, 2015);
- k) Serviço de Apoio Emergencial à Mulher (SAPEM): a porta de entrada dos atendimentos psicossociais oferecidos pelo Governo do Estado, é um prédio anexo à uma das DECCM da capital. Também realiza a condução da mulher para exames no Instituto Médico Legal, além da busca de pertences e acolhimento provisório.

É importante salientar a presença do SAVVIS na Maternidade Estadual Balbina Mestrinho que não possui seu contato disponível no painel da Rede de Atendimento (BRASIL, s.d.b.), porém constitui uma das quatro unidades de referência de atuação na capital (Maciel, 2015).

Além dos serviços supracitados, existe o aplicativo ‘Alerta Mulher’ que auxilia as pessoas em situação de violência em caso de descumprimento de medida protetiva e o ‘Ônibus da Mulher – Unidade Móvel Itinerante’ que leva serviços especializados da Rede de

Atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar da região metropolitana do Amazonas (SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA DO AMAZONAS, 2019).

Atualmente, a Rede também conta com 67 serviços distribuídos pelos municípios do Amazonas, segundo as informações oficiais obtidas no painel da Rede de Atendimento do site da *Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180*. Nos municípios de Itacoatiara, Maués, Tefé, Parintins, Humaitá e Tabatinga, está presente o Serviço de Apoio à Mulher, Idoso e Criança (SAMIC) que oferece atendimento humanizado voltado a esses públicos (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO AMAZONAS, 2023). Além das unidades do SAMIC, os municípios (de maneira geral) dispõem de outras estruturas de apoio, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Delegacias Especializadas em Crimes Contra a Mulher (DECCM), hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que realizam o atendimento inicial das pessoas em situação de violência. Em Coari, destaca-se a presença de uma Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM), enquanto Lábrea conta com o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Em Parintins, o Ambulatório Municipal de Especialidades (AME) tem se destacado pelo fortalecimento do atendimento especializado e humanizado na saúde da mulher (BRASIL, s.d.b.).

Além das conquistas em âmbito nacional e municipal mencionadas anteriormente, destaca-se também o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), implantado em quatro maternidades da cidade de Manaus, segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (2017). O serviço constitui uma importante estratégia de atenção especializada às pessoas em situação de violência sexual, oferecendo acolhimento qualificado, acompanhamento multiprofissional e articulação com a rede de proteção.

Entretanto, até o momento da realização desta pesquisa, não foram encontrados registros oficiais que indiquem a implantação do SAVVIS em municípios do interior do Estado do Amazonas, conforme informações disponíveis em fontes institucionais. Essa ausência evidencia a centralização dos serviços especializados na capital, o que pode representar um fator adicional de dificuldade no acesso ao atendimento para pessoas em situação de violência residentes em municípios do interior (BRASIL, s.d.b.).

Considerando os elevados índices de violência registrados no Estado e as vulnerabilizações que atravessam os municípios do interior, a ampliação e a descentralização de estruturas especializadas como o SAVVIS tornam-se fundamentais para fortalecer as respostas institucionais ao enfrentamento da violência sexual no território amazonense.

Apesar dos avanços proporcionados pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a efetivação da Rede de Atendimento ainda enfrenta desafios significativos no Amazonas. O Estado inteiro não conta com nenhuma Casa da Mulher Brasileira e tampouco Casas Abrigo e/ou Casa de Acolhimento Provisório (Casa-passagem). Tais dados tornam-se mais alarmantes especialmente no interior, onde persiste uma ausência de Delegacias Especializadas em Crimes contra a Mulher (DECCM) em diversos municípios que compromete a qualidade do atendimento, uma vez que as delegacias locais não são exclusivas para lidar com casos de violência de gênero. Essas limitações evidenciam a insuficiência de infraestrutura institucional e a dificuldade de garantir uma proteção efetiva às pessoas em situação de violência.

Além disso, mesmo na capital, a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher enfrenta entraves operacionais que comprometem sua efetividade. A dificuldade em estabelecer fluxos eficientes de atendimento e a comunicação fragmentada entre os serviços prejudicam a articulação entre os órgãos responsáveis. Nesse sentido, torna-se essencial fortalecer a compreensão de que os serviços de atendimento devem operar de forma integrada e articulada com os diversos espaços de convivência e aprendizagem existentes na comunidade, ampliando as oportunidades de pertencimento e inclusão social de suas habitantes (Braga, 2019; Depietro, 2023).

3.3 Rotas críticas: desafios e (des)cuidados no enfrentamento à violência

Apesar do arcabouço institucional e jurídico brasileiro anteriormente apresentado, a implementação de um atendimento integral e humanizado às meninas e mulheres em situação de violência ainda enfrenta desafios significativos. Pesquisas sobre a atuação dos serviços especializados evidenciam dificuldades na efetivação dos princípios estabelecidos pelas normativas, comprometendo a qualidade do acolhimento. Além disso, falhas estruturais e na articulação entre os setores limitam a eficácia das políticas públicas e expõem as pessoas em situação de violência a um percurso marcado por descontinuidades e obstáculos, caracterizando o que se denomina rota crítica. Esse cenário reforça a necessidade de uma análise aprofundada sobre os desafios no acesso ao cuidado e à proteção, aspectos centrais para a presente discussão (Baragatti *et al.*, 2018; D'Oliveira; Schraiber, 2013).

Foi a partir da necessidade de compreender essas dificuldades que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) introduziu, na década de 1990, o conceito de ‘rota crítica’. A pesquisa que deu origem ao termo foi desenvolvida entre 1996 e 1998 em dez países da América Central e do Sul e em três países andinos, a partir de um protocolo elaborado em conjunto por pesquisadores, ativistas e representantes de instituições dos países participantes. Coordenado pelo Programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento da OPAS, o estudo teve como objetivo compreender o percurso percorrido pelas mulheres para romper com a violência, buscando contribuir com estratégias de prevenção, combate e erradicação da violência de gênero (Bruhn; Lara, 2016; Meneghel *et al.*, 2011; Presser; Meneghel; Hennington, 2008).

A investigação revelou que, ao buscar ajuda, as meninas e mulheres frequentemente se deparam com um sistema de atendimento fragmentado, burocrático e, em muitos casos, desumanizado, dificultando o acesso à proteção e ao suporte necessário. Embora a pesquisa tenha sido realizada em diversos países latino-americanos, o Brasil não foi incluído nesse estudo inicial. No entanto, os achados serviram como um instrumento essencial para a construção da ferramenta analítica, além de referência para compreender os desafios enfrentados e para refletir sobre os limites das políticas públicas e estratégias intersetoriais voltadas ao enfrentamento da violência de gênero (Sagot, 2000).

Refletir sobre esse percurso das meninas e mulheres no contexto da violência sexual envolve compreender os significados em torno do rompimento do ciclo da violência, analisando o que motiva a busca por ajuda, quem oferece suporte e por que esse cuidado é (ou não) acessível. O conjunto de ações realizadas a partir do momento em que decidem romper com a violência – tornando a problemática uma questão pública – caracteriza a chamada rota crítica. Esse caminhar pela Rede não é linear, mas sim um processo dinâmico e complexo, marcado por fatores que tanto impulsionam quanto inibem a busca por ajuda. Uma mesma mulher pode vivenciar distintas rotas e processos até chegar à resposta ou ao apoio que necessita (Arboit; Padoin; Paula, 2019; Baragatti *et al.*, 2018; Bruhn; Lara, 2016).

A autora Lia Zanotta Machado (2001), uma das principais referências no Brasil no campo da violência de gênero, políticas públicas e rotas críticas – especialmente a partir de uma perspectiva feminista e interseccional – destaca ainda que as instituições e os profissionais que integram a Rede de Atendimento têm papel central na conformação dessas rotas. Suas condutas, frequentemente atravessadas por julgamentos morais ou pela ausência de formação adequada, impactam diretamente as possibilidades de proteção e cuidado oferecidas.

Assim, o conceito abarca não apenas as decisões e ações tomadas por elas ao longo desse caminho, mas também as respostas sociais que encontram, seja de familiares, comunitárias ou institucionais. A tomada de decisão para buscar apoio é influenciada por diversos elementos, como acesso à informação, experiências anteriores, disponibilidade de recursos e o suporte — ou a resistência — encontrado no meio em que vivem (Baragatti *et al.*, 2018; Bruhn; Lara, 2016).

Nesse sentido, torna-se essencial compreender a construção das rotas críticas a partir das narrativas dos próprios profissionais da rede, cujas práticas e percepções influenciam diretamente os caminhos trilhados pelas pessoas em situação de violência. Os atendimentos, longe de serem apenas pontos neutros de passagem, funcionam como verdadeiros marcos que podem redirecionar trajetórias, abrir atalhos ou, ao contrário, impor desvios e obstáculos. Essas narrativas revelam os relevos complexos que configuram as rotas críticas, permitindo identificar tanto os potenciais de acolhimento quanto as falhas institucionais que dificultam o rompimento com a violência. Ao considerar essas vozes, amplia-se a compreensão das rotas como fenômenos dinâmicos, em constante negociação entre os sujeitos envolvidos e o contexto que os cerca.

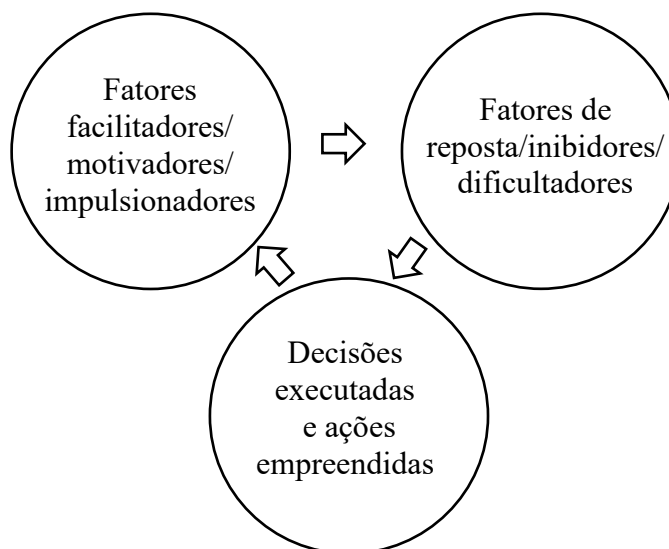
Destacamos ainda que a definição de rota crítica nos vocabulários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) está focada na atuação dos profissionais de saúde. Já o conceito de proposto por Sagot (2000) amplia essa perspectiva ao incluir, além da conduta desses trabalhadores, aspectos como a disponibilidade e a qualidade dos serviços ofertados às meninas e mulheres em situação de violência. Além disso, considera as representações e percepções desses profissionais sobre a violência vivenciada por pessoas nessa situação, o que vai de encontro com o objetivo desta dissertação.

Então, para compreendermos a rota crítica em seus diferentes contextos, também devemos considerar e analisar os fatores facilitadores/motivadores/impulsionadores e os de resposta/inibidores/dificultadores dessa busca por ajuda, bem como os desafios enfrentados para levar adiante essa decisão através do diagrama proposto por Sagot (2000). A resposta social, por sua vez, desempenha um papel determinante, podendo facilitar o rompimento da violência ou, ao contrário, reforçar barreiras que perpetuam a situação de vulnerabilização (Presser; Meneghel; Hennington, 2008).

Nesse contexto, Sagot (2000) propõe em seu estudo um diagrama (Figura 1) que reúne as principais temáticas relacionadas ao processo de entendimento do fenômeno a partir da tomada de decisão das meninas e mulheres para romper com o ciclo da violência. Portanto,

considera-se que aí está o início da rota crítica. Esse primeiro passo demonstra que as pessoas passaram por um processo de reflexão sobre as consequências da situação que vivenciam, analisando tanto a relação quanto as possibilidades para o futuro. Nesse processo, elas percebem que já utilizaram todos os recursos pessoais disponíveis para enfrentar a violência e, diante disso, reconhecem a necessidade de buscar apoio externo para garantir proteção e mudança.

Figura 1 – Diagrama da rota crítica proposto por Sagot.



Fonte: Adaptado de Sagot (2000) e elaborado pelas autoras (2025).

O início desse percurso refere-se aos fatores impulsionadores/motivadores que levaram a essa decisão e tudo que está permeando-a, o qual está subdividido didaticamente em: internos e externos. Os fatores impulsionadores internos são as atitudes pessoais, aqueles motivos inerentes aos sentimentos, percepções, representações sociais, racionalizações e vivências dessas próprias pessoas em situação de violência. Já os fatores impulsionadores externos são as influências que as meninas e mulheres recebem do meio exterior, incluindo informações e conhecimentos, recursos materiais, qualidade de serviços prestados pela rede intersetorial, apoio de pessoas (íntimas ou não) e, principalmente, aumento da gravidade da violência ou o seu efeito em outras pessoas próximas a pessoa em tal situação (Baragatti *et al.*, 2018; Bruhn; Lara, 2016; Sagot, 2000).

Na vida de uma menina ou mulher em situação de violência, os fatores motivadores internos e externos estão profundamente interligados e se influenciam mutuamente. As influências externas geram mudanças nos processos internos das meninas e mulheres, que, por sua vez, contribuem para o desenvolvimento de uma maior capacidade de utilizar os recursos

disponíveis. A própria violência sofrida alimenta e intensifica a trajetória das pessoas afetadas, influenciando suas reações, decisões e possíveis desdobramentos da situação. Na realidade, muitos dos fatores apontados como impulsionadores também atuam como elementos de impedimento para uma número significativo das afetadas. Contudo, a compreensão desses fatores em sua totalidade só é possível a partir de uma perspectiva relacional, na qual os aspectos individuais e sociais são inseparáveis (Bruhn; Lara, 2016; Sagot, 2000).

Essa compreensão mais ampla dos elementos que levam uma pessoa em situação de violência a buscar apoio, especialmente quando a violência sofrida é de natureza sexual, também nos convida a refletir sobre os desafios enfrentados por meninas e mulheres que, mesmo não estando em relações de longa duração, encontram dificuldades em iniciar processos de enfrentamento ou ruptura. Em estudo realizado por Santos (2019) com 10 mulheres que solicitaram aborto após gravidez decorrente de estupro, o ato da violência sexual em si foi apontado como um dos principais fatores externos que impulsionaram a decisão imediata pela interrupção da gestação, ainda que isso implicasse recorrer a meios clandestinos. Tal como outros eventos de grande impacto emocional ou simbólico, o estupro se configura como um marco de ruptura, funcionando como um catalisador para a tomada de decisão, conforme apontado por Sagot (2000).

Como outros exemplos desses fatores impulsionadores, trazemos o estudo de Meneghel *et al.* (2011), adaptado da investigação realizada pela OPAS para o contexto brasileiro, em Porto Alegre, que identificou que as mulheres apontaram como fatores impulsionadores/motivadores/facilitadores a existência da Lei Maria da Penha, a qualidade da assistência prestada por alguns profissionais de saúde e a agilidade na realização de determinados procedimentos. No caso da pesquisa de Baragatti *et al.* (2018), essa motivação pela busca por ajuda surgiu quando as violências se intensificaram, a situação se tornou insustentável ou ocorreu um evento extremo, como o caso de uma filha que tentou suicídio devido à violência vivenciada por sua mãe. Para Arboit, Padoin e Paula (2019), as violências físicas, lesões, relações sexuais forçadas e a violência durante a gravidez também foram motivações para essas pessoas.

Por outro lado, refletir sobre as razões que levam uma menina ou mulher a permanecer em uma relação violenta por anos, mesmo sob condições precárias que afetam sua integridade física e emocional, também é essencial para a análise da complexidade da violência de gênero. No entanto, ao formular essa questão, muitas vezes se parte da premissa de que essa permanência é uma escolha individual e livre, ignorando toda a rede de relações pessoais, os

recursos comunitários e sociais disponíveis e o contexto cultural em que a pessoa está inserida. Essa visão oculta influência de fatores estruturais e emocionais que limitam suas possibilidades de ação/escolha, reforçando a necessidade de uma abordagem que vá além da responsabilização individual e abranja as dinâmicas sociais e institucionais que perpetuam a violência (D'Oliveira; Schraiber, 2013; Sagot, 2000).

Sendo assim, entramos no que a pesquisadora Sagot (2000) chama de fatores de resposta/inibidores/dificultadores. Tais fatores que dificultam o rompimento com a violência e a tomada de decisão para iniciar ou continuar uma rota crítica são diversos e complexos, podendo também ser subdivididos didaticamente em: internos e externos. Há múltiplas razões pelas quais permanecem na situação de violência ou não dão início à rota de saída, delineadas a seguir.

Entre os principais obstáculos internos estão o medo, a culpa, a vergonha e a falta de informação sobre seus direitos (sem saber a quem recorrer), os quais geram um ambiente de incerteza e insegurança. Além disso, o medo da solidão, do divórcio, da desaprovação familiar e da exposição pública também as impede de tomar certas decisões. O medo da manipulação e retaliação do autor da violência, ameaças diretas, dependência financeira e o desejo de manter a constituição da unidade familiar também são fatores recorrentes. As meninas/mulheres temem deixar os filhos sem pai e enfrentar sozinhas as responsabilidades do lar (Arboit; Padoin; Paula, 2019; Baragatti *et al.*, 2019; Meneghel *et al.*, 2011; Presser; Meneghel; Hennington, 2008).

Nesse contexto, esses fatores inibidores estão diretamente ligados a aspectos socioculturais, como o familismo, patriarcado, preconceitos e estereótipos de gênero, que reforçam a ideia de que o sofrimento feminino dentro do relacionamento deve ser tolerado. Quando a violência sexual não se encaixa nos padrões hegemônicos de comprovação, a pessoa que sofreu a agressão muitas vezes não é reconhecida como tal (Branco, 2019).

As construções de gênero impõem às meninas e mulheres a responsabilidade de manter a unidade familiar, mesmo em situações de violência, além de associarem o casamento e a maternidade à sua identidade. Assim, qualquer tentativa de romper com uma relação abusiva pode ser vista como uma falha nesse papel social. Além disso, muitas delas acreditam que o companheiro pode mudar e consideram essencial sua presença na criação dos filhos, o que torna ainda mais difícil o afastamento definitivo (Arboit; Padoin; Paula, 2019; Baragatti *et al.*, 2019; Meneghel *et al.*, 2011; Presser; Meneghel; Hennington, 2008).

Os dados analisados por Ruschel *et al.* (2022) indicam que, para muitas, o silêncio sobre a violência sofrida é visto como uma forma de superar o trauma e seguir em frente. No entanto,

a descoberta da gravidez frequentemente rompe esse silêncio, trazendo à tona o que foi mantido em segredo. A pesquisa de Amorim (s.d.) revela que, mesmo com a confirmação da gestação oriunda da violência sexual e o consentimento da equipe de saúde para a realização do aborto, muitas pessoas enfrentam dificuldade em decidir pela interrupção. Essa hesitação está fortemente relacionada a valores pessoais, como crenças religiosas e princípios morais. Tais conflitos demonstram como, independentemente do país, classe social ou identidade étnica, essas normas de gênero internalizadas – sustentadas por discursos culturais e religiosos que reforçam a submissão feminina – seguem influenciando de forma significativa as decisões das meninas e mulheres. Independentemente do país, classe social ou identidade étnica, essas estruturas atuam como barreiras que dificultam a busca por autonomia, proteção e justiça (Arboit; Padoin; Paula, 2019; Baragatti *et al.*, 2019; Meneghel *et al.*, 2011; Presser; Meneghel; Hennington, 2008; Sagot, 2000).

Dentre os principais obstáculos externos, destaca-se a pressão familiar e social, que reforça a permanência na relação abusiva. O sentimento de obrigação em manter o relacionamento, mesmo diante da violência, está diretamente ligado às normas de gênero que impõem à menina/mulher a responsabilidade pela estabilidade familiar, muitas vezes levando à naturalização do sofrimento e à dificuldade de romper com esse ciclo (Meneghel *et al.*, 2011; Sagot, 2000).

As limitações materiais e a ineficácia das instituições – vista diante tanta burocracia, falta de orientação adequada, precarização da estrutura física, de recursos humanos e de equipamentos sociais, a ausência de protocolos de atendimento e na revitimização causada por operadores do sistema – também contribuem para que muitas permaneçam em relações abusivas. Isso faz com que as pessoas criem uma grande desconfiança do sistema institucional, impossibilitando a criação de um vínculo terapêutico e desencorajando a continuidade da rota crítica (Bruhn; Lara, 2016; Meneghel *et al.*, 2011; Sagot, 2000).

Além dos desafios estruturais e institucionais apontados, é necessário considerar ainda o papel das emergências climáticas na configuração das rotas críticas. Eventos extremos, como enchentes, deslizamentos ou longos períodos de estiagem, não apenas intensificam as desigualdades sociais preexistentes, como também impactam diretamente o acesso das meninas e mulheres aos serviços essenciais de saúde e proteção, ao desestruturar redes de apoio local e forçar deslocamentos. Ao forçar tais deslocamentos, desestabilizar infraestruturas locais e interromper a oferta de serviços essenciais, esses eventos dificultam ou inviabilizam o acesso ao cuidado e à proteção. Essa vulnerabilização se intensifica quando associada a condições de

desigualdade social, racial e de gênero, especialmente em contextos de fronteiras ou áreas rurais, onde a precarização dos serviços é ainda mais acentuada (Arunda *et al.*, 2024).

Diante desse cenário de fragilidade, também se faz necessário ampliar a análise para além da presença formal dos serviços, incorporando o debate sobre o acesso e, principalmente, a acessibilidade das meninas e mulheres aos cuidados em saúde. Tais termos são essenciais para uma compreensão aprofundada do tema central deste estudo, uma vez que estamos analisando a rota crítica dessas meninas e mulheres em situação de violência sexual a partir do momento em que buscam o primeiro atendimento junto aos profissionais da saúde, nos serviços a elas destinados. No entanto, a chegada a esse primeiro contato não ocorre de forma linear como já visto anteriormente, sendo atravessada por uma série de fatores que instigam a reflexão: as meninas e mulheres em situação de violência estão, de fato, tendo acesso aos serviços (especializados ou não) de saúde? E, ainda mais importante, como se configura a acessibilidade a esses serviços?

Portanto, o primeiro contato com os serviços de saúde é considerado a porta de entrada, ou seja, o momento em que a população recorre a um determinado serviço quando surge a necessidade de cuidados e a equipe identifica esta escolha. Esse primeiro contato é crucial porque representa a etapa inicial de interação com o sistema de saúde, sendo um ponto de partida para o atendimento e a continuidade do cuidado. Esse contato inicial também envolve questões de acesso e acessibilidade, conceitos frequentemente usados de forma equivalente, mas que possuem significados distintos, porém complementares (Oliveira; Pereira, 2013; Starfield, 2002).

A acessibilidade refere-se às condições estruturais e organizacionais dos serviços de saúde que possibilitam que as pessoas cheguem até eles de maneira fácil e conveniente, englobando fatores como localização, infraestrutura e capacidade de resposta dos serviços às necessidades da população. Para Starfield (2002), a acessibilidade trata também do quanto é crucial que exista o sucesso do acolhimento no primeiro contato com o usuário para a continuidade dos cuidados (Oliveira; Pereira, 2013).

Já o acesso está relacionado à forma como os indivíduos percebem essas condições de chegada, ou seja, a facilidade com que conseguem utilizar efetivamente os serviços disponíveis, levando em consideração a percepção de adequação e disponibilidade. Ambos os termos são essenciais para compreender a dinâmica entre a população e o sistema de saúde, sendo fundamentais para avaliar a eficácia e a inclusão dos serviços de saúde em qualquer contexto social. No entanto, para os objetivos desta dissertação, concentramos nossa análise na

acessibilidade, uma vez que o conceito de acesso seria mais pertinente se estivéssemos tratando diretamente com as pessoas em situação de violência (Oliveira; Pereira, 2013; Starfield, 2002).

Ao pensarmos nas desigualdades estruturais e organizacionais que impactam diretamente a acessibilidade aos cuidados de saúde já citadas anteriormente, devemos lembrar de que os contextos sociais, culturais, ambientais, econômicos e questões de gênero, classe social e raça têm uma influência significativa na vida e na saúde das pessoas e das populações. A resistência em buscar serviços de saúde envolve não apenas a questão da disponibilidade dos mesmos, mas também fatores relacionados ao poder de acesso da população, como tempo disponível, meios de transporte, condições financeiras e a capacidade de navegar na organização do sistema de saúde (Goes *et al.*, 2020). No contexto da rota crítica, as barreiras à acessibilidade adquirem papel central.

Como bem ressaltam Travassos e Martins (2004), a utilização dos serviços de saúde está condicionada a uma série de elementos, como as características sociodemográficas (idade, renda e escolaridade), os prestadores de serviços, a organização dos serviços e o tipo de sistema de saúde. Essas dimensões estão entrelaçadas com as desigualdades de gênero, raça e classe, que limitam ainda mais o acesso do público feminino aos cuidados de saúde. Por exemplo, mulheres negras e de classes sociais mais baixas frequentemente se deparam com obstáculos significativos no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde de qualidade.

Em um estudo que avalia, a partir das informações da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, as desigualdades de gênero e raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil com um olhar interseccional, observou-se que mulheres e, em especial, de raça preta ou parda, foram as que menos referenciaram estados de saúde "bom" ou "muito bom", refletindo as desigualdades estruturais e o impacto negativo da discriminação racial sobre sua saúde (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

Ademais, a discriminação de gênero, ainda uma realidade em muitas sociedades, pode restringir a capacidade das mulheres de acessar cuidados de saúde, com a ideia de que suas necessidades são menos prioritárias que as dos homens. Essa visão sexista pode afetar negativamente a qualidade do atendimento recebido, especialmente nas áreas de saúde reprodutiva e sexual. Além disso, aquelas em situação de vulnerabilização econômica enfrentam barreiras adicionais referentes ao poder financeiro, como a falta de recursos para pagar consultas, medicamentos ou transporte até as unidades, o que agrava a desigualdade na acessibilidade (Goes *et al.*, 2020; Oliveira; Pereira, 2013).

Lançando o olhar para a população marginalizada, diversos estudos apontam que a condição de ser imigrante pode ser um fator que dificulta a busca por ajuda entre as meninas e mulheres migrantes. Entre os principais obstáculos enfrentados estão o isolamento social e a perda de apoio, as barreiras impostas pelas leis e políticas de imigração – que, apesar de avanços, ainda apresentam desafios estruturais – e a dificuldade com o idioma do país de acolhida. Além disso, imigrantes nos Estados Unidos também mencionam experiências de discriminação racial por parte das forças policiais e do sistema judiciário (Baragatti *et al.*, 2019). Pensando também na população que não vive nas grandes capitais, como os municípios de interior ou zonas rurais, a ausência de serviços específicos nessas localidades reproduz o pensamento de falta de apoio e estímulo para àquelas afetadas que manifestam desejo de iniciar uma rota crítica (Sagot, 2000).

A pesquisadora Mary Kavar (2004) aborda, em sua pesquisa, sobre os seis eixos de vulnerabilidade para as mulheres que se encontram fora de seu país de origem. Dentre esses eixos, destacamos o quarto e quinto, os quais permeiam as problemáticas discutidas aqui. Nessa ordem, ela afirma que as estão expostas a sérios riscos, como exploração sexual, tráfico de pessoas e violência. Após a migração, muitas vezes elas perdem o acesso a serviços de saúde reprodutiva e métodos de planejamento familiar, o que aumenta a probabilidade de enfrentarem gravidezes não planejadas.

Apesar da presença de fatores de resposta/inibidores/dificultadores, meninas e mulheres atingem um nível de sofrimento e intolerância que as leva a tomar decisões significativas no sentido de interromper ou minimizar os danos causados pela violência vivida. Embora o rompimento total com a situação de violência nem sempre se concretize, essas ações podem ser compreendidas como expressões de resistência, agência e busca por autonomia em contextos marcados por múltiplas opressões. Esse processo, denominado por Sagot (2000) como decisões executadas ou ações empreendidas, não ocorre de forma imediata. Pelo contrário, essa virada crucial pode levar anos, uma vez que as barreiras para a ruptura são diversas e complexas, conforme discutido ao longo deste trabalho (Bruhn; Lara, 2016).

O momento do rompimento é, portanto, resultado de um percurso marcado pela acumulação de sofrimentos e desafios, que culmina em um ponto de inflexão. A partir desse marco, ações concretas são tomadas com o intuito de interromper o ciclo de violência e iniciar um processo de ressignificação da própria trajetória de vida. Nesse sentido, a principal ferramenta para possibilitar essa mudança é a promoção da autonomia e do protagonismo

feminino, permitindo que a menina ou mulher se fortaleça e exerça controle sobre suas próprias decisões (Bruhn; Lara, 2016; Sagot, 2000).

A progressão da violência, o fim da chamada "trégua amorosa", ameaças de morte, a violência sexual, as violações contra os filhos, a redução do suporte financeiro, as mudanças no comportamento do autor da violência e a infidelidade são eventos decisivos para essas pessoas. Diante dessas circunstâncias, muitas meninas e mulheres reagem com profundo sentimento de indignação, especialmente quando envolve violência sexual, infidelidade ou ataques diretos aos filhos.

Ao tomarem a decisão de romper com a situação de violência, as meninas e mulheres adotam diversas estratégias para se proteger e reconstruir suas vidas. Entre essas medidas, destacam-se a realização de denúncias em delegacias, o registro de boletins de ocorrência, a solicitação de medidas protetivas e a busca por apoio junto ao Ministério Público. Além disso, muitas procuram serviços que compõem a Rede de Atendimento, como os de saúde, assistência social e justiça, na tentativa de garantir segurança e suporte para essa transição. Outras tomam medidas ainda mais drásticas, como mudar de estado, separar-se temporária ou definitivamente do companheiro e buscar inserção no mercado de trabalho para alcançar independência financeira. Algumas reagem fisicamente ou verbalmente, enquanto outras tentam dialogar com o autor da violência na esperança de que ele mude de comportamento (Arboit; Padoin; Paula, 2019; Baragatti *et al.*, 2019; Bruhn; Lara, 2016; Sagot, 2000).

Porém, o ponto inicial para a busca por ajuda é que as pessoas reconheçam que vivem uma situação de violência. Na pesquisa de D'Oliveira e Schraiber (2013) identificou-se que as pessoas tendem a recorrer inicialmente ao sistema de apoio informal, como familiares e amigos, especialmente quando não percebem a violência como grave. Somente após receberem informações e orientações desse círculo próximo é que buscam o suporte de instituições formais; os serviços de saúde são procurados em situações que as violações resultaram em lesões importantes. Isso indica que, quanto mais grave a situação de violência, maior a probabilidade de procurarem serviços especializados, muitas vezes já em condições críticas (Sebaldeli; Ignotti; Hartwig, 2021).

O processo de se reconhecer como pessoa em situação de violência até a chegada ao serviço de referência traçam um caminho singular para cada menina/mulher, com maior ou menor tempo e decisões distintas. Quando finalmente buscam pelos serviços, a receptividade não é como o esperado, como já discutido anteriormente. Isso é particularmente evidente nos casos de abortamento legal, o qual Ruschel (2020, p. 81) alega:

Esse cuidado parece nem sempre ter uma formatação clara, mesmo dentro de um serviço de referência. Percebe-se que o aborto legal está em um lugar de cuidado ainda em construção, sendo realizado nas brechas do trabalho instituído e oficial de atendimentos de pré-natal e parto.

Quando uma menina/mulher busca um serviço para realização do aborto legal, muitas vezes já enfrenta um olhar de desconfiança, que a acompanha durante todo o processo. Isso acontece de duas formas principais. A primeira está ligada ao fato de que o aborto em casos de estupro é amparado legislativamente, o que cria um ambiente de restrição e suspeita. Além disso, os próprios profissionais de saúde também sofrem pressão, já que, mesmo atuando dentro da lei, muitas vezes são julgados por uma moralidade que vê esse atendimento como algo errado (Diniz *et al.*, 2014).

Mas ser vítima de estupro, ou seja, atestar o acontecimento da violência, não é suficiente para garantir à mulher o direito ao aborto legal: é preciso ainda assegurar que a gestação tenha sido resultado do estupro narrado. [...] O território da cena do estupro é um dos moduladores para o teste de verdade – se o estupro foi cruento, maiores são as chances de a mulher falar a verdade (Diniz *et al.*, 2014, p. 295)

Além de precisar reviver toda a cena, causando um tipo de violência psicológica por parte dos operadores, as pessoas também passam por uma perícia com vários profissionais para comprovarem que sofreram a violência para, somente assim, terem garantido o acesso ao procedimento (Teixeira *et al.*, 2023).

Essa questão torna-se ainda mais alarmante quando refletimos sobre esses atravessamentos para pessoas em regiões de fronteiras internacionais. Neste espaço, a pluralidade cultural e linguística, somada às demandas específicas de cada caso, impõe camadas adicionais de complexidade ao cuidado. Além disso, a fragilidade na oferta de serviços, impedimentos legais e a escassez de profissionais qualificados agravam ainda mais os desafios. Nesse processo, a menina/mulher imigrante configura-se como o grupo mais vulnerável. Quando esses fatores se entrelaçam com os desafios do enfrentamento da violência sexual, podem intensificar a rota crítica dessas meninas e mulheres migrantes (Souza *et al.*, 2023b).

Toda essa realidade junta reflete uma limitação estrutural mais ampla: apesar dos avanços conceituais na formulação de políticas para o atendimento do público feminino em situação de violência sexual, a maioria dos serviços ainda não opera sob uma perspectiva de gênero. Isso faz com que a assistência prestada muitas vezes reproduza práticas normativas e prescritivas, que não apenas restringem a autonomia das meninas e mulheres, mas também podem contribuir para a manutenção de dinâmicas abusivas (Aguiar *et al.*, 2020).

Além disso, mesmo quando há iniciativas voltadas para a incorporação da perspectiva de gênero, a interseccionalidade segue sendo amplamente negligenciada. A ausência de um olhar que considere não apenas o gênero, mas também marcadores como raça/etnia e classe social, compromete a efetividade do cuidado. No caso das meninas/mulheres imigrantes, essa falta de abordagem interseccional acentua ainda mais sua vulnerabilização, tornando o acesso a direitos e à proteção um processo ainda mais excludente e burocrático. Assim, sem uma assistência que contemple essas múltiplas dimensões, os serviços seguem limitados em sua capacidade de oferecer um suporte integral e transformador (Aguiar *et al.*, 2020).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Apresentando a pesquisa

Antes de adentrarmos a fundo no percurso metodológico, localizamos, você, cara leitora e caro leitor, que esta pesquisa trata-se de uma parte de um macroprojeto com o título **“Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho”** sob coordenação da Profa. Dra. Cristiane Batista Andrade, coorientadora desta dissertação.

Este macroprojeto está vinculado ao Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (Claves) localizado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP) no Rio de Janeiro. É financiado pelo edital chamada Nº 21/2023 - Estudos Transdisciplinares em Saúde Coletiva. Foi aprovado em dezembro de 2023 através do processo 444419/2023-3.

4.2 Desenho metodológico

A partir dos debates realizados para o desenvolvimento desta dissertação, chegamos à proposta metodológica de uma pesquisa social qualitativa (Carnut, 2019).

Tal abordagem possui características singulares, especialmente no que se refere à compreensão dos significados atribuídos pelos interlocutores às suas experiências e práticas no contexto social em que se inserem. Nesse sentido, parte-se do entendimento de que, na pesquisa

social qualitativa, o que guia a análise é a “(des-re)construção social do fenômeno na realidade” (Carnut, 2019, p. 175). Isso significa reconhecer que os fenômenos sociais não são dados de forma fixa ou natural, mas são produzidos e interpretados nas relações sociais e institucionais. Assim, busca-se não apenas descrever a realidade observada, mas também problematizar e reconstruir os significados atribuídos ao fenômeno investigado a partir das experiências e narrativas dos participantes.

Ao refletirmos sobre a problemática, observamos que as ações das profissionais da assistência às meninas e mulheres em situação de violência sexual não devem se limitar apenas a oferecer cuidados imediatos, mas envolver também a interpretação dos sofrimentos e das respostas institucionais que são mobilizadas, seja no campo do apoio psicológico, seja no âmbito jurídico. Nesse sentido, a escolha pela pesquisa social qualitativa visou desvendar como as práticas de assistência e as respostas institucionais são moldadas por contextos específicos e suas realidades.

4.3 Territórios da pesquisa e vozes em travessia

Para compreendermos as rotas críticas percorridas pelas meninas e mulheres das fronteiras em situação de violência sexual, fez-se necessária a escolha de territórios que expressassem características relevantes para o alcance dos objetivos deste estudo. Pensando-se no Estado do Amazonas como vasto campo empírico e tendo em vista tanto questões logísticas quanto a necessidade de compreender dinâmicas que se produzem para além das fronteiras físicas, nós, pesquisadoras, optamos por organizar a pesquisa em dois momentos que se traduzem em dois territórios distintos.

O primeiro momento refere-se às abordagens com profissionais da saúde que exercem suas atividades na região de fronteiras. O segundo momento corresponde à abordagem realizada na capital do Estado do Amazonas, Manaus. Tal organização também levou em conta que diferentes posições de observação produzem leituras distintas da realidade: enquanto a capital concentra instâncias institucionais e serviços de referência, os territórios de fronteiras revelam, de maneira mais direta, as dinâmicas cotidianas vividas pelas populações locais.

É importante destacar que, por se tratar de uma temática ainda atravessada por tabus, optamos por não identificar especificamente os serviços de saúde e instituições aos quais as

participantes estão vinculadas. Essa decisão deve-se à facilidade de identificação nos municípios onde atuam, uma vez que se trata de pessoas com reconhecimento público de sua atuação profissional, e em casos como na região do Alto Solimões, em localidades de menor população e de conflitos violentos. Dessa forma, buscamos evitar qualquer tipo de desconforto ou tensionamento, garantindo o respeito à privacidade.

4.3.1 Primeiro território

No que se refere à primeira etapa da pesquisa, o trabalho de campo ocorreu na região do Alto Solimões, área de fronteira internacional do Brasil com a Colômbia e o Peru, localizada a aproximadamente 1.100 km de distância da capital do Estado. A inserção no território foi possibilitada pela convergência entre a necessidade do macroprojeto de desenvolver atividades de pesquisa em regiões de fronteiras e a realização do segundo ciclo da exposição *“Chegadas e Partidas – dignidade ao nascer, dignidade ao morrer”*, projeto de extensão vinculado à UEA, coordenado pela professora Munique e realizado na região do Alto Solimões em novembro de 2024, com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM).

A exposição consiste em uma iniciativa de extensão voltada à divulgação de temas relacionados à humanização dos processos de nascer e morrer, por meio de atividades educativas, rodas de conversa, exibição de materiais audiovisuais e exposição fotográfica. Na ocasião, eu, a pesquisadora da presente dissertação, juntamente com minha orientadora e coorientadora, participei da programação do evento por meio da realização de palestras e atividades formativas. Essa experiência possibilitou a nossa inserção no território e favoreceu a aproximação com serviços e profissionais da rede de saúde local, viabilizando o desenvolvimento da primeira etapa do trabalho de campo.

A seguir, apresentamos alguns dados fornecidos pelo 35º Anuário Estatístico do Amazonas (2025), com o objetivo de caracterizar a localidade escolhida para a primeira fase. O Amazonas é composto por quatro mesorregiões: Norte Amazonense, Centro Amazonense, Sul Amazonense e Sudoeste Amazonense. Cada uma delas abrange suas respectivas microrregiões. Entre elas, a Sudoeste Amazonense engloba a microrregião do Alto Solimões, situada no extremo sudoeste do Estado.

A microrregião do Alto Solimões é composta por nove municípios, sendo eles: Amaturá, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Fonte Boa, Jutai, Santo Antônio do Içá, São Paulo de

Olivença, Tabatinga e Tonantins (Figura 2). Representa aproximadamente 13,67 % da área total do Estado com 214.217 km². Essa região possui o maior número de fronteiras com outros países, sendo eles: Colômbia, Peru e Venezuela; sendo este o principal motivo da nossa escolha para esta dissertação. Ainda, a cidade de Tabatinga é classificada como uma cidade gêmea de Letícia, capital do departamento do Amazonas na Colômbia. Ambas compartilham um espaço urbano contínuo, configurando uma conurbação transfronteiriça interligada pela Avenida da Amizade. Essa configuração contribui para a intensificação dos fluxos populacionais entre os dois países, motivados por diversos fatores, como acesso a serviços de saúde, atividades comerciais, oportunidades de trabalho, lazer, educação e moradia (Coulibaly, 2017; Souza; Billacrês; Schor, 2022).

Essa intensa circulação de pessoas e mercadorias ocorre em um território que também ocupa posição estratégica nas dinâmicas de segurança e controle de fronteiras na região amazônica. Na imprensa brasileira, Tabatinga é frequentemente retratada como um espaço associado ao tráfico internacional de drogas e a episódios de violência vinculados às rotas transfronteiriças. A cidade aparece recorrentemente em reportagens sobre segurança pública nas fronteiras, sendo mencionada como um dos pontos de entrada de substâncias ilícitas no país (Paiva, 2015).

Nesse contexto, as dinâmicas relacionadas ao tráfico de drogas passaram, ao longo das últimas décadas, a integrar as relações sociais e econômicas da tríplice fronteira, influenciando processos de urbanização, circulação de recursos e formas de sociabilidade. Ao mesmo tempo, essas narrativas também produzem estigmatizações sobre determinados grupos sociais, como populações indígenas e comunidades tradicionais, frequentemente associadas de forma generalizada a atividades ilícitas em razão de seus conhecimentos da floresta e das rotas regionais (Paiva, 2015).

Já no que se refere à infraestrutura regional, a área do Alto Solimões conta com apenas dois aeroportos, localizados nos municípios de Tabatinga e São Paulo de Olivença. O acesso aéreo a partir de Manaus é viável, sendo que o voo direto até Tabatinga tem duração aproximada de 1h50min. No entanto, essa alternativa apresenta custos significativamente elevados, além de restrições quanto à frequência, com voos operando apenas em dias específicos da semana.

Em contrapartida, o transporte fluvial configura-se como a principal alternativa de mobilidade para grande parte da população, especialmente no trecho entre Manaus e Tabatinga, que representa o maior percurso realizado por embarcações de grande porte no rio Solimões. A distância linear entre as duas cidades é de aproximadamente 2.615,2 km, sendo percorrida em

cerca de 7 dias no sentido ascendente (subindo o rio) e cerca de 3 dias no sentido descendente (descendo o rio). Embora mais demorado, o transporte fluvial é economicamente mais acessível, o que o torna uma opção preferencial para os moradores da região (Coulibaly, 2017; Souza; Billacrês; Schor, 2022).

Figura 2 - Microrregião do Alto Solimões, Amazonas, Brasil.



Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2016).

Além dos desafios relacionados ao difícil acesso e às limitações nos meios de deslocamento, a região do Alto Solimões apresenta elevados índices de vulnerabilidade socioeconômica, o que agrava ainda mais as condições de vida da população local. Conforme destacado por Coulibaly *et al.* (2017), em seu artigo que trata sobre as “*Doenças sexualmente transmissíveis e a vulnerabilidade da população do Alto Solimões, Amazonas, Brasil*”, os municípios dessa microrregião estão entre os mais vulneráveis do estado do Amazonas, sobretudo no que diz respeito à pobreza e à precarização dos serviços públicos.

Dados recentes do Atlas ODS Amazônia também indicam importantes desigualdades nos indicadores de saúde entre os municípios da Amazônia Legal. O Boletim dedicado ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar analisa indicadores como mortalidade materna, mortalidade neonatal e partos realizados em estabelecimentos de saúde, evidenciando que grande parte dos municípios ainda enfrenta desafios significativos para

alcançar as metas estabelecidas para a Agenda 2030 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, 2025).

Essa realidade evidencia a complexidade dos determinantes sociais e estruturais que impactam diretamente a saúde e o bem-estar da população, tornando a região um campo relevante para investigações voltadas à saúde coletiva, com ênfase nas questões de vulnerabilização e acesso aos serviços essenciais.

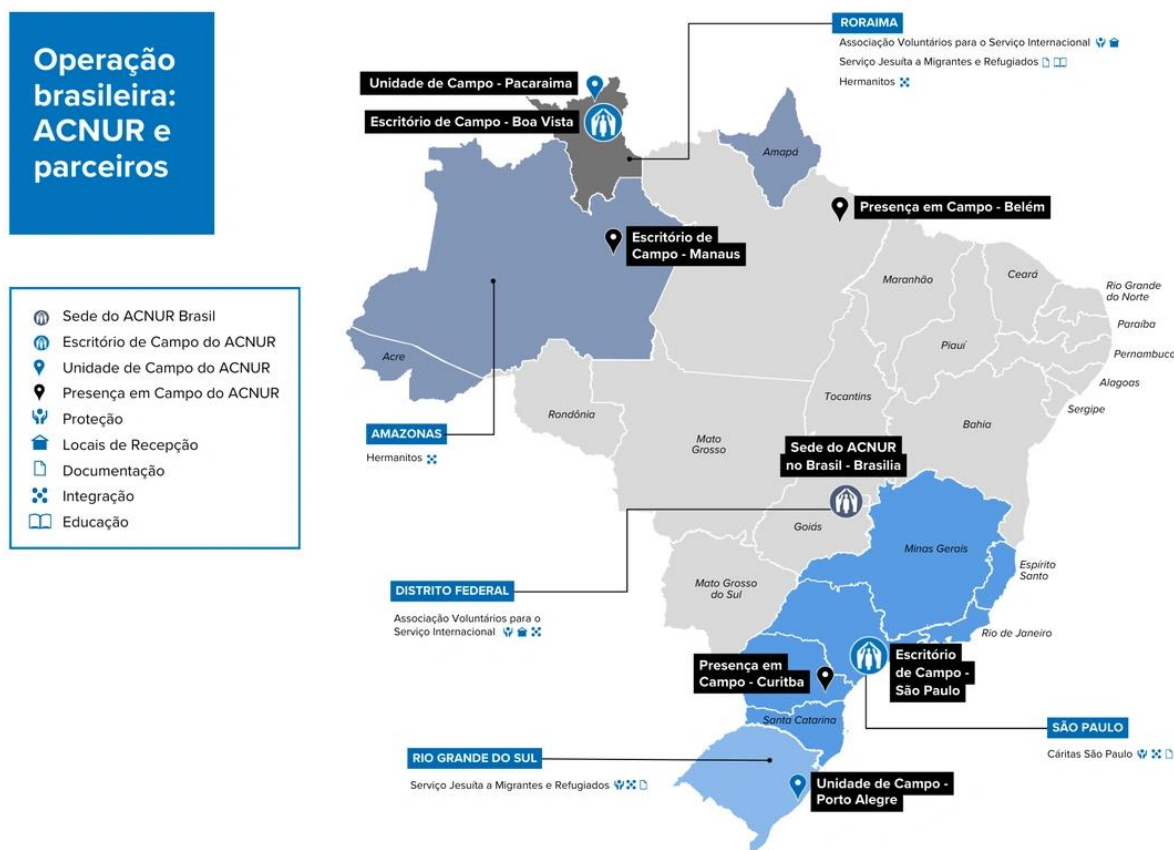
4.3.2 Segundo território

A segunda fase da pesquisa foi desenvolvida na cidade de Manaus e contou com a participação de uma profissional vinculada a um instituto que atua no apoio a meninas e mulheres cis e trans em situação de violência, vinculado ao Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR).

O ACNUR, também conhecido como a Agência da ONU para Refugiados, tem como missão proteger e apoiar pessoas refugiadas, apátridas e deslocadas forçadas em todo o mundo, garantindo seus direitos e promovendo soluções duradouras para suas situações. No Brasil, a atuação da agência se dá por meio de parcerias com organizações da sociedade civil que oferecem acolhida, integração e apoio à autossuficiência dessa população (ACNUR, s.d.).

Essas organizações estão distribuídas em parceiros e colaboradores, atuando em diferentes regiões do país e contribuindo com os trabalhos humanitários do ACNUR por meio de investimentos em projetos (parceiros) ou apoio às atividades desenvolvidas (colaboradores), fortalecendo os vínculos institucionais (Figura 3). Na região Norte, há cinco organizações parceiras e sete colaboradoras; na região Sudeste, duas parceiras e cinco colaboradoras; na região Sul, duas parceiras e oito colaboradoras; e na região Centro-Oeste, uma parceira e três colaboradoras (ACNUR, s.d.). Entre essas organizações daqui da região Norte, especificamente do Amazonas, inclui-se uma instituição voltada ao combate à violência de gênero contra mulheres cis e trans, à qual o contato inicial para a pesquisa foi possibilitado por meio do macroprojeto. A sua identidade não será revelada neste estudo para garantir o anonimato da participante.

Figura 3 - Distribuição geográfica das organizações parceiras/ACNUR.



Fonte: ACNUR (2026)

4.3.3 Travessia pelo rio

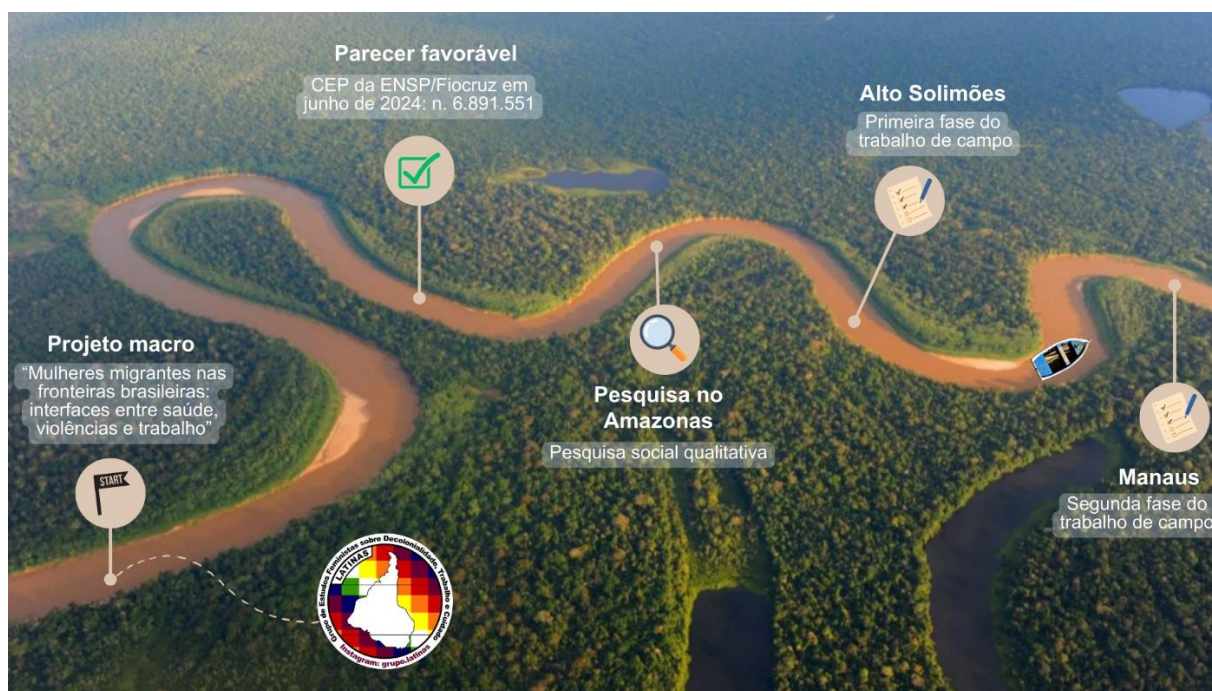
Diante de nossas andanças pelos campos empíricos, das vivências e experiências, elaboramos uma imagem (Figura 4) que busca representar simbolicamente as próprias trajetórias desta pesquisa. Muito menos do que um caminho desejado/planejado, foi uma construção no decorrer de um trabalho de campo sujeito, entre tantas coisas, composto por encontros não previstos e movimentos nem sempre planejados.

Assim, nos imaginamos navegando pelo rio, descendo o Solimões, acompanhando os fluxos que conectam territórios, pessoas e histórias. Assim como as águas do rio atravessam diferentes paisagens e comunidades, o caminho da pesquisa também se construiu a partir de

deslocamentos, encontros e aprendizados produzidos no contato com os territórios e com as profissionais que compõem a rede de atenção às pessoas em situação de violência.

Essa metáfora da travessia permite compreender que a produção do conhecimento não ocorreu de forma linear, mas foi sendo tecida a partir das experiências vividas em campo, das conversas estabelecidas e das reflexões suscitadas por cada encontro. Ao percorrer esses caminhos entre fronteiras, serviços e instituições, nós buscamos acompanhar, ainda que de maneira indireta, as rotas críticas que atravessam a vida de meninas e mulheres em situação de violência sexual. Dessa forma, o percurso metodológico aqui apresentado também revela um movimento de aproximação com os territórios e com os sujeitos que neles atuam, reconhecendo que a compreensão dessas rotas exige atenção às múltiplas dimensões sociais, institucionais e humanas que constituem o cuidado em saúde nesses contextos.

Figura 4 – Representação das próprias trajetórias no rio Solimões, Amazonas, Brasil.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

4.3.4 Vozes em travessia

E antes de adentrarmos na “nomeação” das interlocutoras desta pesquisa, ou melhor, das “vozes em travessia”, destacamos que nossa ideia inicial para esta dissertação era compreender as rotas críticas percorridas por mulheres em situação de violência sexual desde o primeiro contato com o serviço, a partir de suas próprias vivências e experiências. No entanto, após a nossa ida a região do Alto Solimões, fez-se necessário redimensionar nossas estratégias. Por se tratar de um local marcado por conflitos violentos e outras demandas percebidas presencialmente, optamos por abordar profissionais da área da saúde em virtude da ocasião, visando preservar a segurança das pesquisadoras e da equipe envolvida.

Assim, a pesquisa passou a contemplar profissionais vinculadas à Rede de Atendimento às vítimas de violência no Amazonas, independentemente de estarem inseridas em serviços especializados ou em unidades gerais de saúde. A seleção ocorreu de forma intencional, buscando contemplar diferentes categorias profissionais da Rede. Participaram do estudo uma médica generalista, uma médica ginecologista e obstetra e uma assistente social.

A identificação e recrutamento das profissionais ocorreu por diferentes caminhos. As duas médicas que atuam na região do Alto Solimões foram indicadas por uma informante-chave vinculada aos serviços de saúde locais, conforme será detalhado no tópico seguinte (procedimentos). Já a assistente social, atuante em um instituto localizado na cidade de Manaus, foi integrada à pesquisa por meio do macroprojeto ao qual esta dissertação está vinculada.

Cabe destacar que a condição migratória não constituía um critério previamente estabelecido para a seleção de participantes. Entretanto, de maneira não intencional, as três profissionais entrevistadas apresentavam trajetórias marcadas por processos de mobilidade e migração. Esse aspecto acabou por se configurar como um diferencial para o estudo, uma vez que os atravessamentos entre experiência migratória e prática profissional emergiram nos relatos de forma indissociável, revelando dimensões adicionais para a compreensão dos desafios e dinâmicas presentes no atendimento às pessoas em situação de violência sexual.

Portanto, aliado a isso, as entrevistas com profissionais de diferentes categorias nos permitiu uma análise comparativa entre os discursos e práticas adotadas por cada área de atuação, favorecendo uma compreensão mais abrangente sobre as particularidades socioculturais e institucionais que podem influenciar diretamente no desempenho das ações em saúde, o funcionamento da Rede e os desafios enfrentados no atendimento às pessoas em situação de violência nos territórios de fronteiras *versus* capital.

Então, as “vozes em travessia” são profissionais pertencentes a Rede de Atendimento às vítimas de violência no Amazonas. Foram excluídos profissionais que estavam afastados do

cargo assistencial no momento da coleta de dados, por motivos de: férias, licença, cargos administrativos, doença, entre outros.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade das participantes mediante o uso de pseudônimos inspirados em mulheres latino-americanas que se destacaram na luta contra a violência de gênero e estão apresentadas na última sessão deste capítulo de percurso metodológico. Isso é uma forma de homenagear essas figuras históricas e, simbolicamente, reconhecer o papel das profissionais entrevistadas. Os pseudônimos atribuídos às participantes, bem como suas características, estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização das participantes.

Pseudônimo escolhido	Profissão/Nacionalidade/Atuação
Hermelinda Tiburcio Cayetano	Médica Clínico Geral Peruana SUS (Alto Solimões)
Rigoberta Menchú Tum	Assistente Social Venezuelana ONG (Manaus)
Tarana Burke	Médica Ginecologista e Obstetra Venezuelana SUS (Alto Solimões)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

4.4 Procedimentos e instrumentos

A primeira etapa dos procedimentos da pesquisa consistiu em nossa ida ao campo do Alto Solimões, em novembro de 2024. Esta visita possibilitou um conhecimento aprofundado do território, de seus atravessamentos socioculturais e institucionais, bem como das diversas profissionais de saúde e serviços ofertados na região. Durante a permanência, construímos afetos e nos inquietamos, mas também construímos um diário de campo riquíssimo que registrou percepções, emoções e experiências, permitindo-nos captar sutilezas que a transcrição das entrevistas sozinha não conseguiria evidenciar (Kroef; Gavillon; Ramm, 2020).

Como já citado anteriormente, a prévia identificação das participantes da região do Alto Solimões ocorreu por meio de uma informante-chave atuante em uma unidade de saúde local, que forneceu informações iniciais sobre profissionais que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa para posterior recrutamento. “Os informantes-chave frequentemente se tornam uma via de acesso do pesquisador ao grupo pesquisado” (Bisol, 2012, p. 722).

A partir dessas informações, e considerando que nós, pesquisadoras, nos encontrávamos presencialmente no campo de pesquisa naquele momento, aproveitamos a oportunidade para iniciar a etapa de recrutamento com os profissionais de saúde previamente indicados. Para tanto, foi enviado um convite formal mediante apresentação da pesquisa, no qual se destacaram a temática central do estudo, seus objetivos e os aspectos éticos envolvidos. Após a manifestação inicial de interesse em participar da pesquisa, procedeu-se à organização das entrevistas conforme a disponibilidade das profissionais para dar início a coleta de dados. Devido ao tempo limitado de permanência das pesquisadoras no campo, apenas uma das entrevistas pôde ser realizada presencialmente. A outra foi agendada para ocorrer de forma remota, por meio da plataforma Google Meet, após o retorno das pesquisadoras, respeitando a disponibilidade de ambas as partes.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal. A entrevista realizada presencialmente no Alto Solimões contou também com a presença da orientadora da pesquisa, que acompanhou o encontro e realizou intervenções pontuais para aprofundamento de alguns aspectos.

Utilizamos as entrevistas semiestruturadas com questões abertas (Apêndice B e Apêndice C) para “escutar as vozes em travessia” e criar um espaço de acolhida para as profissionais. O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B) utilizado na primeira fase foi elaborado para o macroprojeto. É direcionado para trabalhadoras(es) e gestoras(es) dos SUS, SUAS e OSC e contém cinco eixos centrais com questões relacionadas a: 1) assistência às mulheres mirantes/refugiadas e o processo de migração, 2) aspectos de trabalho e educação, 3) saúde, 4) violências e 5) desafios e avanços. Para atingirmos os objetivos do presente estudo, nos centralizamos e debruçamos nas questões referentes ao quarto item, “violências”.

O segundo *lôcus* de pesquisa foi um instituto em Manaus voltado ao apoio de meninas e mulheres cis e trans em situação de violência. Como também já citado anteriormente, o contato inicial com a participante ocorreu por meio do macroprojeto ao qual esta pesquisa está vinculada, o que possibilitou o recrutamento facilitado posteriormente. A entrevista foi

realizada presencialmente em setembro de 2025, com a possibilidade da construção de um diário de campo igualmente riquíssimo.

A escolha intencional dessa interlocutora considerou o potencial de sua atuação institucional para contribuir com a compreensão das interfaces entre mobilidade, vulnerabilizações sociais e acesso aos serviços de saúde em situações de violência sexual na capital, bem como a relevância de sua experiência profissional que responderam os objetivos da presente pesquisa. Para a realização da coleta de dados, a entrevista semiestruturada foi conduzida exclusivamente pela pesquisadora principal, orientada por outro roteiro (Apêndice C) que manteve questões em comum com aquelas emergentes nas entrevistas realizadas na primeira fase da pesquisa. Essa estratégia metodológica buscou garantir maior comparabilidade entre as narrativas e possibilitar a análise das diferentes perspectivas institucionais que compõem a Rede de Atendimento.

Todas os encontros foram registradas em meio digital, mediante autorização das participantes, garantindo maior fidedignidade das declarações e a possibilidade de revisitar o material posteriormente. Antes da coleta, aplicamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice A) e utilizamos o roteiro semiestruturado (Apêndice B e Apêndice C) para conduzir as entrevistas.

Por fim, as gravações foram transcritas por profissionais especializados utilizando o programa *Transkriptor*. Posteriormente, nós, pesquisadoras, conferimos a fidelidade das transcrições e realizamos correções quando necessário, garantindo a precisão dos dados para análise.

4.5 Técnica e análise de dados

Diante uma abordagem que permite discussões multifacetadas, a definição cuidadosa das categorias de análise é essencial na pesquisa científica, especialmente para compreender questões tão complexas. Essa organização não só traz clareza ao processo analítico, mas também ajuda a revelar detalhes e particularidades de cada aspecto do tema estudado. A flexibilidade também torna-se um item essencial na pesquisa social qualitativa, especialmente dentro da Análise Temática (AT), onde o pesquisador pode desenvolver ou adaptar instrumentos de análise para além daqueles apresentados (Ferreira, 2024).

Então, a partir das transcrições, diário de campo e as próprias impressões como pesquisadoras, a análise desses materiais foi realizada por meio da técnica de Análise Temática (AT) de Virginia Braun e Victoria Clarke (2006) para fundamentar a seleção e a organização das categorias de análise. Essa escolha baseou-se na própria proposta apresentada pelas autoras, visto sua ampla, prática e flexível aplicação.

Como Souza (2019, p. 51) bem define: “A AT é um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos.” Neste caso, o processo não ocorre de forma linear; em vez disso, exige um movimento recursivo e contínuo entre as etapas, conforme necessário. Baseia-se em seis etapas, as quais são apenas uma opção de como proceder a análise dos dados e sua representação (Silva *et al.*, 2020). As seis fases da AT indicadas por Braun e Clarke (2006) são: 1) familiarização com os dados; 2) geração de códigos iniciais; 3) busca de temas; 4) revisão de temas; 5) definição e nomeação de temas e 6) produção do relatório.” conforme a tabela 1 a seguir, retirada de Souza (2019).

Tabela 1 - As seis fases da análise temática.

Fase	Descrição
1) Familiarização com dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
2) Gerando códigos iniciais	Codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
3) Buscando temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
4) Revisando os temas	Checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
5) Definindo e nomeando os temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.
6) Produzindo o relatório	Fornecer exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e literatura; relato científico da análise.

Fonte: Souza (2019).

Os principais achados são apresentados no próximo capítulo desta dissertação, organizados em repertórios temáticos que articulam dados empíricos e perspectivas teóricas: a) caracterização das meninas e mulheres nas rotas críticas, considerando suas condições de circulação, permanência, inserção social e modos de subsistência em contextos de fronteira; b) organização do cuidado entre normativas e práticas, evidenciando os (des)compassos nos atendimentos, nos fluxos institucionais e na articulação entre os serviços; c) rotas críticas em ação, a partir das experiências de acesso, circulação, interrupções e estratégias mobilizadas pelas usuárias na busca por cuidado, acolhimento e proteção; d) percursos de (des)cuidado, que explicitam os desafios, ausências e sentidos presentes nas narrativas profissionais, com

destaque para as barreiras linguísticas e culturais, o desconhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, as limitações institucionais e a fragmentação da rede de atenção, elementos que impactam diretamente a continuidade do cuidado e a efetivação de direitos e e) desfechos das rotas críticas à luz da justiça reprodutiva, com ênfase nos limites e possibilidades de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos.

Assim, o estudo dá visibilidade aos sentidos produzidos pelas profissionais acerca das rotas críticas, considerando a complexidade dos contextos de atuação e contribuindo para a reflexão sobre o cuidado em saúde, a garantia de direitos humanos e o enfrentamento das desigualdades no contexto amazônico.

4.6 Riscos e benefícios

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum risco aos participantes. Neste estudo, os riscos são: 1) desconforto ao participar da pesquisa devido a sua temática; 2) receio ou medo da privacidade ou de não ter o anonimato preservado pelos pesquisadores; 3) constrangimento de recusar, caso não queira participar da pesquisa; 4) perda de confidencialidade dos dados fornecidos pelos sujeitos entrevistados, podendo esse dano ser de caráter imediato ou tardio.

Portanto, para evitar ou minimizar esses riscos, garantimos aos participantes a liberdade de interromper, adiar ou suspender sua participação em qualquer momento na pesquisa, assim como o anonimato através do uso de nomes fictícios que protejam a identidade, cumprindo com o dever de confidencialidade e privacidade em todas as etapas da pesquisa. Além disso, garantimos que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e anonimato, sendo utilizadas para a coleta de dados e exclusivamente com finalidade científica, os quais não serão divulgados a terceiros posteriormente. Todos os dados ficarão sob a guarda da pesquisadora e da orientadora responsáveis.

Como benefícios diretos, a pesquisa contribui para a obtenção de informações pertinentes que possibilitem uma melhor assistência aos profissionais de saúde que lidam com as pessoas em situação de violência, buscando uma abordagem mais integral de seus cuidados; para a criação de intervenções e políticas públicas mais eficazes na assistência psicológica e social, levando em conta suas necessidades específicas; para aumentar a visibilidade da temática apresentada com embasamento científico; para diminuir a estigmatização que muitas mulheres enfrentam após a violência sexual; para expandir as pesquisas sociais no campo da

Saúde Coletiva, que abordam a complexidade de fenômenos relacionados à violência; e, por fim, para apresentar a Saúde Coletiva como um espaço que pode proporcionar segurança e empoderamento, além da validação das experiências das pessoas em situação de violência.

Qualquer possibilidade de danos diretos/indiretos e imediatos/tardios seja na dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como possíveis desconfortos e/ou constrangimentos por ocasião da realização das entrevistas para o participante na referida pesquisa, ou dela decorrente, os pesquisadores se responsabilizam em prestar toda assistência que se fizer necessária. Asseguramos, assim, o direito de assistência integral gratuita. Neste caso, pode-se entrar em contato com as pesquisadoras para a realização de acompanhamento psicológico no Espaço de Atendimento Psicossocial da Universidade do Estado do Amazonas (EPSICO-UEA) com a psicóloga Munique Therense Costa de Moraes Pontes (CRP 20/5421), sem qualquer ônus.

A colaboração dos participantes é voluntária, não havendo pagamentos ou custos, entretanto, garantindo o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Estão assegurados o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação de algum dano causado pela pesquisa ao participante. Asseguramos também o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa atende aos critérios estabelecidos nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fiocruz com parecer favorável em 17 de junho de 2024 e sob número: 6.891.551 (Anexo).

Visto que a pesquisa está sendo construída com trabalhadores dos SUS, SUAS e OSC, solicitamos as cartas de anuência das respectivas secretarias municipais para autorização do campo de pesquisa e a coleta de dados só iniciou após submissão e validação da mesma no CEP.

4.8 Referências simbólicas das vozes em travessia

As trajetórias de mulheres na América Latina revelam diferentes formas de mobilização política e social em defesa dos direitos humanos, da justiça social e da igualdade de gênero. Em contextos marcados por desigualdades estruturais, violência e exclusão social, diversas lideranças femininas têm se destacado na denúncia de violações de direitos e na organização de movimentos voltados à transformação de suas realidades. Entre essas lideranças, encontram-se mulheres cujas experiências de vida se entrelaçam com a luta coletiva de seus povos e comunidades.

Figura 5 – Foto de Hermelinda



Fonte: ONU-DH ([s.d.])

Hermelinda Tiburcio Cayetano é uma defensora indígena mixteca⁶ de direitos humanos, reconhecida por sua atuação na defesa dos direitos das mulheres indígenas no estado de Guerrero, no México. Nascida na região da Montanha Mixteca, cresceu em um contexto marcado pela pobreza, pela limitada presença do Estado e por frequentes situações de violência e discriminação contra mulheres indígenas (OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, s.d.).

Desde jovem, passou a atuar na defesa dos direitos das mulheres de sua comunidade e integrou movimentos e organizações indígenas voltados à promoção da justiça social. Tornou-se uma das primeiras mulheres mixtecas a denunciar publicamente casos de violência sexual contra mulheres indígenas na região, inclusive envolvendo membros do exército mexicano (OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, s.d.).

Em razão de sua atuação como defensora de direitos humanos e de denúncias relacionadas à violência e à corrupção em programas destinados a populações indígenas, Hermelinda passou a sofrer ameaças, perseguições e atentados contra sua vida, sendo posteriormente incluída no Mecanismo Nacional de Proteção a Defensores de Direitos Humanos no México. Atualmente, segue atuando em organizações e redes de mulheres indígenas, denunciando violações de direitos e promovendo a visibilidade das desigualdades enfrentadas por essas populações (OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, s.d.)

⁶ Segundo a Enciclopédia humanidades, a cultura mixteca foi uma das civilizações mesoamericanas que habitou o sul do México entre os séculos 1500 a.C. e 1521 d.C (Kiss, 2023).

Entre suas falas mais marcantes, Hermelinda Tiburcio afirma: “Estou consciente de que, a cada dia, existe a possibilidade de morrer, mas decidi continuar sonhando junto com os sonhos de muitas de minhas irmãs indígenas que vivem esperando um México melhor; esperando que as instituições do governo administrem com transparência os recursos públicos, que as instituições de justiça sejam imparciais e justas, e que tantas mulheres que dão a vida por seus filhos e pelas futuras gerações sejam respeitadas. Porque abandonar minha luta é abandonar meu sonho. De que me serviria escapar da pobreza, da marginalização, da ignorância e do machismo se eu, como mulher, mãe, esposa, filha, profissional e indígena, ignorasse o que acontece neste país? De que me serviria estar viva? Se eu abandonasse minha luta e meu sonho, meu corpo e meu ser morreriam em vida. Se o universo me desse a oportunidade de nascer novamente, eu faria o que faço hoje.” (OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, s.d.).

Figura 6 - Foto de Rigoberta



Fonte: BIG DREAMS
BLOOM (s.d.)

Assim como Hermelinda Tiburcio Cayetano, outras mulheres latino-americanas também se tornaram referências na defesa dos direitos humanos e na luta pelos direitos de seus povos. Entre elas, destaca-se Rigoberta Menchú, liderança indígena guatemalteca cuja trajetória alcançou projeção internacional. Rigoberta Menchú é uma ativista indígena guatemalteca reconhecida internacionalmente por sua atuação na defesa dos direitos dos povos indígenas. Nascida em 1959, na comunidade de Chimel, na região de Quiché, Guatemala, cresceu em um contexto de pobreza, discriminação e violência contra populações indígenas durante o período da guerra civil no país (ARCHIVES OF WOMEN'S POLITICAL COMMUNICATION, s.d.).

Sua trajetória política foi profundamente marcada pela repressão estatal e pela violência sofrida por sua própria família: seu irmão foi torturado e assassinado pelo exército, seu pai morreu em 1980 durante o incêndio da Embaixada da Espanha na Cidade da Guatemala, e sua mãe foi sequestrada, torturada e morta por militares (ARCHIVES OF WOMEN'S POLITICAL COMMUNICATION, s.d.).

Diante da perseguição política, Menchú exilou-se no México em 1981, onde passou a denunciar internacionalmente as violações de direitos humanos contra os povos indígenas guatemaltecos. Em 1983, sua história foi publicada no livro *Eu, Rigoberta Menchú: uma mulher indígena na Guatemala*, obra que ampliou a visibilidade internacional de sua causa. Em 1992,

recebeu o Prêmio Nobel da Paz por sua atuação em defesa dos direitos dos povos indígenas (ARCHIVES OF WOMEN'S POLITICAL COMMUNICATION, s.d.).

Figura 7 – Foto de Tarana



Fonte: Alexander (2020).

Por fim, mas não menos importante, a Tarana Burke é uma ativista e organizadora comunitária norte-americana, reconhecida como fundadora do movimento #MeToo, voltado à denúncia da violência sexual e ao apoio a sobreviventes. Nascida em 1973, no Bronx, em Nova York, iniciou ainda jovem sua atuação em iniciativas de organização comunitária e mobilização social (Alexander, 2020).

A partir de seu trabalho com jovens mulheres negras sobreviventes de violência sexual, Burke passou a utilizar a expressão “me too” como forma de incentivar o compartilhamento de experiências e a construção de redes de apoio entre sobreviventes. Em 2007, fundou a organização JustBe Inc., dedicada ao empoderamento de meninas negras (Alexander, 2020).

O movimento #MeToo ganhou projeção internacional em 2017, quando a hashtag se tornou viral nas redes sociais, ampliando o debate global sobre violência sexual. No mesmo ano, Burke foi reconhecida pela revista *Time* como Pessoa do Ano, juntamente com outras mulheres que denunciaram abusos (Alexander, 2020).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caminhos possíveis, caminhos tensionados: rotas críticas de meninas e mulheres em situação de violência sexual nas fronteiras

Neste capítulo, discutimos as principais rotas críticas percorridas por meninas e mulheres das fronteiras em situação de violência sexual, considerando os serviços e dispositivos de cuidado, acolhimento e proteção do estado do Amazonas, bem como os desfechos produzidos ao longo desses percursos. Todos os achados apresentados aqui e nos próximos itens do trabalho, emergem das narrativas das profissionais de saúde que já foram apresentadas anteriormente e embora não atuem exclusivamente no atendimento a casos de violência sexual, vivenciam cotidianamente o acompanhamento de meninas e mulheres nessa condição, permitindo identificar padrões, tensões e desafios que atravessam a rede de cuidado em saúde.

Parte-se do entendimento de que as rotas críticas não se configuram como trajetórias lineares ou previamente organizadas, mas como processos complexos, marcados por rupturas, negociações, silenciamentos e reorientações sucessivas, atravessados pelas condições de vida dessas mulheres, pela organização dos serviços e pelas práticas institucionais de cuidado em saúde.

A análise das rotas críticas exige, inicialmente, reconhecer quem são essas meninas e mulheres que acessam, ou buscam acessar, os serviços e dispositivos de cuidado, acolhimento e proteção em contextos de fronteiras. Tal movimento não se limita a uma caracterização descritiva, mas constitui uma chave analítica para compreender como as condições de circulação, permanência, acesso a direitos e inserção social e modos de trabalho e subsistência atravessam os percursos assistenciais e os desfechos produzidos. Trata-se, portanto, de situar essas trajetórias em seus contextos sociais, institucionais e territoriais.

Na sequência, o capítulo se debruça sobre os atendimentos ofertados no plano normativo, os realizados no cotidiano dos serviços e aqueles que se efetivam na experiência das usuárias, evidenciando como os fluxos institucionais, as condutas profissionais e a articulação – ou ausência de articulação – entre os pontos da rede interferem nos caminhos percorridos. As rotas críticas, nesse sentido, são analisadas a partir das experiências concretas de tentativas de acesso, ingresso (ou não), circulação e, por vezes, interrupção da assistência, revelando tanto estratégias de resistência e busca por alternativas quanto os obstáculos institucionais que produzem novas formas de vulnerabilização.

Por fim, a discussão incorpora a perspectiva da justiça reprodutiva como eixo transversal para analisar os limites e as possibilidades de cuidado ofertados às meninas e mulheres em situação de violência sexual. A presença ou não de ações voltadas à garantia de direitos sexuais e reprodutivos, sejam elas: o acesso à informação, à contracepção de emergência, à profilaxia de infecções e à interrupção legal da gestação, emerge como elemento central na análise dos desfechos dessas rotas, evidenciando tensões entre normativas, práticas profissionais e contextos socioterritoriais marcados pelas fronteiras (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

Esses elementos configuram-se como eixos centrais deste capítulo, incidindo diretamente sobre a maneira como as meninas e mulheres acessam (ou não) os serviços de saúde, circulam pelos diferentes pontos da rede, têm seus cuidados interrompidos ou sustentados e experimentam os desfechos das rotas críticas.

5.1.1 Quem caminha pelas fronteiras: corpos em trânsito e condições de vida nos percursos de cuidado

Neste subcapítulo o olhar se volta para a compreensão de quem são as meninas e mulheres atendidas nos serviços e dispositivos de cuidado, acolhimento e proteção em contextos de fronteiras, construída a partir da rotina dos atendimentos e não restrita a registros formais. Essa “caracterização” abarca não apenas suas trajetórias pessoais e familiares, mas também os modos de trabalho e subsistência que sustentam suas vidas nesses territórios. Trata-se de uma leitura situada, produzida nas interações, nos relatos e nas escutas cotidianas, a partir da perspectiva das profissionais que operam o cuidado diante de trajetórias marcadas por mobilidade, precarização e múltiplas formas de violência. Esses elementos não operam apenas como pano de fundo social, mas atravessam os percursos assistenciais e condicionam, concretamente, as possibilidades de cuidado e proteção.

Quem caminha por esses territórios não o faz apenas entre países, mas também entre serviços, línguas, instituições e formas de reconhecimento. Nos contextos amazônicos, marcados pela condição fronteiriça, as meninas e mulheres que buscam dispositivos de cuidado são percebidas pelas profissionais como corpos em trânsito, cujas trajetórias desafiam classificações rígidas de nacionalidade, pertencimento e lugar. Isso se dá porque, na prática, as fronteiras se manifestam de forma fluida: meninas e mulheres indígenas podem ser ticuna⁷ de diferentes países ou pessoas migrantes que transitam entre territórios e línguas, e os modos de viver e se relacionar com o espaço nem sempre se alinham às categorias fixas exigidas pelos serviços e pelas instituições.

Essas trajetórias se inscrevem em regimes de mobilidade que organizam, de forma desigual, quem pode circular, permanecer e acessar serviços, em que condições e com quais custos sociais e institucionais. Nesses contextos, a mobilidade não se apresenta como liberdade plena, mas como uma experiência regulada, atravessada por controles formais e informais, desigualdades territoriais e assimetrias de poder, que incidem diretamente sobre as possibilidades de cuidado e proteção (Schiller; Salazar, 2013).

No caso das meninas e mulheres que circulam pelas fronteiras amazônicas, esses regimes se materializam nos tempos longos de deslocamento, na dependência do trabalho

⁷ Segundo a Enciclopédia “Povos Indígenas no Brasil”, os Ticuna configuram o mais numeroso povo indígena na Amazônia brasileira (Soares, 2021).

informal e familiar, na necessidade de articular subsistência, cuidado e mobilidade, e na organização da vida em função das possibilidades concretas de circular entre territórios e serviços. A busca por atendimento passa, assim, a ser constantemente negociada com as exigências do trabalho, da renda, do cuidado com os filhos e das distâncias geográficas, fazendo com que a saúde se inscreva nas mesmas lógicas de precarização e improvisação que atravessam suas trajetórias de vida (Schiller; Salazar, 2013).

Toda essa realidade evidencia que os “itinerários de abandono” não se constituem apenas no interior da rede de saúde, mas começam a ser produzidos muito antes do encontro com os serviços, nas condições concretas que organizam a vida cotidiana dessas meninas e mulheres, como o trabalho, a mobilidade, a renda, o cuidado e o acesso à informação (Lustosa, 2025, 2026).

Nesse cenário, a noção de nacionalidade tende a perder centralidade, dando lugar a identidades coletivas, como o pertencimento a povos indígenas, que tensionam as lógicas administrativas e institucionais dos serviços de saúde. A identidade social é a base para a construção de identidades culturais e nacionais, e ela não é algo fixo: se constrói a partir de fatores históricos e sociais que já existem antes do indivíduo e segue se transformando ao longo do tempo. Além disso, é relacional, pois se define em confronto com o outro, o que torna simplista a ideia de uma identidade única e coerente. Na realidade, o sujeito vive múltiplas identidades, que mudam conforme o contexto e o momento vivido, e se formam por meio de discursos e relações sociais que criam fronteiras simbólicas e classificações de diferença (Ketzer *et al.*, 2018).

Essa construção identitária se vincula diretamente ao pertencimento a uma comunidade simbólica, frequentemente organizada em torno da nação. Contudo, além da nacionalidade, outras dimensões, como raça e etnia, também participam da formação identitária e funcionam como formas de distinção social. A raça, nesse sentido, não é um traço biológico natural, mas um discurso social que atribui características físicas e morais a determinados grupos, legitimando desigualdades e hierarquias. Já a etnia remete ao lugar de origem e ao reconhecimento de pertencimento a um grupo cultural, embora muitas vezes seja tratada como algo essencial e natural. Quando a pessoa migra ou convive com indivíduos de outras nacionalidades, essas identidades entram em tensão e precisam ser reconfiguradas, pois a distinção entre “nós” e “eles” se torna instável e contestada, onde o sujeito precisa negociar novas formas de se reconhecer e ser reconhecido (Ketzer *et al.*, 2018).

Essa circulação contínua, descrita como “fronteira viva”, evidencia que o acesso ao cuidado ocorre em um cenário no qual mobilidade, língua, etnia e precarização social se entrelaçam, produzindo formas específicas de vulnerabilização e, ao mesmo tempo, estratégias de sobrevivência e busca por proteção. Assim, as rotas de cuidado em saúde não se iniciam nos serviços, mas nos próprios modos de viver e circular pelas fronteiras.

Ao narrar sua experiência de trabalho em um município da tríplice fronteira, Tarana evidencia como a circulação entre países e pertencimentos étnicos atravessa o cotidiano dos atendimentos e redefine quem são as usuárias dos serviços de saúde:

Heloísa: [...] E essas mulheres que vêm dos outros países, né, pensando nessas mulheres, mais ou menos assim, como é que é o perfil delas, que a senhora percebe, qual é a maior nacionalidade, as características como pacientes?

Tarana: Oh, *[cidade brasileira]* tem uma particularidade, como está na tríplice fronteira, aqui temos muito atendimento de brasileiras, ok? Da população do Peru, ok? E de colombianos também, ok? Então aqui é fronteira aberta, é uma fronteira viva... não tem... Você vai de Brasil para Colômbia e para o Peru...

Heloísa: Livremente, né?

Tarana: Livremente, como cruzar uma rua. Se não está sabendo, já está no outro país. Se você cruzou, já está no outro. E Brasil aqui é porta aberta, a UPA é porta aberta para todos os outros dois países. Tanto Peru como Colômbia. Aqui não se nega o atendimento a ninguém. 80% da população que se atende aqui nessa UPA é indígena. E sabe que os indígenas não têm realmente nacionalidade. A maioria são ticunas. E podem ser ticunas de Peru, ticunas de Colômbia ou ticunas brasileiras.

Heloísa: Tudo misturado né.

Tarana: São ticunas. Simplesmente são ticunas. Da linha ticuna. Alguns falam português, alguns nem falam português.

Heloísa: Entendi. E falando um pouquinho...

Tarana: Então aqui o atendimento é bem diferenciado de outras cidades.

Heloísa: Bem variado, né?

Tarana: Muito diferente.

Heloísa: Interessante. Pela localização, né?

[com dados omitidos para proteção da identidade]

O relato de Tarana evidencia que, na prática, a categoria nacionalidade mostra-se insuficiente para compreender as trajetórias de cuidado em contextos fronteiriços. A circulação cotidiana entre países, a centralidade do pertencimento étnico e a fluidez dos vínculos territoriais produzem formas específicas de acesso aos serviços, nas quais as fronteiras administrativas perdem nitidez diante das experiências vividas.

Além das mulheres indígenas que transitam cotidianamente entre países e instituições, as profissionais também descrevem a presença recorrente de meninas e mulheres migrantes e refugiadas, muitas vezes desacompanhadas, com filhos pequenos ou numerosos, inseridas em contextos de dependência econômica e vínculos familiares fragilizados. Essas condições

atravessam as demandas apresentadas aos serviços e tensionam as práticas de cuidado, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva (SSR).

A fala de Rigoberta, nesse sentido, amplia a compreensão sobre quem são essas usuárias e como suas trajetórias se entrelaçam às rotas críticas de cuidado nas fronteiras:

Heloísa: [...] Entramos em outro ponto... A questão da caracterização dessas mulheres. Você me diz que são mulheres que sofrem violência psicológica, que vem de um contexto, né? Muitas vezes sem ninguém, então são dependentes. Têm crianças, têm muitos adolescentes....?

[Rigoberta balança a cabeça em tom de afirmação...]

Heloísa: São de todas as idades, mulheres idade fértil... de todos os tipos? Com muitos filhos, com... A gente falou um pouquinho dessa configuração, né?

Rigoberta: Com muitos filhos. E sempre, assim, uma idade muito próxima uma do outro. Então, a gente consegue ver meninas, meninas com 20 anos que têm 4 filhos. Então, sabe? E a gente tenta entender como é que funciona os cuidados, a prevenção, se pretende ter mais filhos. *[As mulheres falam]* “Ai, eu queria ter um filho no Brasil.”

Heloísa: Ok.

Rigoberta: Ok, né? Então, cada família, cada composição entende como ela consegue se organizar. [...]

Heloísa: Entendi. E o *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]* só recebe imigrantes, né?

Rigoberta: Só.

Heloísa: Demanda só de pessoas estrangeiras, né?

Rigoberta: Com o projeto ACNUR, sim. Mas se chegar uma situação de brasileira, a equipe...

Heloísa: Tem a capacidade de encaminhamento, né?

Rigoberta: Tem. Temos a capacidade, sim, de acompanhar e de fazer os encaminhamentos.

Heloísa: Perfeito.

Rigoberta: Mas a gente trabalha diretamente com o projeto ACNUR voltado pra mulheres. Porque, na verdade, quando o *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]* nasceu, há cinco anos atrás, era para mulheres. Então veio a questão da vulnerabilidade da mulher refugiada e imigrante e a gente direcionou também pra esse público. Mas isso não exclui as brasileiras.

Heloísa: Entendi. São mulheres de uma forma geral, né? Mas hoje em dia, claro, majoritariamente o público é estrangeiros.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

O conjunto desses excertos revela que as trajetórias das usuárias são atravessadas por maternidades precoces, redes familiares instáveis, mobilidade forçada e inserções laborais precarizadas, compondo cenários complexos que impactam diretamente as possibilidades de prevenção, acompanhamento e continuidade do cuidado. Nesse contexto, as rotas em saúde são continuamente negociadas, redefinidas e interrompidas, em função das condições de vida, dos recursos disponíveis e das mediações institucionais existentes nas fronteiras.

No interior dessa narrativa de Rigoberta destaca-se um elemento importante que contribui para compreendermos as rotas críticas de cuidado construídas nas regiões de

fronteiras. O Brasil, e particularmente o sistema público de saúde, aparece como um *locus* de desejo nas trajetórias dessas mulheres. Ao ouvir que algumas delas expressam o desejo de “ter um filho no Brasil”, sugere-se que o país se configura como um ponto de chegada dentro das rotas críticas de cuidado percorridas por meninas e mulheres migrantes. Esse elemento indica que, no imaginário e na experiência dessas usuárias, o Brasil (por meio do SUS) pode representar a possibilidade de acesso a cuidados reprodutivos e à assistência em saúde durante a gestação e o parto, diferenciando-se de contextos anteriores de origem ou trânsito. Assim, para essas meninas e mulheres que atravessam fronteiras em contextos de vulnerabilização, o território brasileiro passa a compor a rota de busca por cuidado e proteção em saúde.

Além disso, as “caracterizações” anteriores construídas pelas vivências profissionais não se limitam às composições familiares ou às experiências reprodutivas, mas se estendem aos modos de trabalho e subsistência que sustentam as suas vidas nas fronteiras. Inseridas majoritariamente em atividades informais, agrícolas, ribeirinhas ou comerciais, muitas vezes em contextos de pobreza e isolamento territorial, essas meninas/mulheres articulam trabalho, cuidado e deslocamento como partes indissociáveis de seus percursos de vida e de suas rotas de cuidado.

Ainda que atuem em serviços distintos, as entrevistadas conseguem descrever tais trajetórias de vida e trabalho construídas pelas usuárias, evidenciando leituras semelhantes sobre quem são as meninas e mulheres desses territórios:

Heloísa: Falando um pouquinho dessas mulheres, a senhora sabe me dizer mais ou menos onde elas trabalham, o que elas realizam, o que elas relatam, né?

Tarana: Em um papel, a maioria são agricultoras ou pescadoras. São ribeirinhos. São indígenas e ribeirinhos. Moram em comunidades isoladas, distantes de *[cidade brasileira]*, na maioria. Às vezes demoram 6, 7, 8 horas em um barquinho para chegar. Mas a maioria é autossuficiente, são muito indígenas. Agricultores ou pescadores.

Heloísa: E falando das colombianas e das peruanas, elas são autônomas também? Trabalham por conta própria né?

Tarana: Também, a maioria são autônomas. [...] Aqui a pobreza é grande, é grande, realmente é grande.

Heloísa: Estou entendendo. E como é que elas fazem depois que elas têm filhos? Elas conseguem trabalhar, estudar? A senhora consegue ver isso ou não dá para acompanhar?

Tarana: Não dá para acompanhar. Eu sei muitas vezes que muitas, por exemplo, as brasileiras, muitas trabalham, tem muita gravidez em adolescentes que ainda estão estudando, ok? E sei porque quando a gente às vezes solicitam licença de maternidade, *[as mães das adolescentes falam]* “porque minha filha está estudando e precisa entregar na escola” e essas coisas, né? Entende? Mas a maioria simplesmente não trabalha, o marido trabalha. E elas simplesmente não trabalham.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Hermelinda: Aqui na minha equipe, que eu sou da equipe do centro, a gente tem muita paciente gestante do lado peruano, assim como do lado colombiano também. [...]

Heloísa: [...] Pra gente [*pesquisadoras*] tentar entender um pouco como você consegue identificar o perfil dessas mulheres, onde elas trabalham? Essas mulheres migrantes... Aqui, por exemplo, é um bairro de muitas peruanas... Onde elas trabalham? Que atividades elas realizam? Só pra gente entender o contexto da população.

Hermelinda: A maioria das mulheres de por aqui perto, elas vendem aqui na feira. Vendem produtos que elas trazem ou que elas mesmas cultivam. Elas vendem aqui na feira. A maioria é comerciante. Tem outras pacientes também que vêm e são de casa, do lar. Elas não trabalham às vezes. O esposo é quem trabalha. Mas é isso, comércio ou do lar, praticamente.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Os diálogos evidenciam que as formas de inserção no trabalho, os longos deslocamentos territoriais e as condições materiais de existência compõem o pano de fundo a partir do qual se constroem as demandas por cuidado e proteção. A vida nas fronteiras, organizada em torno da informalidade, da mobilidade e da instabilidade, atravessa diretamente os modos de acesso aos serviços e as possibilidades de continuidade do acompanhamento em saúde.

A identidade, os percursos de vida e de cuidado das meninas e mulheres nos contextos amazônicos se produzem em um espaço que extrapola a fronteira como delimitação geopolítica. A circulação constante entre países, serviços, línguas e pertencimentos, descrita pelas próprias profissionais como uma “fronteira viva”, conforma um território cotidiano marcado por mobilidade, precarização e desigualdades, no qual as trajetórias não se organizam a partir de pertencimentos nacionais fixos, mas dos modos de viver, trabalhar e circular nesses espaços (Anzaldúa, 1987).

Essa compreensão dialoga com a perspectiva de Michel Agier, antropólogo e sociólogo francês, bastante conhecido por seus estudos sobre migrações, refúgio, fronteiras, humanitarismo e exclusão social. Para o autor, a fronteira deve ser entendida como um processo social e político, e não apenas como uma linha de separação entre Estados, sendo produzida nos deslocamentos, nos controles e nas experiências cotidianas de populações em movimento, e continuamente (re)feita nas práticas sociais e institucionais (Agier, 2016).

Estudos sobre mobilidade em regiões limítrofes mostram que pessoas envolvidas em atividades econômicas e de subsistência frequentemente cruzam fronteiras para trabalhar e manter suas redes de sustento, especialmente em municípios fronteiriços marcados pela proximidade entre cidades, pela circulação cotidiana e pela centralidade do trabalho informal. Esses deslocamentos não se configuram apenas como escolhas individuais, mas como

estratégias de sobrevivência produzidas em contextos de desigualdade, precarização e escassez de oportunidades locais. Além disso, a ausência de um marco regulatório nacional unificado para os fluxos transfronteiriços de trabalhadores contribui para a heterogeneidade dessas experiências, fazendo com que as condições de circulação, inserção laboral e acesso a direitos sejam definidas de modo variável, conforme os interesses institucionais, as dinâmicas regionais e as relações estabelecidas entre os países vizinhos (Conte, 2024).

Essas formas de mobilidade e inserção laboral não produzem efeitos apenas sobre a renda ou a subsistência, mas também organizam, de maneira decisiva, as possibilidades concretas de acesso aos serviços de assistência, cuidado e proteção. A instabilidade dos vínculos laborais, a informalidade, a circulação frequente entre territórios e a ausência de garantias institucionais incidem diretamente sobre os tempos, os caminhos e as estratégias mobilizadas para buscar cuidado, frequentemente subordinando a saúde às exigências da sobrevivência cotidiana.

Estudos sobre mulheres agricultoras em comunidades tradicionais da Amazônia Central indicam que o trabalho agrícola ocupa papel ambivalente em suas trajetórias. Ao mesmo tempo em que contribui para a autonomia, a subsistência e o reconhecimento social dessas mulheres, também as expõem a esforços físicos intensos, acidentes e outras condições de risco relacionadas às atividades produtivas. Nessas comunidades, as práticas de cuidado frequentemente combinam saberes tradicionais e uso de remédios caseiros, enquanto o acesso à atenção primária à saúde permanece limitado pelas longas distâncias, pela escassez de serviços e por conflitos socioambientais que afetam os territórios e as condições de vida locais (Reis *et al.*, 2025).

A respeito das mulheres pescadoras artesanais, pesquisas mostram que, mesmo com o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, persistem padrões tradicionais de divisão sexual e racial do trabalho. Elas participam das atividades produtivas da pesca, mas continuam sendo as principais responsáveis pelas tarefas domésticas e pelo cuidado familiar, acumulando uma dupla jornada de trabalho. Enquanto os homens tendem a dedicar-se prioritariamente ao trabalho remunerado, muitas mulheres conciliam atividades produtivas e trabalho de cuidado, frequentemente invisibilizado. Nesse contexto, aparece também entre essas trabalhadoras o desejo por ocupações formais, associadas à maior estabilidade e reconhecimento social (Leitão, 2013).

Tais experiências evidenciam a articulação entre gênero, raça/etnia, nacionalidade e classe social na produção das vulnerabilizações, configurando trajetórias marcadas por

múltiplas formas de desigualdade. Trata-se, portanto, de processos interseccionais, nos termos propostos por Crenshaw (1989), nos quais diferentes opressões sociais se combinam e se reforçam, produzindo barreiras específicas ao acesso ao cuidado em contextos fronteiriços.

O cuidado aparece também como uma forma de trabalho invisibilizado, incorporado às estratégias de sobrevivência das mulheres, que precisam articular atividades produtivas, cuidado familiar e busca por atendimento em cenários marcados por escassez de recursos e baixa proteção social. Entre mulheres migrantes, essa modalidade de trabalho assume contornos ainda mais complexos, na medida em que se inscreve em trajetórias atravessadas por múltiplas desigualdades (Andrade *et al.*, 2025).

Ao mesmo tempo, é nesse campo que se constroem estratégias de sustentação da vida, por meio da mobilização de redes, saberes e práticas que permitem enfrentar, ainda que de forma precária, as instabilidades do contexto. O cuidado, assim, não se limita a uma dimensão instrumental ou econômica, mas envolve também experiências corporais, afetivas e morais, constituindo um espaço ambivalente em que se entrelaçam sobrecarga, resistência e produção cotidiana de possibilidades (Andrade *et al.*, 2025).

É nesse entrelaçamento entre mobilidade, trabalho e cuidado que se tornam mais visíveis as dinâmicas descritas pelas entrevistadas. Compreendemos então, como, na prática, a fronteira se configura como um lugar social de incerteza permanente, no qual as meninas e mulheres vivem percursos marcados pela imprevisibilidade do cuidado, sem garantias prévias sobre como, quando ou em que condições suas demandas serão acolhidas. Além disso, são atravessadas por tempos de espera, que se estendem desde a busca por atendimento até o retorno ao serviço, e por negociações cotidianas, nas quais é necessário explicar quem são, de onde vêm e por que estão ali. Nesses encontros, as decisões que determinam o acesso ao cuidado são tomadas de forma situada, no momento, dependendo do contexto, das condições do serviço e da dinâmica do encontro com profissionais, de modo que nada é automático e tudo se define na prática (Agier, 2016).

Os encontros com os serviços e dispositivos de cuidado, acolhimento e proteção se tornam espaços em que a fronteira se vive e se pratica, produzindo simultaneamente possibilidades de mobilidade e situações de vulnerabilização. A “fronteira viva” expressa-se como condição estruturante das trajetórias de assistência, fazendo com que o acesso aos serviços não se inicie nos equipamentos formais, mas nos próprios modos de viver e circular entre territórios, redes de apoio e estratégias de sobrevivência. As rotas críticas e até mesmo as de cuidado, assim, se constroem em contextos nos quais a vida se organiza em trânsito,

antecipando tensões que se aprofundam nos encontros com os serviços e que atravessam de forma decisiva as possibilidades de cuidado e proteção.

As relações de trabalho podem contribuir de modo significativo e concreto para o enfrentamento das rotas críticas das meninas e mulheres, ao representar uma fonte de autonomia, renda e potencial emancipatório. No entanto, essa influência é ambivalente: o trabalho também pode intensificar a sobrecarga e aprofundar vulnerabilizações, sobretudo quando se dá em contextos informais, precários ou com pouca proteção social. Assim, o emprego pode ser simultaneamente um recurso de resistência e um fator que limita o acesso a cuidado e proteção, evidenciando como trabalho, cuidado e mobilidade se articulam nas trajetórias de vida dessas pessoas (Borchers *et al.*, 2016; Rothman *et al.*, 2007).

A centralidade do trabalho nas trajetórias de vida reforça o caráter complexo das fronteiras enquanto espaço social de produção de precarização e cuidado. Estudos sobre mulheres migrantes apontam que o trabalho de cuidado e outras ocupações muitas vezes informais não são apenas condições materiais de existência, mas também formas de enredar práticas de proteção e sustentação familiar no contexto transnacional. No caso de mulheres migrantes, esse trabalho opera como um eixo articulador das rotas de cuidado e das estratégias de sobrevivência, inclusive influenciando como elas organizam seus tempos de deslocamento, suas prioridades de saúde e os modos de circulação entre territórios e serviços (Andrade *et al.*, 2026)

Cabe destacar, na narrativa de Tarana, a observação de que há “*muita gravidez em adolescentes*”, evidenciando um fenômeno central nas trajetórias de meninas e mulheres em contextos amazônicos. Dados da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (2025) mostram que, ano passado, ocorreram 68.913 nascimentos no Amazonas, com destaque para a microrregião do Alto Solimões (6.645 nascidos), perdendo apenas para o entorno de Manaus e Rio Negro. Desses 68.913 casos, 910 (1,3%) partos foram de mães entre 10 e 14 anos e 13.273 (19,3%) de mães entre 15 e 19 anos, indicando que uma parcela significativa dos nascimentos no Estado é precoce.

Quanto à escolaridade, 74,1% das mães possuíam entre 8 e 11 anos de estudo, e apenas 10,7% completaram 12 anos ou mais, indicando que a grande maioria tem escolaridade limitada, o que pode reduzir acesso à informação sobre cuidados reprodutivos e aumentar as vulnerabilizações sociais. Em relação ao estado civil, 74,4% eram solteiras, sugerindo que muitas enfrentam a maternidade sem a presença de um parceiro, o que reforça a dependência de redes familiares e comunitárias para cuidados e proteção. Em termos de composição étnico-

racial, 693 mães se declararam pretas, 9.859 indígenas e 53.661 pardas, mostrando que a gravidez se concentra sobretudo entre populações indígenas e pardas (FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS, 2025).

Esses dados permitem caracterizar o perfil dessas mulheres: adolescentes ou jovens, com escolaridade limitada, muitas vezes solteiras, inseridas em contextos de vulnerabilização socioeconômica e trabalho informal, e residentes em municípios de fronteiras ou regiões de difícil acesso. Em diálogo com esses achados, estudos sobre gravidez precoce em comunidades amazônicas indicam que adolescentes enfrentam múltiplos desafios durante a gestação. A maternidade precoce frequentemente leva à evasão escolar e à sobrecarga familiar, em contextos de extrema pobreza e de fragilidade das redes de apoio. Culturalmente, observa-se que essas meninas tendem a reproduzir padrões de vida de suas mães, iniciando precocemente o ciclo reprodutivo. Além disso, a falta de infraestrutura básica (saneamento, serviços de saúde e acesso a recursos sociais) compromete o cuidado e a proteção dessas jovens, tornando a gravidez precoce um fenômeno que só pode ser compreendido à luz do contexto socioeconômico e territorial em que ocorre (Gondin; Gondin; Chaves, 2020).

Portanto, a experiência de gravidez ocorre em trajetórias atravessadas por múltiplas desigualdades (idade, escolaridade, estado civil, gênero, raça/etnia, condição socioeconômica, *status* migratório, território e trabalho) que criam barreiras ao acesso ao cuidado, mas também moldam estratégias de resistências, organização e manutenção da vida. Essa perspectiva evidencia a interseccionalidade das experiências, mostrando que trabalho, cuidado, mobilidade e demandas de saúde se entrelaçam, produzindo simultaneamente vulnerabilização e formas de enfrentamento. As rotas de cuidado se iniciam muito antes do contato com serviços formais e se desenvolvem em condições permanentes de incerteza e negociação.

Ao mesmo tempo, a centralidade do trabalho e das relações de dependência econômica evidencia como as possibilidades de acesso ao cuidado são condicionadas por ritmos de vida e por formas de organização social que precarizam as vidas de meninas e mulheres em deslocamento. Essa compreensão permite avançar para o próximo momento da análise, voltado às práticas institucionais e aos desafios enfrentados pelas profissionais diante dessas trajetórias complexas e das demandas específicas de cuidado, proteção e acolhimento nas fronteiras.

5.1.2 O que se encontra nos percursos: práticas profissionais e institucionais nas rotas críticas

Se no subcapítulo anterior o foco incidiu sobre quem são as meninas e mulheres que percorrem os serviços de cuidado, acolhimento e proteção no estado do Amazonas, neste momento o olhar se desloca para quem opera cotidianamente esses dispositivos. Trata-se de profissionais que atuam em diferentes pontos da rede e que constroem suas práticas cotidianas em contextos marcados por escassez de recursos, instabilidade institucional e demandas complexas.

Neste subcapítulo, analisamos as práticas institucionais e profissionais que conformam os atendimentos ofertados (ou não) às meninas e mulheres em situação de violência sexual nos contextos fronteiriços investigados, tomando os serviços como espaços privilegiados de mediação entre diretrizes institucionais, condições materiais de funcionamento e experiências das usuárias. Parte-se do entendimento de que tais práticas não se restringem à aplicação de protocolos e são permanentemente atravessadas por negociações, interpretações, improvisações e dilemas éticos produzidos no cotidiano do trabalho.

Cabe destacar, ainda, que essas dinâmicas são produzidas por profissionais que, em muitos casos, circulam entre diferentes serviços, acumulam responsabilidades e ocupam posições estratégicas na rede local, em contextos marcados por limitações institucionais, mudanças frequentes na gestão e restrições de recursos. A necessidade de conciliar múltiplas demandas, lidar com orientações administrativas instáveis e adaptar-se às condições concretas de funcionamento dos serviços atravessa o cotidiano do trabalho, exigindo constantes ajustes e rearranjos.

Em contextos fronteiriços, algumas atuam também como mediadoras linguísticas e culturais, especialmente no atendimento a usuárias estrangeiras, enquanto outras são elas as próprias migrantes, compartilhando experiências de mobilidade, insegurança e adaptação institucional. Essas trajetórias profissionais e pessoais simultâneas atravessam o modo como o cuidado em saúde é ofertado, influenciando a construção de vínculos, a gestão dos fluxos e as estratégias informais de acesso aos serviços.

A partir das suas narrativas, buscamos compreender como essas práticas se materializam nos serviços e interferem nos percursos assistenciais e nos desfechos das rotas críticas. Ao tensionar o que é previsto, o que é realizado e o que é efetivamente experienciado pelas usuárias, evidenciamos tanto possibilidades de proteção quanto novos vetores de vulnerabilização, especialmente em contextos fronteiriços marcados tão singulares.

A fragmentação da oferta de cuidados e as limitações estruturais emergem de forma contundente na fala de Tarana, médica que atua em uma unidade de pronto atendimento que

contempla a maternidade da região do Alto Solimões. Sua inserção em um serviço que articula diferentes níveis de atenção lhe permite evidenciar, de maneira privilegiada, os limites da assistência disponibilizada:

Heloísa: [...] E que ações que a senhora faz dentro do seu serviço a questão de, assim, de uma maneira geral, que tipo de atendimento? Vamos pensar assim.

Tarana: Aqui em *[cidade brasileira]*, na UPA, na maternidade de *[cidade brasileira]*, a gente atende na emergência de obstetrícia. Não tem atendimento na parte de ginecologia, realmente. Isso é parte do atendimento do clínico. É um atendimento só de emergência. Aqui nesta maternidade, que forma parte da UPA, não tem consulta, não tem ambulatório, não tem consulta de seguimento, nada. Somente pacientes de emergência *[de obstetrícia]*. [...]

Heloísa: E quais são as principais demandas de saúde? No caso da maternidade, é só realmente as emergências?

Tarana: É, exato. Tudo. *[Tarana solta umas risadas]*

Heloísa: Tudo de parto, né?

Tarana: Exato, tudo de parto. As cesáreas de emergência... Isso.

Heloísa: A parte ginecológica realmente fica...

Tarana: Fica por fora. Só é atendimento na UBS e já, porque não tem ginecologista, então ninguém atende esses pacientes. Eu não sei, realmente, aqui.

Heloísa: A senhora já teve algum caso de encaminhar, algum caso assim ginecológico pra cá pra Manaus?

Tarana: Não teve, porque eu não atendo. Mas sei de casos de pacientes que precisam de histerectomia que tem que ser encaminhados para Manaus, pelo SISREG... Esses municípios tem que pagar... isso é uma complicação, é difícil para os pacientes realmente.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

O relato de Tarana evidencia como a organização dos serviços em torno de atendimentos exclusivamente emergenciais produz a fragmentação dos percursos de cuidado em saúde e limita as possibilidades de acompanhamento longitudinal das usuárias. Inserida em um dispositivo voltado prioritariamente à urgência obstétrica, a médica acessa apenas momentos críticos das trajetórias dessas meninas e mulheres, sem dispor de condições institucionais para acompanhar seus desdobramentos nos demais níveis da rede. Nesse sentido, a afirmação “*não teve, porque eu não atendo*” expressa menos uma limitação individual da profissional e mais as próprias características institucionais da unidade, estruturada para responder às demandas imediatas, sem ofertar atendimentos ginecológicos ou consultas de seguimento, o que condiciona as formas de atuação da equipe e contribui para a descontinuidade da atenção.

Além disso, o relato evidencia a centralização dos procedimentos ginecológicos de maior complexidade na capital, obrigando as mulheres a se deslocarem da região do Alto Solimões para Manaus mesmo em situações que, em outros contextos, poderiam ser manejadas no próprio território. A menção aos casos que demandam histerectomia e encaminhamento via

Sistema Nacional de Regulação (SISREG) revela como a ausência de serviços especializados localmente impõe barreiras adicionais ao acesso, prolonga o sofrimento das pacientes e sobrecarrega os fluxos intermunicipais. Esse modelo reforça a dependência dos municípios fronteiriços em relação à capital e contribui para a reprodução de desigualdades no acesso ao cuidado em saúde, especialmente para meninas e mulheres em situação de maior vulnerabilização social e territorial.

Em contraste com os limites observados no contexto da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da região do Alto Solimões, marcados pela lógica da urgência e da fragmentação, a narrativa a seguir, de Rigoberta, profissional vinculada a um serviço socioassistencial dentro do instituto que atua, evidencia outras possibilidades de atuação na rede. Trata-se de práticas centradas no acompanhamento continuado, na construção de projetos de vida e na articulação com organismos nacionais e internacionais:

Rigoberta: [...] Quando a gente fala de mulheres em processo de deslocamento, e vamos falar das venezuelanas, elas vêm com uma vulnerabilidade psicológica e financeira muito grande. A grande maioria que migrou para o Brasil veio porque o namorado/marido/parceiro a trouxe. Então ela vem totalmente dependente dele. E é um ciclo de violência que entra. [...] Então chegam casos que a gente atende, a gente monta um plano, um projeto, quer dizer, a gente acompanha... E dá a possibilidade dela montar o plano de vida dela. E já chegou no momento da pessoa estar com tudo pronto e ela olhar para ti e falar assim: “Não quero mais, eu quero voltar com ele”. Naquele momento você tem que ser imparcial. Porque a vontade e o dever é dela.

Heloísa: Prevalece a vontade dela, certo.

Rigoberta: Dela.

Heloísa: Vocês dão as possibilidades. [...]

Rigoberta: Sim. Abordagem de rua...

Heloísa: Abrigo...

Rigoberta: A gente tem.

Heloísa: Então, enquanto profissional, vocês fazem esse plano, né? Esse plano de mostrar pra mulher essas possibilidades. Enquanto instituição, também, né? É uma questão da própria operacionalização do [nome do instituto que Rigoberta está vinculada], né?

Rigoberta: E algo também que o nosso parceiro financiador, que é o ACNUR, ele também faz esse *advocacy*⁸. Ele também faz, em contrapartida, o ACNUR, ele também faz algumas consultorias para algumas instituições públicas. Justamente pra fortalecer esse trabalho. Porque qual é a intenção do ACNUR? É reforçar as capacidades que o próprio sistema tem, porque ele trabalha para não existir. Quando ele for embora, o Brasil assume o processo. [...]

Heloísa: Trabalho de formiguinha, como eu falei né. Pensando nessa rede, a gente falando de outras comunicações, a gente tem essa questão. Então, dentro do [nome do instituto que Rigoberta está vinculada] é estabelecido essa possibilidade de planos singulares, digamos assim, para as mulheres. [...] [com dados omitidos para proteção da identidade]

⁸ *Advocacy* refere-se a estratégias de defesa de direitos e incidência política voltadas a influenciar a formulação e implementação de políticas públicas, não se restringindo, no contexto brasileiro, à atuação jurídica (CLP, 2024).

A diferença entre os contextos institucionais é central para compreender as possibilidades de atuação observadas nos excertos. Enquanto, na região do Alto Solimões, a maternidade inserida na UPA encontra-se estruturada prioritariamente para o atendimento de emergências obstétricas – fundamentais para a garantia do cuidado em situações de risco, embora com limitada capacidade de acompanhamento e articulação com outros pontos da rede –, em Manaus a maior densidade institucional e a presença de serviços especializados ampliam as possibilidades de intervenção junto às mulheres migrantes, evidenciando que o tipo de serviço disponível condiciona as formas de acompanhamento e a amplitude das respostas produzidas. As experiências mobilizadas ao longo da narrativa não decorrem apenas de iniciativas e envolvimento individuais, mas se inscrevem em um arranjo urbano e organizacional que favorece o acompanhamento continuado, a construção de projetos de vida e a articulação intersetorial (Markus *et al.*, 2024).

O relato de Rigoberta evidencia a centralidade atribuída à construção de planos individuais de atendimento, orientados pela valorização da autonomia, da escolha e da autodeterminação das usuárias. A elaboração de projetos de vida e o acompanhamento singular emergem como estratégias concretas de fortalecimento e de ampliação de possibilidades. Populações migrantes e das fronteiras frequentemente vivem em contextos marcados por fatores inibidores do rompimento da violência (como a dependência afetiva, econômica e emocional) que tensionam a efetivação das decisões individuais e das estratégias de proteção (Durand *et al.*, 2021; Sagot, 2000).

Destaca-se, então, a atuação do ACNUR como parceiro financiador e articulador institucional, voltado ao fortalecimento das capacidades do sistema público. Ao afirmar que a agência “*trabalha para não existir*”, Rigoberta explicita uma lógica de atuação pautada pela transitoriedade e pela transferência gradual de responsabilidades ao Estado brasileiro.

A fala de Rigoberta revela, ao mesmo tempo, os limites de estratégias centradas exclusivamente na autonomia individual e as dificuldades do Estado em garantir políticas estáveis, especialmente em territórios fronteiriços marcados pela instabilidade e pela precarização das políticas públicas. Então, de fato, o empoderamento das meninas e mulheres passa a integrar uma estratégia mais ampla de transição institucional, voltada à construção de autonomia local, o que, embora relevante, também tensiona os limites entre fortalecimento de capacidades e deslocamento de responsabilidades.

Ao aprofundar suas reflexões ao longo da entrevista, a assistente social passa a tensionar essa leitura ao explicitar, a partir de sua experiência cotidiana, os efeitos concretos desse arranjo na rede:

Heloísa: [...] E pensando nisso [*no acompanhamento de migrantes dentro do Instituto*], você como uma profissional de um instituto, dessa questão envolvida com a ACNUR e tudo... Como você acha que deveria ser ou ter esse acompanhamento? Você acha? Assim, a gente... Explanando assim, se fosse o possível, né? Vamos dizer o ideal. Das expectativas *versus* realidade. Mas assim, pra gente pensar um pouquinho nesse acompanhamento.

Rigoberta: Olha, eu acho assim... A gente utiliza muitos padrões ONU. E isso me quebra um pouco porque a gente acaba ficando sem nenhuma questão na raiz brasileira.

Heloísa: Explica mais isso aí ver se eu entendi certo.

Rigoberta: Toda assistente social, ela precisa ter o seu parecer social. E a gente tem a nossa especificidade de trabalho dentro da lei brasileira. É feinho, mas é o que dá certo. Relatório... Ok. Guardadinho, por família. Sabe aquelas pastinhas bonitinhas? Então. Já com o [*Rigoberta não fala o nome da instituição nesse momento...*] a gente coloca tudo no sistema dele. Uma plataforma universal.

Heloísa: Online.

Rigoberta: Onde qualquer nome de qualquer estrangeira, você acha lá dentro. Eu tô falando baixo pra... Só pra não te deixar no limbo, né? Então... E as leis ONU, elas não se adaptam à lei brasileira. E a gente, esse...

Heloísa: São realidades muito diferentes, né?

Rigoberta: Nossa, muito! Muito diferente! Muito. Então, a gente é aquele chiclete ali no meio. Sabe aquela liga? [...] E se a gente for pro Conselho Municipal de Assistência Social, a gente está fora do padrão brasileiro. Se a gente for pra... Então, a gente fica naquela... Né? Então, a gente tem a nossa rede, porque a gente é local, mas a gente executa um trabalho pra uma agência internacional. O dia que elas forem embora, tudo nosso vai. Porque é deles. Não é nosso.

Heloísa: Então, a possibilidade de... Os documentos, tudo se quebra.

Rigoberta: Acaba. Nessas horas, eu gosto de ser comunidade.

Heloísa: Então, tipo, o sigilo, as informações, tudo, tipo, é sob tutela deles, né? [*Rigoberta balança a cabeça em tom de afirmação...*] Entendi. Isso quebra um pouco a continuidade do serviço.

Rigoberta: Quebra. E aí eu entendo, eu, eu, eu, especificamente, como refugiada, como migrante... Como migrante, vamos colocar, que meus dados... Eu tenho um consentimento de autorização. Que meus dados são levados pra um mundo mais macro, pra possivelmente financiar...

Heloísa: Você vê as políticas públicas, né?

Rigoberta: [*Vejo as políticas públicas*] Em outros países que não sejam aqui. Porque eu começo a fazer parte de um quantitativo. Então, talvez, minha história, minha violência, seja captar dinheiro, se junta um grupo de mulheres, captar dinheiro pra que esse dinheiro de violência de gênero seja levado pro Afeganistão e não pra cá pro Brasil. [...] Essa é a minha percepção, tá? Então, quando a gente também vai falar com alguma colega da rede, a gente vai sem relatório.

Heloísa: Sem relatório?

Rigoberta: É, porque a gente não pode levar o relatório.

Heloísa: Claro, porque é da tutela do internacional.

Rigoberta: Entendeu? Então, o mínimo que a gente faz é um pequeno *release*⁹, sabe? Ele muito...

Heloísa: Um *post-it*.

Rigoberta: Quase isso. E, às vezes, a gente faz muito mais, “poxa, por favor, e tal”.

Heloísa: Do informal, né?

Rigoberta: Exatamente. É tanto que a gente tá tendo essa discussão agora, pro sistema começar a formalizar mais, e o sistema se nega a formalizar.

Heloísa: Então, não existe essa união, né? Do Estado com....

Rigoberta: Não, formalizar nada, não. Porque o Estado pede dados e a *[Rigoberta não fala o nome da instituição nesse momento...]* não dá. Sempre tem uma trava, sempre tem...

Heloísa: Que coisa, né? A gente imagina que é outra coisa.

Rigoberta: Então, tipo assim, se tu me perguntasse hoje, quantitativamente, pode estar na ponta da língua, mas eu não ia poder falar. Porque é...

Heloísa: É sigiloso, né?

Rigoberta: É proibido. É proibido, é sigiloso.

Heloísa: É proibido. Então... Nossa. Então, acaba que, que acaba nem se tornando como registro, então, da rede municipal, da rede estadual.

Rigoberta: É subnotificado. Lembra o que eu falei?

Heloísa: É como se não existissem esses dados pra rede daqui. Que doido, né? O buraco é muito mais embaixo.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

Esse diálogo explicita, assim, os limites de uma governança do cuidado em saúde fortemente mediada por organismos internacionais, na qual a produção e o controle dos dados, os fluxos de informação e os registros institucionais escapam à gestão pública local. A impossibilidade de compartilhamento de relatórios, a informalização dos encaminhamentos e a subnotificação dos casos fragilizam a rede e comprometem a construção de respostas integradas (Alleyne, 2007). Nesse cenário, o trabalho intersetorial passa a depender de arranjos precarizados, baseados em negociações pessoais e improvisações, em detrimento de fluxos institucionais consolidados.

Em contraponto a essas dinâmicas observadas no campo socioassistencial e nas articulações com organismos internacionais, o relato de Hermelinda a seguir permite analisar outro ponto da rede: a atenção básica em contexto de fronteiras, onde o cuidado em saúde se organiza a partir do acompanhamento continuado e da inserção territorial.

Heloísa: E quais serviços você realiza aqui? Os principais da sua demanda dentro do seu serviço, dentro do seu trabalho?

Hermelinda: Atendimentos médicos, em especial consultas de pré-natal, acompanhamento de pré-natal, planificação familiar, questões de puericultura, acompanhamento de crianças no desenvolvimento... Consultas de clínicas, na verdade, que vem do dia a dia. [...]

⁹ *Release* é um texto informativo produzido para divulgação institucional, voltado a apresentar e dar visibilidade a ações, eventos ou posicionamentos a veículos de comunicação e ao público (APPROACH COMUNICAÇÃO, 2023).

Heloísa: E falando um pouquinho dessas mulheres que você disse que traz a contribuição de trazer atendimento para mulheres peruanas, mulheres colombianas... Como é essa questão de atendimento com elas? Elas vêm pela demanda de... por que elas procuram serviço? O que você sente dentro do seu campo de trabalho?

Hermelinda: Então, a maioria de pacientes, por exemplo, que procura do lado peruano, que eles vêm aqui, eles procuram atendimento médico, especialmente pra fazer laboratórios, exames de laboratórios. Fazer um acompanhamento... Pacientes com dengue, eles não têm como, por exemplo, fazer um teste rápido de dengue lá. Eles vêm e procuram pra fazer um teste rápido aqui. Em questões de medicações é igual. [...] Eles podem pegar medicações.. Eles são atendidos aqui também no posto. [...] colombianos, eles também procuram bastante unidade básica de saúde. [...] Então, tem bastante população... Mulher que eles procuram para o atendimento de fazer citopatológico ou coleta de preventivo, tem muito. Tem muito paciente com coleta de preventivo lá, aqui.

Heloísa: E falando, que você falou, que tem muita demanda de pré-natal, me conta um pouquinho mais dessas mulheres migrantes que elas vêm do pré-natal, dá pra fazer esse pré-natal completo com elas? Como é essa questão da cultura do cuidado delas, né? Esse sentido de que você enxerga a saúde da mulher, dessas mulheres que vêm pro Brasil.

Hermelinda: Aqui na minha equipe, que eu sou da equipe do centro, a gente tem muita paciente gestante do lado peruano, assim como do lado colombiano também [...].

Esse relato revela o papel central da atenção básica na absorção das demandas de meninas e mulheres migrantes, evidenciando a UBS como porta de entrada privilegiada e como espaço de coordenação do cuidado em saúde. Trata-se, sobretudo, de demandas ordinárias do cotidiano que se organizam a partir do vínculo longitudinal e da inserção territorial, distinguindo-se de outras entradas na rede acionadas em situações de violência. Ao descrever a busca recorrente de exames laboratoriais, testes rápidos, medicamentos e procedimentos preventivos, a fala de Hermelinda explicita também como esses serviços passam a suprir lacunas estruturais dos sistemas de saúde dos países vizinhos, transformando a atenção primária brasileira em uma referência regional não apenas assistencial, mas também em termos de acessibilidade à infraestrutura diagnóstica e terapêutica (Levino; Carvalho, 2011).

Ao mesmo tempo, observa-se a forma naturalizada com que o atendimento à população estrangeira é narrado, sem que esse acesso seja problematizado ou apresentado como exceção, indicando sua incorporação ao cotidiano dos serviços. Essa dinâmica evidencia a sobreposição entre territorialidades, fluxos migratórios e organização da rede local, que tensionam permanentemente a capacidade de oferta de atenção integral, fazendo da atenção básica um ponto estratégico, mas também sobrecarregado, da rede (Gil *et al.*, 2025).

A presença recorrente de gestantes provenientes de países vizinhos evidencia, ainda, a constituição de circuitos transnacionais de cuidado, nos quais a UBS brasileira se consolida

como referência regional, independentemente das delimitações formais de nacionalidade. Estudos sobre a atenção à saúde em regiões fronteiriças mostram que, em contextos como a tríplice fronteira do Amazonas, tanto residentes quanto migrantes recorrem ao SUS como principal porta de entrada para o cuidado, especialmente na atenção primária, em função do princípio da universalidade. Da mesma forma, pesquisas em municípios das fronteiras entre Brasil e Paraguai indicam o uso regular dos serviços por pessoas que residem no exterior, revelando como os fluxos transfronteiriços reconfiguram as práticas de cuidado e o papel das unidades básicas no território. Esses processos estão vinculados ao entendimento jurídico e político de que o acesso ao SUS deve ser garantido independentemente da nacionalidade, embora a garantia desse direito não seja suficiente para assegurar que ele se concretize de maneira equânime diante das diferentes condições sociais, territoriais e migratórias que atravessam essas populações (Cazola *et al.*, 2011; Teixeira *et al.*, 2019).

Diferentemente do que ocorre nos serviços organizados em torno da urgência, a atenção básica tende a oferecer condições mais favoráveis para a construção de vínculos, a escuta qualificada e o acompanhamento longitudinal. A inserção territorial das equipes, a continuidade dos atendimentos e a proximidade com o cotidiano das usuárias ampliam as possibilidades de identificação de demandas relacionadas à violência, à saúde sexual e reprodutiva e às vulnerabilizações sociais. Já a lógica do atendimento emergencial tende a produzir encontros rápidos, fragmentados e pouco articulados com os demais pontos da rede, o que limita a construção de vínculos e a compreensão ampliada de suas trajetórias. Ainda que marcada por sobrecarga e limitações estruturais, a UBS aparece, nesse sentido, como um dos poucos espaços da rede capazes de reduzir a fragmentação dos percursos e de evitar que muitas gestantes “se percam” nos fluxos institucionais, sem referência clara ou acompanhamento contínuo (Silva; Andrade; Bosi, 2014).

Essa capacidade de sustentar vínculos e coordenar o cuidado torna-se particularmente relevante em contextos fronteiriços, nos quais os percursos em busca de atenção frequentemente extrapolam os deslocamentos físicos entre serviços e passam a ser marcados por barreiras burocráticas, emocionais, morais e institucionais. É nesse sentido que Lustosa (2025, 2026) propõe a noção de “itinerários de abandono”, compreendidos como trajetórias nas quais as necessidades básicas de saúde deixam de ser respondidas de forma oportuna e contínua, sendo atravessadas por sucessivas dificuldades de acesso, omissões e descontinuidades do cuidado. Sob essa perspectiva, a atenção básica, quando consegue exercer seu papel coordenador, pode

reduzir a produção de itinerários de abandono, favorecendo a continuidade do cuidado, a construção de vínculos e o acesso oportuno às ações de saúde.

É justamente nesse tipo de cenário, marcado pela possibilidade de acompanhamento continuado, que se ampliam também as condições para a construção da autonomia das usuárias, ainda que de forma situada. Ao enfatizar o direito das usuárias de decidir sobre si, sobre o próprio corpo e sobre os rumos da própria vida, a narrativa de Rigoberta sugere a autonomia como um elemento potencialmente capaz de tensionar e interromper dinâmicas atravessadas pela violência. Trata-se, contudo, de um exercício situado, condicionado por constrangimentos legais, institucionais e sociais – como restrições normativas, falhas no acesso aos serviços e pressões morais e culturais – que frequentemente limitam sua efetivação plena (Anjos *et al.*, 2018).

As práticas orientadas pelo empoderamento podem assumir contornos ambíguos ao reforçarem a centralidade da escolha individual em contextos marcados por restrições materiais, insegurança jurídica e fragilização dos vínculos sociais, produzindo, por vezes, formas sutis de responsabilização das próprias meninas e mulheres pelos desfechos de suas trajetórias. Ainda que não corresponda à intenção dos organismos aqui analisados, esse efeito demanda atenção e cautela na formulação e implementação das intervenções, especialmente quando tais práticas também cumprem a função de preparar o terreno para a redução progressiva da atuação dessas organizações no campo.

Tal dinâmica está alinhada, em termos formais, ao princípio da soberania estatal, segundo o qual cabe ao Estado assumir a condução das políticas públicas (Dias, 2011). No entanto, evidencia também que, na prática, os serviços e dispositivos de cuidado, acolhimento e proteção ainda dependem fortemente do apoio internacional e apresentam fragilidades para sustentar, de forma autônoma e contínua, as suas ações. Em grande medida, a organização e a manutenção dessas respostas seguem mediadas por organismos transnacionais (Moon *et al.*, 2015), o que contribui para a instabilidade dos fluxos, a fragilidade dos registros e a descontinuidade das respostas institucionais.

Essas distintas formas de organização do cuidado não operam de maneira integrada, mas tendem a se sobrepor e a se tensionar, produzindo trajetórias marcadas por descontinuidades, lacunas e rearranjos constantes. Assim, os percursos das meninas e mulheres na rede são moldados menos por uma lógica sistêmica de atenção integral e mais por encontros situados com serviços que respondem de forma parcial, contingente e desigual às suas demandas.

Nessa perspectiva, a noção de “itinerários de abandono” (Lustosa, 2026) permite compreender que as descontinuidades observadas não constituem episódios isolados, mas um modo recorrente de organização do cuidado. A fragmentação da rede, a instabilidade das respostas institucionais e a insuficiente articulação intersetorial transformam o acesso aos direitos em um percurso permeado por sucessivas negociações, barreiras e interrupções, produzindo experiências contínuas de desproteção.

É nesse cenário de descontinuidades, sobreposições e respostas parciais que o cuidado em saúde se constitui a partir do encontro (nem sempre harmônico) entre distintos referenciais que atravessam o atendimento: os saberes biomédicos institucionalizados, expressos nos protocolos do SUS e nos modelos normativos de pré-natal; os saberes e experiências das mulheres, construídos a partir de seus contextos de origem, trajetórias migratórias, crenças e práticas cotidianas; as expectativas dos serviços quanto à adesão aos fluxos, exames e acompanhamentos; e, simultaneamente, as expectativas das próprias usuárias sobre o que constitui um “bom” cuidado. Longe de se operar de forma automática, esse processo é continuamente mediado por negociações, traduções e ajustamentos, exigindo dos profissionais sensibilidade para lidar com contextos marcados por vulnerabilizações, mobilidade e diversidade sociocultural.

A justaposição dessas diferentes experiências profissionais permite compreender como o cuidado em saúde é produzido a partir de racionalidades diversas, nem sempre convergentes. Consideradas em conjunto, as narrativas de Tarana, Rigoberta e Hermelinda evidenciam a coexistência de diferentes lógicas de cuidado no interior da Rede que serão analisadas, a seguir, a partir da noção de rotas críticas.

5.1.3 Onde as rotas críticas são tensionadas: entre avanços, rupturas e reorientações

Neste momento, nosso foco se desloca das práticas profissionais e dos arranjos institucionais discutidos na seção anterior para a experiência concreta das rotas críticas. À luz das perspectivas teóricas anteriormente discutido, buscamos analisar como condições de vida marcadas pela mobilidade, pela precarização e por múltiplas formas de violência se articulam, na prática, a arranjos institucionais fragmentados ou até mesmo inexistentes, produzindo percursos pela rede marcados por descontinuidades, incertezas e acessos desiguais ao cuidado no Amazonas.

O presente subcapítulo mobiliza elementos discursivos que permitem compreender como as agentes percebem, interpretam e operam a constituição específica das rotas críticas das meninas e mulheres a partir do cotidiano dos serviços em que atuam. Trata-se de um eixo central na arquitetura analítica da presente dissertação, na medida em que concentra esforço de compreensão sobre os modos concretos pelos quais o cuidado em saúde é efetivamente mobilizado no cotidiano, sendo buscado (ou não), negociado, interrompido e, por vezes, reconstruído ao longo das trajetórias.

Essa centralidade não desmerece os demais capítulos e subcapítulos, mas marca o momento em que se resgatam elementos empíricos anteriormente já discutidos, como a caracterização das meninas e mulheres em seus contextos de vida e mobilidade, o papel dos profissionais e das instituições na conformação desses percursos e os efeitos das respostas sociais e das condições de acessibilidade aos serviços sobre as decisões e possibilidades de continuidade do cuidado em saúde. É nesse entrelaçamento que as dimensões estruturais, institucionais e experienciais se articulam de forma mais densa, tensionando os limites da Rede de Enfrentamento e da própria pesquisa.

Em consonância com a discussão já apresentada sobre as rotas críticas como processos dinâmicos, as trajetórias observadas nos territórios investigados não correspondem a percursos organizados ou previamente definidos. Ao contrário, configuram-se por deslocamentos sucessivos, tempos de espera prolongados, encaminhamentos incertos e negociações contínuas com profissionais, instituições e redes informais de apoio. Cada etapa do percurso é marcada por decisões situadas, tomadas em contextos de escassez e urgência, evidenciando, na prática, os elementos analíticos discutidos por Montserrat Sagot (2000), especialmente no que se refere à centralidade das decisões e às respostas encontradas ao longo da rota.

O encontro entre meninas/mulheres e os serviços e dispositivos de cuidado, acolhimento e proteção não se apresenta como algo neutro ou automático, mas como um espaço de disputa, tradução e redefinição de sentidos, no qual se negociam diagnósticos, prioridades, legitimidades e possibilidades de continuidade da atenção. Ao analisar os percursos narrados pela ótica das profissionais, evidencia-se que as rotas críticas se produzem na interseção entre desigualdades estruturais, fragilidades institucionais e estratégias cotidianas de sobrevivência.

Os trechos empíricos apresentados a seguir mostram que, mesmo quando as usuárias mobilizam recursos e buscam sustentar vínculos com os serviços, o acesso ao cuidado em saúde permanece atravessado por barreiras institucionais, muitas vezes opacas, e por condições que limitam ou interrompem a assistência. Nesse sentido, os percursos não se reduzem a respostas

individuais, mas expressam formas socialmente situadas de lidar com a violência, revelando, simultaneamente, limites persistentes da rede e práticas de resistência, negociação e reinvenção do cuidado. Assim, as rotas críticas configuram-se como trajetórias instáveis, nas quais vulnerabilização e agência coexistem, evidenciando que o cuidado, especialmente em contextos fronteiriços, se organiza como uma trama em constante reconfiguração.

Sob luz dos diálogos com Hermelinda e Tarana, notamos a presença recorrente de situações de violência sexual e obstétrica no cotidiano dos locais onde trabalham, evidenciando como esses casos se inserem na própria rotina do serviço e são tratados:

Heloísa: Aprofundando um pouquinho na violência, que é um campo com bastante interesse nosso dentro da pesquisa... Quais são as principais? Você cita a violência física *[em outro momento da entrevista]*... Você como médica enxerga outras violências, como a obstétrica? Tem questão de violência sexual? [...] Pra gente entender realmente o contexto da violência aqui na região de *[cidade brasileira]*, né?

Hermelinda: Tem. Desde que eu cheguei, desde o ano passado aqui na *[região do Alto Solimões]*, eu já vi vários casos de violência sexual em crianças. Muito. Eu já vi uns três casos só lá na UPA, que eu também trabalho lá na UPA, inclusive o último caso foi agora uns dois dias atrás. Tem uma criança de mais ou menos 4 anos, violentada pelo primo. Então, a família fica também muito triste por causa disso. Violência sexual, violência obstétrica, tem bastante também. Tem. A maioria de violências obstétricas, por exemplo, são relatadas por pacientes que já acabaram de ganhar bebê, já passaram por trabalho de parto e eles falaram que, por exemplo, lá as enfermeiras ou as técnicas de enfermagem não compreendiam ela ou gritavam “porque que ela não tava fazendo força direito” ou que ela não ajudava durante o trabalho do parto. Aconteceu já várias vezes.

Heloísa: Já te relataram isso?

Hermelinda: Já, já relataram. [...]

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

Heloísa: E falando um pouco agora sobre as questões das violências, que é um tema bem delicado, mas também a gente sabe que acontece.

Tarana: É. Acontece.

Heloísa: A senhora já se deparou com violência doméstica...?

Tarana: Sim.

Heloísa: Violência...?

Tarana: Sim, sim, sim. Já me deparei, temos vários casos. Eu diria que até culturais, é algo cultural dos indígenas, sabe? É algo cultural. O maltrato das crianças e dos animais também. Nós vimos aqui na UPA casos, não muitos, mas nós atendemos. Mas basicamente a violência é atendida pelos clínicos, da emergência clínica.

Heloísa: Entendi. E a questão da violência sexual, a senhora como obstetra, né? Como... é essa parte que mais me interessa. Se a senhora puder falar bastante, eu agradeço.

Tarana: Aqui tem rachas, ok? Vem por temporada. Tem temporadas que um dia é solicitado dois ou três corpos de delito por suspeita de estupro. Em menores, a maioria deles. Em menores de idade.

Heloísa: E quem solicita?

Tarana: Temos tido gravidez. Bom, gravidez na adolescência na lei é sim violência, mas isso aqui é normal. Tem grávidas de 15, 14, 16 anos. Saindo dessa violência, sim, temos tido casos de interrupção de gravidez, porque a mãe solicita por estupro. Poucos, mas temos tido uns 2 ou 3. Mas violência sexual tem bastante, mas a maioria... Eu sempre pergunto "Mas quem fez a denúncia?" *[respondem]* "Anônima". Eles não falam direto...

Heloísa: A denúncia é anônima. A paciente entra na UPA através do clínico e aí depois passa para a senhora?

Tarana: Exato. Exato. Se é mulher, passam para o GO para avaliação. E geralmente também fazem o boletim de ocorrência, então chega também a polícia para preencher o corpo de delito e isso. Isso é bastante frequente.

Heloísa: E conselho tutelar, esses outros órgãos, eles entram também?

Tarana: Funciona. Funciona sim. Sempre também entram. Geralmente se é menor, entra com alguém do conselho tutelar. Funciona. [...] Não perfeito, mas sim funciona.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

A fala de Tarana também evidencia como determinadas interpretações produzidas no interior dos serviços de saúde podem reforçar processos de naturalização da violência. Ao relacionar os casos de violência ao que denomina como um aspecto "cultural" dos povos indígenas, a profissional desloca o debate das relações estruturais de desigualdade para uma explicação centrada na cultura. Essa perspectiva aproxima-se de processos de essencialização dos sujeitos indígenas, historicamente produzidos por discursos coloniais, que tendem a atribuir práticas violentas a características próprias desses grupos, em vez de reconhecê-las como expressão de relações desiguais de gênero, geração, raça, território e acesso a direitos. Nesse contexto, a referência ao "maltrato das crianças e dos animais" torna-se emblemática por ampliar essa normalização das violências, sugerindo que diferentes formas de agressão comporiam um mesmo repertório cotidiano. Problematicar essa narrativa é importante para evitar que tais violências sejam compreendidas como inevitáveis ou inerentes ao território, reafirmando que se tratam de violações de direitos que demandam respostas qualificadas da rede de proteção.

Na sequência, o diálogo com Hermelinda se desloca para uma descrição dos fluxos institucionais existentes e dos encaminhamentos realizados, evidenciando tanto a organização do cuidado quanto suas descontinuidades:

Heloísa: Em casos dessas questões de, falando da violência, da gente tentar entender esse contexto da rede, né? Você como médica, quando tem, por exemplo, lá na UPA, aconteceu esse caso de violência sexual, casos assim com mulheres, como é que a rede funciona? Tem ação do Conselho Tutelar? Como é que é a mobilização, né? Ministério Público, enfim... Como funciona a rede aqui em *[cidade brasileira]*, o que vocês conseguem ofertar pra essa mulher? Tem que levar pra Manaus? Como funciona o procedimento?

Hermelinda: Quando eles chegam lá na UPA, normalmente eles já vêm acompanhando de alguém do Conselho Tutelar. Elas foram lá já junto com o

Conselho, eles já abriram um boletim de ocorrência, relatando tudo o que tinha acontecido, alguma suspeita de violência sexual, e eles vêm acompanhando com o representante do Conselho Tutelar lá na UPA. Já o paciente é acompanhado por alguém do Conselho. A gente abre uma ficha, o mais reservado possível, né? Pra que não seja especulação e nada pelo estilo. Eles passam atendimento primeiro pelo médico clínico, se é uma mulher com violência sexual. Igualmente, se ela é mulher, preferem que a médica, quem atenda, seja uma mulher, né? Pra ter mais conforto. Às vezes elas se sentem um pouquinho mais retraídas por causa de serem atendidas por um médico homem. Então, elas são atendidas lá por um médico clínico, depois a gente encaminha para o especialista, que é o ginecólogo. Lá na UPA tem ginecólogo obstetra lá de plantão. Então, a gente encaminha, já solicitando os testes sorológicos, testes rápidos e tudo isso, já encaminha para que o exame físico seja feito pelo especialista. Então, o especialista, o ginecólogo, ele que faz essa avaliação, ruptura de hímen... Se foi uma criancinha e tudo isso. Lá eles preenchem tudo. Boletim de ocorrência. Tudo que ele observou no exame físico e já depois o boletim de ocorrência é levado pra polícia. É assim que funciona. Até aí a gente, pelo menos eu consigo acompanhar. Depois o que foi feito lá na polícia, daí a gente não sabe mais ou menos... Eu não sei como que funciona. Mas como funciona lá na UPA é assim.

Heloísa: Então a porta de entrada é sempre pelo clínico geral?

Hermelinda: Sim.

Heloísa: Aqui na UBS, geralmente elas chegam, te falam, se sentem à vontade pra falar por você ser mulher... Ou lá na UPA tentam adequar pra uma mulher atender, né? Uma médica mulher... E aí vocês fazem toda essa rede de encaminhamento...

Hermelinda: Isso. Uhum.

Heloísa: Entendi. E... Tu consegue me dizer se elas têm acesso a... Não sei se você percebe pelas falas delas, assim, de procurar ONG, de procurar rede de apoio de amigos, de vizinhos...? Se você enxerga pra além da saúde ou não. Assistente social... Essa rede também. É encaminhada pra assistente social?

Hermelinda: A gente encaminha também. A gente encaminha também, encaminha lá na UPA, isso que eu esqueci. A gente encaminha pra acompanhamento psicológico, pra dar lá uma falada com a mãe da criança ou com a mesma paciente que chegou com violência sexual. Acompanhada por assistente social também. Lá na UPA... Aqui, só chegou uma vez. Uma criança com suspeita de estupro, com suspeita. Só que aqui a gente não tem, por exemplo, um assistente social, que fique aqui no posto. A gente não tem um psicólogo que fique aqui no posto. É só uma vez por mês. Então, o que a gente precisa.. O que a gente faz? É encaminhar pra UPA principalmente, porque lá tem. Lá tem psicólogo de plantão, lá tem assistente social de plantão... tem especialista. Então, a gente encaminha. Igualmente, a gente coloca sempre no sistema que foi atendido o paciente, que foi encaminhado pra UPA. Na maioria das vezes, eles têm acompanhamento, seguimento do psicólogo e do assistente social. [...]

[com dados omitidos para proteção da identidade]

A violência sexual, especialmente contra crianças, aparece como ocorrência recorrente no cotidiano dos serviços onde Tarana e Hermelinda atuam, evidenciando que essas situações não se configuram como episódios isolados, mas constituem demandas que “*vem por temporada*”, sugerindo uma oscilação de aparição. Esse cenário é atravessado por recentes

“*rachas*” das facções criminosas nos territórios, que, ao tensionarem vínculos comunitários e condições de vida, têm sido associados ao aumento das situações de violência e à intensificação dessas demandas.

Diante dos relatos, é possível traçar a rota percorrida em situações de violência sexual nesses territórios. Em geral, as crianças e adolescentes chegam à UPA acompanhadas por representantes do Conselho Tutelar, já com boletim de ocorrência aberto. Inicialmente, passam pelo atendimento clínico geral, seguido pela avaliação por especialista (ginecologista/obstetra) que realiza exame físico e testes sorológicos. A partir daí, os encaminhamentos incluem registro policial, acompanhamento psicológico e social, muitas vezes em unidades distantes ou de forma limitada, conforme a disponibilidade de profissionais.

A atuação das duas profissionais em diferentes pontos da rede nos permite perceber a realidade desses fluxos institucionais e como se mobilizam na prática de cada local, evidenciando os limites e potencialidades de cada uma na conformação das rotas críticas. Esses detalhamentos dos itinerários institucionais mobilizados nos casos de violência sexual nos mostram a articulação da atuação da UPA, da atenção básica e de outros pontos da Rede. Esses percursos aparecem organizados em etapas relativamente definidas e ao estruturá-los, os relatos ressaltam a importância de registros, documentos e protocolos, que orientam a formalização das respostas institucionais adaptadas à realidade local e a condução dos casos no interior dos serviços.

Ambas as falas evidenciam, ainda, a centralidade da UPA como principal porta de entrada para esses casos, concentrando o primeiro atendimento, a avaliação clínica e os encaminhamentos subsequentes. Em contraste, a atenção básica aparece mais associada ao acompanhamento, manutenção e à continuidade do cuidado, em consonância com as discussões desenvolvidas no subcapítulo anterior.

A partir desses achados, levantamos a hipótese de que a disponibilidade de atendimento 24 horas na UPA, a natureza aguda da violência sexual e a necessidade de procedimentos imediatos (como a realização de exame de corpo de delito e profilaxia), podem contribuir para que essa unidade funcione, na prática, como porta de entrada predominante em municípios do interior do Estado do Amazonas. Essa interpretação também considera o contexto local, no qual a oferta de unidades básicas com horários estendidos pode ser limitada, assim como as dificuldades de compatibilização entre os horários dos serviços, a necessidade de agendamento prévio e a baixa disponibilidade de recursos para atendimento emergencial, reforçando a centralidade da UPA no fluxo inicial de casos urgentes. Embora não se trate de uma regra

normativa do Sistema Único de Saúde, a hipótese permite relacionar os achados empíricos à organização da rede de atenção à saúde, articulando experiência profissional e teoria sobre fluxos de cuidado e rotas críticas (Guimarães *et al.*, 2020).

Dando destaque a outro ponto importante dos diálogos, referente a presença recorrente do Conselho Tutelar desde os primeiros contatos com os serviços, nos indica não apenas sua atuação regular, mas também sua centralidade na mediação entre os serviços de saúde e os dispositivos jurídicos e de proteção, contribuindo para a configuração concreta dos percursos assistenciais. Trata-se de um órgão de caráter permanente e autônomo, instituído no âmbito do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cuja atuação não se restringe ao atendimento dos casos, mas envolve a articulação entre diferentes setores que compõem o sistema de garantia de direitos. Evidencia-se como a ativação da rede de proteção depende, em grande medida, da intervenção de instâncias institucionais que operam na interface entre cuidado, justiça e assistência, organizando e, por vezes, viabilizando a circulação das meninas e adolescentes entre os serviços (Campos; Saraiva, 2024).

Evidenciamos outro aspecto importante trazido por Tarana ao relatar que muitas situações chegam ao serviço por meio de denúncias anônimas, sem que as próprias pessoas em situação de violência realizem diretamente a notificação. Tal afirmativa sugere que o contato inicial nem sempre decorre de uma busca ativa das meninas e mulheres, mas frequentemente depende da mediação de terceiros e de dispositivos externos ao serviço de saúde, especialmente após a percepção de condições mais críticas da situação de violência (D'Oliveira; Schraiber, 2013; Sebaldele; Ignotti; Hartwig, 2021). Pesquisas sobre *help-seeking* em contextos de violência de gênero corroboram essa observação, mostrando que grande parte das mulheres que experienciam violência não procura ajuda formal por iniciativa própria, permanecendo sem acessar serviços especializados ou o fazendo apenas após mediações institucionais ou familiares, como observado nos casos relatados pela médica (Daruwalla *et al.*, 2009).

Na oportunidade, Hermelinda também destaca preocupações relacionadas ao sigilo, à privacidade e ao acolhimento das pacientes, destacando estratégias adotadas para evitar exposições desnecessárias e para favorecer o conforto, como a preferência por atendimento realizado por médicas.

Ao considerar a articulação entre diferentes serviços, a atuação de múltiplos profissionais e o cuidado com protocolos, os relatos fornecem uma imagem clara de como o acesso ao atendimento é construído dia a dia, mostrando como as rotas críticas estão se materializando na prática institucional do nosso Estado. Portanto, ainda existem fragilidades na

continuidade do cuidado em saúde, sobretudo após o encaminhamento das pacientes para outros serviços ou o retorno às comunidades de origem, quando o acompanhamento passa a ser pouco conhecido pela equipe. A ausência permanente de psicólogos e assistentes sociais na atenção básica, bem como a dificuldade de monitorar os desdobramentos dos casos, aparecem como limites importantes e sensíveis da rede.

Se, até aqui, os excertos evidenciaram a organização dos itinerários nos casos de violência sexual, é nas situações que envolvem gravidez decorrente de estupro que esses arranjos são mais intensamente tensionados. Principalmente os arranjos organizacionais, morais e decisórios que atravessam a rede de cuidado. É nesse ponto do diálogo que a intervenção da orientadora da presente dissertação introduz um deslocamento analítico, aprofundando a discussão e direcionando-a aos desdobramentos dos casos e às respostas institucionais mobilizadas:

Munique: Com muita curiosidade, estou te ouvindo aqui atentamente... E várias coisas que você falou me chamaram a atenção, mas eu fiquei particularmente pensando.... Primeiro, vou trazer, você falou dos casos de violência sexual com crianças né, e eu fiquei pensando, se alguma vez você já atendeu alguma criança ou adolescente ou até mulher que sofreu violência sexual e engravidou? Foi uma gravidez fruto dessa violência? Enfim, esse cenário né.... Se você puder falar. O que que você fez? O que vocês enquanto instituição fizeram? Qual o trabalho feito nesses casos? Porque eu entendi que aparece com recorrência...

Hermelinda: Aparece. Tem... Eu atendi um caso de uma... você poderia chamar, não sei se adolescente, mas uma paciente de 12 anos, 11 anos, 12 anos se não me engano, que ela tinha sido violentada sexualmente e ela engravidou. Ela procurou atendimento lá na UPA, foi atendida igualmente pelo especialista, pelo ginecólogo... Só que a gravidez já tava, eu acho que tinha mais de 20 semanas. Então, como era menor de idade, foi falado com os pais né e os pais falaram que eles não queriam de jeito nenhum que ela tenha o filho de alguém que tinha sido fruto de uma violência sexual. Então, pelo que eu sei, o especialista, eles começaram a procurar algumas informações... Assistente social, psicóloga, como que a gente poderia resolver esse caso. E eles optaram por realizar um documento e fazer o aborto. Foi feito. Foi feito um aborto legal, né? A paciente tinha acho que 14 anos, 13 anos, um aborto legal por causa de violência sexual.

Munique: E você foi a primeira profissional de saúde que recebeu essa...?

Hermelinda: Isso. A gente como clínico, é o primeiro atendimento que a gente faz. Depois a gente já passa para o especialista e eles, o especialista, eles que conversam, né, qual que vai ser, como que eles vão resolver o caso.

Munique: E você falou que, quando você tava falando lá no início, né, que você depois não participa mais, depois que ela é encaminhada pra UPA, né? Mas, assim, nesses casos as mulheres depois voltam pra cá? Eu tô aqui com várias, né, pensando em várias coisas.... Depois que ela passar pela UPA, nesse caso, por exemplo, que optaram pelo aborto legal, depois essa mulher volta pra cá pra UBS? Já que aqui foi a porta de entrada, ou, assim, nesses casos.... Você perde o contato, a continuidade assim ou não?

Hermelinda: Não. Por exemplo, a porta... O primeiro atendimento é dos clínicos, mas é feito lá na UPA. Aqui, normalmente, por exemplo, dessa

paciente de 11 anos, ela não veio diretamente para aqui para o posto. Ela foi diretamente para a UPA. A gente, como clínico, atende lá na porta e já encaminha. Essa paciente era uma paciente indígena, se não me engano. Eu não tô lembrada muito bem, mas ela era uma paciente indígena. Igualmente, os pais não tinham muita informação do que tava passando, do que tava acontecendo com a filha. Então, normalmente, eles voltam pra comunidade indígena, onde que eles são, e lá na comunidade, que eu saiba, não tem psicólogos. Não tem psicólogo. Que eu saiba, só tem técnico de saúde e enfermeiro. Então, dessa paciente, eu não sei se ela voltou para um acompanhamento psicológico, que deveria de ser feito né, obviamente. Dessa paciente, eu não saberia dizer.

Munique: E você sabe se o SA... Nesses casos, assim nesse e outros se houver, o SAVVIS, o serviço daqui da maternidade faz o aborto legal? Elas são encaminhadas para outro lugar?

Hermelinda: Eles fazem. Mas isso vai depender do médico. Depende muito do médico que vai realizar o aborto. Tem médicos que falam: “Não, eu não faço isso.” Por mais que seja legal, nesses casos. Mas eles falam: “Não. Não é comigo.”

Heloísa: No caso dessa menina que você contou, foi feito aqui em *[cidade brasileira]*?

Hermelinda: Foi feito aqui em *[cidade brasileira]*. O obstetra, ele aceitou realizar o aborto. Igualmente, a gente vê muita documentação né pra esclarecer que foi feito por causa de uma violência sexual. Tem muita documentação.

Munique: E assim, nesse caso, você... Você lembra se houve resistência? Se foi difícil chegar a essa conclusão do aborto legal? Ou se foi algo que... Houve convergência profissional? Você lembra?

Hermelinda: Houve. Houve convergência profissional. Como eu falo, vai depender do médico. Lá na UPA tem três médicos obstetras de plantão. Então, quando eles fazem um aborto, normalmente eles têm que concordar. Se fazem tudo em um plantão mesmo, então eles têm que concordar. Eu acho que nesse caso houve assim uma controvérsia. Tem um médico que ele não aceitava, que ele não queria se envolver porque já tinha antes acontecido e tinha um problema.... Então, eles já não tavam concordando em fazer um aborto. Então... Mas a médica que estava lá de plantão, que eu conheço, ela aceitou. Obviamente, nem uma questão de uma criança de 11 anos ter um filho numa violência sexual. A gente, como mulher, se põe no lugar do paciente.

[com dados omitidos para proteção da identidade]

No que se refere às situações de gravidez decorrentes de violências sexuais, o acesso ao aborto legal emerge como um processo atravessado por negociações internas e de território, controvérsias profissionais e pela dependência das disposições individuais das equipes de plantão. Isso tudo já sinaliza a presença de variabilidade no acesso a um direito legalmente assegurado.

Ainda sobre o aborto legal, a fala de Tarana a seguir converge com o cenário anteriormente descrito e acrescenta um elemento importante: embora a demanda não se apresente como frequente, sua efetivação permanece condicionada à adesão de parte da equipe, evidenciando a centralidade da objeção de consciência na organização dessas práticas.

Heloísa: [...] A senhora já se deparou com algum caso de aborto legal? Que precisou fazer o aborto? Solicitou? Que tentaram pelo menos fazer e não deu certo?

[Tarana pediu para repetir as perguntas porque a vídeo chamada falhou]

Heloísa: Eu perguntei se a senhora já se deparou, se a senhora já vivenciou algum caso de aborto, em que era aborto legal, e aí vocês tentaram solicitar, e pelas demandas, pelas questões da logística, enfim, algum problema não conseguiram, ou se já conseguiram, pra eu saber se já teve algum caso de aborto encaminhado pra Manaus, enfim.

Tarana: Sim. Sim. A gente teve casos, pelo menos desde que estou aqui, dois casos que eu saiba. Em meus plantões. Mas nem todo obstetra, a maioria tem essa coisa de consciência, não sei como chamam agora, essa coisa de consciência, do direito. Somos como dois ou três que aceitamos interrupção de gravidez por causa... por estupro, ok? E este ano já teve dois casos. Anteriormente, nos anos passados, a maioria dos obstetras se negava. Nunca soube de algum caso nos dois anos anteriores. Mas este ano já teve dois. O serviço está um pouco mais organizado. A gente teve uma reunião com a diretoria da UPA, com os clínicos, a procuradoria daqui, assistência social, os psicólogos... Assim conseguiram coordenar uma equipe de atendimento bem legal.

Heloísa: Entendi. Então hoje os casos... a partir desse ano esses dois casos foram feitos aí em *[cidade brasileira]*, não precisou vir pra Manaus?

Tarana: Sim. Exato. Foram feitos aqui.

Heloísa: Entendi, e aí também encaminha pra psicólogo, tem esses outros acompanhamentos também...?

Tarana: Todo. Todo. Aqui na UPA tem psicólogo 24 horas. Assistente social, 24 horas.

Heloísa: Entendi. Esses dois casos eram adolescentes, as vítimas?

Tarana: Um adolescente e um adulto.

Heloísa: Entendi, entendi. E aí, depois, elas continuaram fazendo acompanhamento? Elas voltaram pra...

[Tarana balançou a cabeça em tom de negação...]

Heloísa: Não.

Tarana: Não sei.

Heloísa: Vão pra rede.

Tarana: Eu não sei, porque vão pra rede. Como eu não estou permanentemente aqui... Eu trabalho aqui 15 dias e vou embora. Mas tem que ir pras UBS, porque aqui não tem... Aqui na UPA não tem como acompanhar.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

Os relatos indicam que, embora a realização do aborto legal esteja prevista normativamente no Código Penal (Art. 128) e decisões do Supremo Tribunal Federal (ADPF 54), em situações de estupro, risco de vida para a gestante e de anencefalia fetal, sua operacionalização no cotidiano dos serviços ocorre de forma circunstancial. É um espaço que está sendo construído, mesmo em ambientes seguros (Ruschel, 2020). Mais do que um fluxo estável, o acesso depende da composição das equipes, das interpretações morais dos profissionais e das dinâmicas institucionais locais, o que produz assimetrias na efetivação desse direito no SUS (BRASIL, 1940; BRASIL, 2012; Ruschel *et al.*, 2022).

De modo semelhante, as rotas de acesso à esterilização de mulheres amazônidas ribeirinhas mostram forte dependência de relações interpessoais e negociações informais, em

contrapatida ao princípio da equidade do SUS. O percurso não ocorre de forma linear, mas em “trechos” percorridos dentro do território institucional, nos quais diferentes atores exercem influência sobre a autonomia reprodutiva. E o acesso muitas vezes depende de contatos próximos, favores ou negociações informais com profissionais de saúde, permitindo que algumas mulheres obtenham o procedimento mais rapidamente. As pesquisas indicam momentos de diálogo sobre a cirurgia, sondagens sobre o desejo de laqueadura e providências documentais necessárias para legitimar a decisão, evidenciando tanto desigualdades quanto a precarização do sistema de saúde local (Caldas *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2024).

Esse caráter fragmentado e negociado das rotas institucionais, no entanto, pode ser parcialmente atenuado pela organização interna dos serviços e pela presença contínua de profissionais estratégicos. Na oportunidade, Tarana destaca que a realização recente de reuniões entre diferentes setores contribuiu para uma maior organização dos atendimentos, possibilitando que alguns casos fossem resolvidos no próprio município, sem necessidade de encaminhamento para a capital (Manaus). Esse movimento se expressa também na presença contínua de profissionais da psicologia e da assistência social na UPA (diferentemente da realidade da atenção básica anteriormente vista), evidenciando a relevância desses atores tanto na composição de uma das grandes áreas da Rede de Atendimento (assistência social) quanto na sustentação do cuidado, no acolhimento das usuárias e na articulação dos encaminhamentos.

A articulação entre esses agentes, a direção da unidade, equipes clínicas e instâncias jurídicas aponta para a constituição de uma Rede de Atendimento mais estruturada, cuja atuação intersetorial tem sido associada, na literatura, à melhoria da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde, à ampliação do acolhimento humanizado e à redução da fragmentação dos serviços, favorecendo respostas mais efetivas às demandas das usuárias (Cortes; Padoin; Arboit, 2022).

Apesar desses avanços, permanecem limitações importantes no que se refere à continuidade do cuidado em saúde, tópico convergente com falas anteriores. Como sua atuação se dá em regime de plantão, com períodos alternados de permanência no serviço, a médica relata não saber se as meninas e mulheres seguem em acompanhamento nas unidades básicas ou em outros pontos da rede. O encaminhamento posterior aparece, assim, de forma genérica, sintetizado na expressão “vão pra rede”. Esse contraste evidencia que, mesmo em redes que buscam ser organizadas, os fluxos de referência e contrarreferência nem sempre funcionam plenamente, comprometendo a continuidade do cuidado em saúde. Estudos sobre intersetorialidade apontam que a ausência de encaminhamentos claros e acompanhamento

posterior pode resultar em lacunas significativas na proteção e no suporte às pacientes, mesmo quando os sinais de violência são identificados e o atendimento inicial é realizado (Gonsalves; Schraiber, 2021).

Esses cenários tensionam, ainda, o que é preconizado pela *Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios* do Ministério da Saúde (2015), que prevê o acompanhamento regular das mulheres pelos serviços de saúde por, no mínimo, seis meses após a ocorrência da violência. Ao contrastar essa diretriz com as dificuldades relatadas no seguimento das usuárias, evidencia-se um descompasso entre o que é normativamente estabelecido e o que se concretiza na prática dos serviços, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado.

Em contraste com a experiência descrita por Tarana acima, a narrativa de Rigoberta a seguir indica um cenário distinto quando há judicialização dos casos:

Rigoberta [...] Criança e adolescente, judicialmente, acontece, sim, essa interrupção. O SUS faz.

Heloísa: O [nome do instituto que Rigoberta está vinculada] consegue essa relação com o SUS?

Rigoberta: Faz, tranquilamente. A gente acompanha.

Heloísa: Não houve nenhum caso de barreira? De que houve alguma objeção...

Rigoberta: Não. A gente entende que vem de cima pra baixo, né? Então, é uma ordem judicial. Então, é algo que tá dentro da lei, que garante. Então, não tem como o SUS dizer: “não vou fazer”. Ele é obrigado a fazer. Então, ele quebra todos os protocolos de estigma religioso... Qualquer situação que tenha envolvida dentro do setor de saúde, é quebrado naquele momento, porque você está recebendo uma ordem judicial de que aquilo é crime e que você precisa realmente interromper aquela gestação pela situação da menor de idade [...].

[com dados omitidos para proteção da identidade]

A objeção de consciência, embora reconhecida como direito fundamental na Constituição Federal (Art. 5º, VI e VIII), não opera, nesse contexto, de forma isolada, mas em tensão com outros dispositivos de regulação do cuidado. A norma técnica assegura ao médico o direito de recusa individual, mas também estabelece a obrigatoriedade de que os serviços públicos credenciados garantam o atendimento da mulher por outro profissional, em tempo oportuno, especialmente nos casos de violência sexual. Ademais, tal recusa não é admitida quando inexistir possibilidade de substituição, diante de risco iminente de morte ou quando a negativa possa acarretar danos à saúde da paciente (BRASIL 1988; Madeiro; Diniz, 2016).

Na narrativa de Rigoberta, a existência de uma ordem judicial sugere reduzir a margem para objeções individuais, operando como um dispositivo que viabiliza a realização do procedimento no interior do sistema de saúde. A garantia legal, nesse caso, não depende da adesão subjetiva dos profissionais, mas se impõe como obrigatoriedade institucional. Portanto,

nas situações anteriores, o acesso ao aborto legal se mostrou dependente da adesão dos profissionais e das dinâmicas locais das equipes, a presença de uma ordem judicial reconfigura esse cenário. Evidencia-se, assim, a coexistência de distintos regimes de decisão no interior do sistema de saúde, cujos efeitos incidem diretamente sobre a (in)viabilidade do acesso ao aborto legal.

A atuação do sistema de justiça no Amazonas, entretanto, indica que essa via institucional também se encontra atravessada por lacunas e silenciamentos conforme apontado na pesquisa sobre diretrizes e processos formativos do Poder Judiciário e do Ministério Público voltados à garantia do aborto humanitário para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. O estudo mostra que o tema aparece de forma ainda bastante limitada nesses espaços, sendo raramente abordado em protocolos institucionais ou atividades de formação. Esse cenário sugere que, embora a judicialização possa funcionar como mecanismo de garantia do direito em situações específicas, a ausência de discussão sistemática sobre o tema dentro dessas instituições também contribui para a manutenção de barreiras e desigualdades no acesso ao aborto legal, principalmente no cenário amazônico (Souza, 2025).

Agora tratando-se de outro momento da entrevista com Rigoberta, no qual abordamos sobre a identificação entre usuárias migrantes e trabalhadoras também migrantes – e a possibilidade de estas se constituírem como referências no cuidado em saúde – foi introduzida a questão sobre a existência de alguma médica ou outra figura associada ao atendimento de mulheres que buscaram, em Manaus, a interrupção da gravidez em decorrência de violência. Isto é, meninas/mulheres que apresentaram, em suas vidas, fatores impulsionadores externos que lhes motivaram a iniciar a rota crítica através da ajuda de alguma profissional de referência (Sagot, 2000). Porém, a ausência de nomes ou relatos, acompanhada de um gesto de negação com a cabeça, evidenciou a inexistência dessa referência no contexto analisado. Nesse momento, a entrevistada continua relatando a seguinte situação:

Rigoberta: As mulheres fazem isso com a própria rede delas.

Heloísa: Delas, entendi.

Rigoberta: Amigas próximas, alguém lá da Venezuela. Ou tipo, *[as migrantes falam]* “eu vou voltar até Santa Elena *[de Uairén]*, né? Então, é mais seguro lá”. O que acontece aqui, de fato, que a gente fica sabendo, são os abortos espontâneos que vão direto pra maternidade e as mulheres alegam que recebem maltratos.

Heloísa: Violência obstétrica né...

Rigoberta: Exatamente. Em parte, por questões de não entenderem e não iniciarem o processo do pré-natal. Então, a violência obstétrica...

Heloísa: Então, uma coisa tá puxando a outra, né?

Rigoberta: Então, a violência obstétrica, ela se tornou ali, é um processo de violência psicológica, porque a pessoa não tá entendendo porque ela precisa

fazer aquele monte de exame ou aquele acompanhamento. E quando é cometida de um aborto espontâneo, a culpa é dela.

Heloísa: Culpabilização, né?

Rigoberta: Exatamente, porque ela não acessou. [...] Tem muitas mulheres dentro do seu meio, dentro do nosso meio, que quando estão com essas questões de aborto, algumas fazem com a própria rede de amigas e conhecidos e farmácias clandestinas, que a gente sabe que tem.

Heloísa: Existem, sim.

Rigoberta: Ou volta pra Venezuela, porque tem uma rede de apoio familiar.

Heloísa: Mas na Venezuela, você sabe me dizer se elas fazem de forma clandestina também?

Rigoberta: Também.

Heloísa: Sempre clandestino.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Esse trecho nos mostra o deslocamento do foco do cuidado institucional para as redes informais mobilizadas pelas próprias meninas e mulheres. Ao afirmar que “*as mulheres fazem isso com a própria rede delas*”, evidencia-se que a interrupção da gravidez não se organiza prioritariamente no interior dos serviços de saúde, mas em circuitos comunitários compostos por amigas, conhecidas e conterrâneas, através de vínculos de confiança e pertencimento. A menção às farmácias clandestinas não aparece, portanto, como elemento externo a essas redes, mas como parte constitutiva desses circuitos de cuidado, operando como um dos meios pelos quais a interrupção da gravidez se torna possível fora da institucionalidade formal. Trata-se de práticas amplamente conhecidas, ainda que não oficialmente reconhecidas, sustentadas pela circulação de saberes e pelo acesso informal a medicamentos.

Nesse sentido, estudos têm demonstrado que, em contextos de restrição ao aborto, o acesso é autogestionado e se organiza justamente por meio dessas redes informais e da circulação de tecnologias farmacológicas, como o misoprostol. Tal medicação é frequentemente obtida sem prescrição em farmácias ou mercados paralelos, com informações transmitidas de forma não institucional (Duarte; Moraes; Andrade, 2018). Observa-se, ainda, uma dimensão transnacional desses circuitos, uma vez que esses fármacos e informações circulam através de redes migrantes e contatos pessoais, atravessando fronteiras e ampliando as possibilidades de acesso fora dos canais formais.

Embora essas estratégias ampliem as possibilidades de interrupção da gravidez fora dos serviços formais, elas também se inserem em um cenário mais amplo no qual o aborto inseguro permanece como importante problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde aponta que procedimentos realizados por pessoas sem as habilidades necessárias e/ou sem condições médicas adequadas constituem uma das causas evitáveis de mortalidade materna, evidenciando como restrições institucionais e barreiras de acesso podem deslocar o cuidado

para circuitos marcados por maior risco (Haddad; Nour, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

A justaposição entre as narrativas de Hermelinda e Rigoberta nos evidencia dois regimes distintos, porém interligados, de acesso à interrupção da gravidez em casos de violência sexual que não podemos deixar de mencionar. Enquanto, no âmbito institucional, o acesso ao aborto legal se apresenta como um direito formalmente assegurado, sua efetivação se mostra contingente, atravessada por negociações, moralidades profissionais e pela disponibilidade das equipes de plantão, no plano das experiências narradas por Rigoberta observa-se um deslocamento desse cuidado para redes informais, mobilizadas pelas próprias mulheres.

Nesse contexto, o que se evidencia não é apenas a coexistência de diferentes formas de acesso, mas um movimento de transição entre elas, no qual as limitações e incertezas do sistema de saúde impulsionam a busca por soluções fora da institucionalidade. A mobilidade transfronteiriça aparece, então, como estratégia de resolução. O retorno a Santa Elena de Uairén, localizado na Venezuela, é mencionado como alternativa considerada mais segura ou mais amparada por redes familiares.

As rotas críticas, assim, não se restringem aos percursos no interior da rede formal de serviços, mas transbordam, expandindo-se para circuitos comunitários e transnacionais, revelando estratégias de cuidado que operam à margem, ou em resposta, às insuficiências do Estado. Esse movimento dialoga com um conjunto mais amplo de estudos sobre mobilidade reprodutiva, que evidenciam que, em contextos de restrição ou dificuldade de acesso ao aborto legal, mulheres frequentemente recorrem a deslocamentos geográficos (inclusive internacionais) como forma de viabilizar o cuidado, assumindo custos materiais, emocionais e logísticos significativos para acessar serviços em outros territórios. Ainda que em contextos distintos do nosso país, esses achados permitem compreender a mobilidade observada neste estudo como parte de um fenômeno mais amplo, no qual o deslocamento se configura como estratégia concreta para contornar barreiras institucionais e garantir o acesso a direitos reprodutivos (Garnsey *et al.*, 2021).

Ao mesmo tempo, Rigoberta aponta que o que chega ao conhecimento do seu serviço são, sobretudo, os abortos classificados como espontâneos, geralmente quando demandam atendimento hospitalar. A interrupção provocada permanece, em grande medida, invisível à rede formal, emergindo apenas quando há complicações. Essa assimetria revela um descompasso entre as experiências vividas pelas meninas e mulheres e aquilo que é captado institucionalmente (Santos; Brito, 2014).

A narrativa também explicita um encadeamento de vulnerabilizações. A violência obstétrica (VO) assume um papel de revitimização para mulheres que já sofreram violência sexual, aparecendo sobretudo nas situações de atendimento a abortos espontâneos ou induzidos. No relato de Rigoberta, experiências de maltrato, incompreensão e responsabilização individual são frequentes, com a perda gestacional muitas vezes interpretada como consequência da ausência de pré-natal ou de comportamentos atribuídos às próprias mulheres. Para migrantes, essas situações se somam a camadas adicionais de vulnerabilização e ampliam as probabilidades de mais riscos e sofrimento. Assim, a VO não se configura apenas como efeito de condutas individuais, mas como fenômeno estruturado que interage com desigualdades sociais e legais, reforçando o temor de buscar atendimento nos serviços formais e agravando o impacto (inclusive psicológico e de constrangimento) sobre populações marginalizadas e transfronteiriças (Pestana, 2024).

Ao avançar na entrevista, ao retomar diretamente a temática do aborto, Rigoberta enfatiza sua recorrência no contexto migratório. Sua fala desloca a discussão do plano episódico para uma dimensão estrutural, associando a ocorrência de abortos “clandestinos” às condições de vulnerabilização que marcam a trajetória de jovens e mulheres em deslocamento:

Rigoberta: E Helô... O aborto ele ainda existe. Muito. Muito. Muito!

Heloísa: Essa temática, ela é bem chave pra gente assim...

Rigoberta: Ela existe. Ela existe. Ela é muito forte. Ela é muito presente. No processo migratório, infelizmente, a vida sexual das jovens e meninas, ela é iniciada através de um processo de violência. Não só apenas a violência sexual em si. Ela vem através de uma violência psicológica. Porque você perde vínculo com sua matriz. Você está totalmente vulnerável. Então você acaba às vezes entrando no relacionamento ou em um momento que é com finalidade sexual e se gera gravidez e se geram abortos clandestinos... Diariamente. Só que não são notificados.

Heloísa: E pensando nessa questão, nesse movimento, desse aborto, disso... Você sente que... Você me diz que tem a questão de fazer clandestinamente aqui na rede de amigas, enfim, de uma forma clandestina ou voltar para o país. Mas não existe então a procura de virem para o Brasil para realizar pelo SUS de uma maneira gratuita...?

Rigoberta: Não.

Heloísa: Essa barreira é existente né?

Rigoberta: Ela é existente.

Heloísa: Então elas vão para o país, realizam o aborto e elas voltam para o Brasil?

Rigoberta: Voltam para o Brasil. [...]

A profissional estabelece uma relação direta entre migração e vulnerabilização da vida sexual e reprodutiva. Segundo seu relato, a iniciação sexual de jovens migrantes ocorre, frequentemente, em contextos atravessados por violência – não apenas física ou sexual, mas também psicológica e relacional, marcada pela ruptura de vínculos familiares e comunitários.

Nesse cenário, relações afetivo-sexuais se constituem sob condições de fragilidade emocional e material, podendo resultar em gestações não planejadas e, conseqüentemente, em abortos realizados de forma insegura. A repetição da expressão “*diariamente*” reforça a percepção de regularidade dessas experiências, ao mesmo tempo em que sublinha sua não notificação no âmbito formal.

A negativa enfática quanto à procura pelo SUS para a realização do procedimento indica a existência de barreiras percebidas como intransponíveis. Mesmo diante da possibilidade de acesso gratuito ao sistema de saúde brasileiro, as usuárias não o reconhecem como via legítima ou segura para lidar com a interrupção da gravidez. Tal percepção é reforçada por experiências (vividas ou antecipadas), de desacolhimento, julgamento moral e tratamento desrespeitoso nos serviços, que incidem de maneira desigual sobre mulheres negras, em contextos marcados pelo racismo institucional. A recusa não se trata de um desconhecimento, mas é uma resposta situada frente a um sistema que, muitas vezes, não se apresenta como espaço de cuidado, mas de exposição e constrangimento (Marinho, 2024).

Ao abordarmos a comunicação com a rede de serviços e as possibilidades de articulação institucional em situações relacionadas à interrupção da gravidez, Rigoberta explicita os limites da contrarreferência entre o instituto no qual está vinculada e os demais equipamentos da saúde. A discussão evidencia não apenas a fragilidade de um fluxo formal nesses casos, mas também o silêncio que envolve a temática no interior das próprias relações de cuidado em saúde:

Heloísa: E pensando na estratégia do (*nome do instituto que Rigoberta está vinculada*) de dar comunicação com a rede, né? Vamos pensar assim de uma maneira oficial, né? Pensando na rede que existe no nosso... Existe essa contrarreferência do (*nome do instituto que Rigoberta está vinculada*) com essas instituições, com as maternidades ou não? [*Rigoberta balança a cabeça em tom de negação...*] É realmente elas... Não... Porque não é verbalizado.

Rigoberta: Não é verbalizado. Não é verbalizado.

Heloísa: Mas já se... Houve tentativas do [*nome do instituto que Rigoberta está vinculada*]...?

Rigoberta: Já!

Heloísa: ... “Olha, preciso, eu tenho uma venezuelana vulnerável, assim, assim, assim”.

Rigoberta: Não é verbalizado.

Heloísa: Não existe esse contato com a rede em relação à interrupção da gravidez, então?

Rigoberta: A não ser que seja através de questões judiciais ou menoridade. [...] Mas, assim, essa contrarreferência de um atendimento de uma venezuelana no [*nome do instituto que Rigoberta está vinculada*] encaminhar devido a uma violência, a questão de aborto... [*Rigoberta balança novamente a cabeça em tom de negação...*]

Heloísa: Não é possível?

Rigoberta: A mulher não fala. A não ser que seja descoberto dentro de um acolhimento com uma menor de idade, como já aconteceu algumas vezes. E

uma vez foi ventarolado, né? Nas redes sociais e no jornal que foi com a indígena warao. Mas, fora isso, ela não vai te falar.

Heloísa: Então, geralmente, vocês ficam sabendo quando o aborto já até aconteceu... Quando elas já até voltaram, enfim.

Rigoberta: Ou então tipo estamos numa roda de conversa, já com o vínculo muito bem formalizado na comunidade e, de repente, uma soltou: “Ah, fulana...”

Heloísa: “Engravidou. E... Perdeu.” Elas falam perdeu, né?

Rigoberta: Sempre é assim. O olhar desce e tu já sabe que não é uma perca espontânea, né? Foi acometida de uma forma totalmente irregular. Colocando em risco a vida dela. Já houveram duas mulheres durante o meu atendimento deste ano que relataram ter ido para a maternidade por conta de uma hemorragia que começou a menstruar excessivamente. Só que depois a gente ficou sabendo que foi uma gravidez, né, e ela interrompeu com um tal de chá, que agora esse chá fez moda.

Heloísa: O chá tá popular entre elas.

Rigoberta: É! Esse chá que aqui no Brasil me ensinaram, a gente sabe o que que é, né? Mas eu também me mantenho neutra nos comentários, até porque eu vejo que elas se sentem muito seguras, então eu evito dar qualquer tipo de...

Heloísa: Pra não fechar esse vínculo com elas, né?...

Rigoberta: De entonação, de rosto, de alguma coisa... A gente só orienta: “Gente... Assim, o mais recomendado é que a gente procure atendimento médico. Aqui ninguém é médico, sabe?” *[As migrantes respondem]* “Não, é porque... Eu não queria...” Sempre a gente tenta... Elas tentam se culpabilizar: “Eu não queria.” “Foi sem querer.” “Ah.. Não veio na hora certa.” Ou “isso vai trazer problema com o meu esposo.” Então, a gente ainda pergunta, né?: “Você já perguntou se o seu esposo quer se operar?” A gente também leva essas informações. “Você tem que ter a vasectomia.... É menos invasivo pro homem, porque o nosso processo é mais invasivo. A gente cuida de criança, a gente trabalha, a gente estuda. Então, vocês já deram essa sugestão para o seu esposo? É algo tranquilo, simples, né? Com dois filhos.” A gente leva toda informação.

Heloísa: Aham. Mas, mesmo assim não...

Rigoberta: Não querem. Não querem. [...]

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

A repetição da expressão “*não é verbalizado*” indica a inexistência de um fluxo institucional estruturado para situações de interrupção da gravidez envolvendo mulheres adultas. A comunicação com a rede formal ocorre apenas em casos judicializados ou quando envolve menores de idade, prática que se repete ao lembrarmos dos relatos de Hermelinda e Tarana que já apresentamos anteriormente. Aqui o direito se efetiva não pela via do cuidado, mas pela via da imposição legal, reforçando a centralidade do sistema de justiça na mediação de direitos reprodutivos.

O silêncio das mulheres aparece como elemento central. Segundo Rigoberta, “*a mulher não fala*” e o aborto é mencionado apenas de forma indireta, frequentemente como “perda”. A comunicação se dá por gestos, olhares e insinuações, revelando um campo marcado pela omissão estratégica e pela autoproteção, na busca de superar o trauma e seguir em frente

(Ruschel *et al.*, 2020). E a “clandestinidade” se reafirma na descrição de casos de hemorragia que chegam à maternidade como supostos eventos espontâneos, mas que posteriormente são compreendidos como interrupções provocadas. O uso recorrente de chás e outras práticas informais evidencia a circulação de saberes comunitários e estratégias paralelas de manejo da gravidez.

A fala também revela a postura adotada pelas profissionais do Instituto diante dessas situações. A escolha pela neutralidade, sem expressões faciais ou entonações que possam ser interpretadas como julgamento, aparece como estratégia de preservação do vínculo e de manutenção do espaço de confiança com as mulheres.

Além disso, observa-se uma recorrência da culpabilização feminina que nos permite retomar a discussão anteriormente desenvolvida sobre os limites de estratégias centradas na autonomia individual. Se, por um lado, a valorização do “empoderamento” e da autonomia local emerge como alternativa diante da instabilidade das políticas públicas em contextos fronteiriços, por outro, a cena descrita evidencia como essas estratégias podem operar, no cotidiano, como deslocamento de responsabilidades para as próprias mulheres. As falas que evocam justificativas como “*não queria*”, “*foi sem querer*” ou “*vai trazer problema com o esposo*” expressam não apenas relações desiguais de gênero, mas também a concentração da gestão da vida reprodutiva unicamente sobre elas. Inclusive, a menção à vasectomia como alternativa menos invasiva para os homens aponta para tentativas, ainda que pontuais, de deslocar essa responsabilização. A resistência masculina revela a persistência de normas de gênero que mantêm a sobrecarga reprodutiva feminina e limitam a efetividade dessas estratégias no cotidiano (Santos; Brito, 2014).

É no entrelaçamento entre essa culpabilização e o silêncio que se configuram as condições de possibilidade das rotas críticas, sendo o “*romper do silêncio*” o ponto de inflexão onde passam a se constituir (Sagot, 2000). Importa lembrarmos, contudo, que esse rompimento nem sempre se dá de forma direta ou protagonizado pelas próprias mulheres, podendo ocorrer por meio de denúncias anônimas que acionam a rede mesmo na ausência de uma demanda explicitamente formulada, exigindo dos serviços capacidade de acolhimento, investigação e articulação intersetorial diante de situações que chegam sem vínculo prévio ou informações completas (Assis, 2018; Daruwalla *et al.*, 2009).

Trata-se, contudo, de um processo marcado por incertezas, uma vez que buscar apoio não implica, necessariamente, encontrá-lo. As tentativas empreendidas pelas meninas e

mulheres revelam-se complexas, não lineares e atravessadas por avanços, retrocessos e reorientações constantes (Assis, 2018).

A análise das rotas críticas, nesse sentido, evidencia que a acessibilidade ao cuidado não se configura como uma sequência organizada de atendimentos, mas como um processo instável, cuja continuidade depende das condições concretas da existência/funcionamento adequado dos serviços, das mediações profissionais/institucionais e das respostas encontradas, seja nas redes formais, seja nos vínculos familiares e comunitários. Nesse percurso, a busca por ajuda pode ser desestimulada, interrompida ou redefinida, inclusive com a adoção de outras decisões, como a desistência da própria ruptura da violência.

É justamente nesse ponto que a noção de *rede* se torna central, na medida em que as rotas críticas se produzem nas conexões – ou na ausência delas. Essa noção, neste estudo, é mobilizada tanto em seu sentido estrutural quanto relacional. De um lado, enxergamos-a como um conjunto de pontos interligados, cujas conexões se estabelecem por meio de “nós” interdependentes, sendo aqui representados pelos serviços e instituições que compõem a atenção. De outro, essa configuração pode ser pensada metaforicamente como uma trama de vínculos, na qual diferentes atores e setores se articulam, produzindo possibilidades ampliadas de atuação. Assim, mais do que uma simples soma de serviços, a rede se constitui pela qualidade das conexões que sustenta, sendo na articulação eficaz entre esses elementos que se tornam possíveis respostas mais efetivas às demandas das meninas e mulheres em situação de violência (Callou, 2012; Cortes; Padoin; Arboit, 2022).

A integralidade, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde, orienta a compreensão de que o enfrentamento da violência contra meninas e mulheres exige a articulação de diferentes dimensões das suas próprias vidas. Parte-se do pressuposto de que, à medida que se garantem respostas às variadas demandas – como moradia, educação, trabalho, acesso a direitos e atenção em saúde, incluindo acompanhamento psicológico e cuidado em saúde mental –, ampliam-se as possibilidades de sustentação e manutenção dos percursos entre os serviços. No entanto, essa articulação é produzida a partir do cotidiano, no “fazer” cuidado e nas atitudes pessoais/profissionais. Depende das interações concretas entre profissionais das mais distintas áreas, das instituições e usuárias, diante das demandas individuais que emergem ao longo das trajetórias. “Não existe uma fórmula que explicita esse saber-fazer integralizado para as mulheres que vivenciam violência de gênero.” (Callou, 2012, p. 54).

É, portanto, no plano das vivências que essa ausência de fórmulas se torna mais evidente. Ao deslocarmos o olhar para o dia a dia dos serviços, apreendemos como essas

articulações se materializam em meio a demandas existentes de violência sexual, especialmente contra crianças e adolescentes. Não são demandas contínuas e homogêneas, mas intermitentes, emergindo como parte constitutiva do cotidiano e tensionando as capacidades de resposta da rede no estado do Amazonas.

Pensando especificamente nas vivências que giram em torno das situações que envolvem gravidez decorrente de violência sexual, identificamos um espaço que ocupa um lugar particularmente crítico nas rotas analisadas. Mais do que um desdobramento possível da violência, a emergência da gravidez frequentemente tensiona o silêncio que marca muitas dessas trajetórias, trazendo à tona a violência anteriormente não revelada. Esses casos condensam, de forma intensificada, os limites já evidenciados no funcionamento da rede, ao mobilizarem decisões urgentes, disputas morais e diferentes interpretações sobre o cuidado e os direitos das usuárias (Nunes; Morais, 2016; Santos; Drezett; Alves, 2015; Ruschel *et al.*, 2022).

Já elencamos que não existe uma fórmula única de “saber-fazer” para os profissionais; ainda assim, alguns princípios se colocam como inegociáveis, especialmente nesse contexto da gravidez decorrente da VS. Dito isso, destacamos que:

A palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça. (Ventura, 2015, n. p.).

A judicialização¹⁰ emerge como um elemento ambíguo nas rotas críticas. Por um lado, configura-se como estratégia de efetivação de direitos reprodutivos e do direito à saúde, especialmente diante de recusas institucionais, objeções de consciência ou interpretações restritivas por parte das equipes. Por outro, evidencia-se que não se trata de uma prática à margem da ordem jurídica, mas de uma possibilidade legitimamente prevista. Ainda assim, sua recorrência nos casos indica que o Poder Judiciário têm sido acionado como órgão de legitimação para suprir a insuficiência dos demais setores estatais e garantir de um direito que já deveria ser assegurado no âmbito das políticas públicas. Evidenciam-se fragilidades no próprio funcionamento da rede que produzem atrasos, desigualdades e novas barreiras no percurso das usuárias (Oliveira; Brito; Siqueira, 2024).

¹⁰ De acordo com o Projuris, é a palavra utilizada para designar a condução de questões de grande repercussão ao julgamento do Poder Judiciário, ao invés de discutí-las em instâncias políticas e legislativas, como o Congresso e o Poder Executivo (PROJURIS, s.d.).

Em tais casos, questiona-se o porquê que um direito já previsto em lei, como o aborto nas hipóteses legais, segue, na prática, condicionado à intervenção judicial como única via possível? A literatura aponta para uma observação: existe uma incorporação de critérios não previstos na lei, como a imposição de limites gestacionais, a relativização do risco à vida da gestante e, nos casos de violência sexual, a sobreposição de valores que atribuem maior relevância à vida fetal em detrimento dos direitos da mulher. Tais obstáculos, frequentemente atravessados por marcadores de gênero e por disputas morais, acabam por desmotivar ou dificultar o acesso ao aborto legal, evidenciando um descompasso entre a garantia normativa e sua concretização no âmbito da atenção à saúde (Oliveira; Brito; Siqueira, 2024).

Quando incorporamos (verdadeiramente) na prática os princípios ditos por Ventura (2015) anteriormente – junto do acolhimento, escuta qualificada e reconhecimento da autonomia das meninas/mulheres – amplia-se a possibilidade de vinculação das grávidas aos serviços, da permanência no cuidado e de mortes evitáveis. Esse movimento tende a reduzir a busca por redes informais e a circulação de saberes não mediados institucionalmente, frequentemente associados a práticas de interrupção da gestação em condições inseguras, ao mesmo tempo em que reafirma o papel do sistema de saúde como espaço legítimo de cuidado e garantia de direitos (Cadioli; Pércia; Cardieri, s.d.; Barsted, s.d.).

Buscar mitigar tal problemática não constitui um caminho linear e, na verdade, acompanha dinâmicas territoriais e sociais específicas que desafiam a organização prévia dos serviços e dispositivos de cuidado, acolhimento e proteção. Essas dinâmicas territoriais do nosso campo empírico são traduzidas em distanciamento dos grandes centros urbanos, desigualdades socioeconômicas e fragilidade das políticas públicas, características que tendem a intensificar as violações de direitos humanos e a dificultar o enfrentamento da violência na rede (Campero *et al.*, 2024).

Em específicos contextos, como em comunidades indígenas, essas dinâmicas se articulam ainda a formas próprias de organização social, normas de gênero e regimes de autoridade, que podem produzir assimetrias nas relações entre homens e mulheres e impactar diretamente as possibilidades de proteção de meninas e adolescentes. Tais elementos podem se expressar, por exemplo, em trajetórias marcadas por restrições ao acesso à informação, à educação e aos serviços de saúde, bem como em situações de uniões precoces, frequentemente atravessadas por expectativas familiares e sociais que tensionam a noção de consentimento. Assim, a ocorrência de gravidez na adolescência e outros desfechos relacionados à SSR pode se tornar mais provável, ao mesmo tempo em que se coloca o desafio de considerar a autonomia

progressiva das adolescentes sem desconsiderar as condições de vulnerabilização em que essas decisões são produzidas (Campero *et al.*, 2024).

De modo semelhante, a literatura tem evidenciado que, em contextos de migração, a exposição de mulheres e meninas à violência não se dá de forma isolada, mas como expressão de arranjos estruturais de vulnerabilização que articulam precarização em condições básicas de subsistência, barreiras de acessibilidade e fragilidade das redes de proteção (Kawar, 2004). No norte do Brasil, estudos como os de Aristides, Maria Amélia e Emiko, ao analisarem migrantes em Boa Vista, mostram que essas condições podem inscrever a violência em estratégias de sobrevivência, como nas relações sexuais sustentadas por trocas, ao mesmo tempo em que incidem sobre os percursos reprodutivos, com repercussões como a maior ocorrência de gravidez na adolescência e de intercorrências gestacionais. São dinâmicas que não apenas ampliam a exposição à violência, mas também reconfiguram as possibilidades de cuidado, frequentemente marcadas por descontinuidades e pela necessidade de respostas institucionais capazes de apreender a complexidade e a interseccionalidade dessas experiências singulares, atravessadas pela articulação entre gênero, idade, território, condição migratória e posição social (Cavalcante Neto; Oliveira; Egry, 2023).

Cabe destacar, contudo, que tais condições não explicam, por si só, a ocorrência da violência sexual no Amazonas, que se ancora em processos históricos e culturais mais amplos e anteriormente já discutidos. Ainda assim, contribuem para sua intensificação e para a persistência de obstáculos no cuidado. Trata-se, portanto, de um fenômeno que já não pode ser compreendido como incomum ou episódico, mas passando a compor, de forma significativa, o conjunto real das demandas ordinárias dos serviços (Oliveira; Cavalcanti; Nascimento, 2024).

Tais percepções dialogam com o que já foi discutido anteriormente nas nossas perspectivas teóricas acerca das limitações estruturais da rede no nosso Estado, marcadas pela centralização dos serviços especializados na capital e pela fragilidade da oferta no interior. Se, por um lado, a ausência de dispositivos como o SAVVIS propriamente dito e as dificuldades de acesso impõem barreiras importantes, por outro, evidenciam ainda mais a necessidade de fluxos institucionais da comunicação entre os serviços que operem de forma articulada e eficaz.

Diante dessa realidade, a descrição dos itinerários e dos encaminhamentos revela-se crucial. Mais do que instrumentos formais de organização, fluxos bem definidos podem contribuir para dar maior previsibilidade às respostas favoráveis, contribuir com a continuidade do cuidado e reduzir as fragmentações da assistência que marcam as rotas críticas, especialmente em contextos onde a Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher enfrenta

entraves operacionais e é territorialmente desigual como no nosso Amazonas (Barbosa *et al.*, 2024; Braga, 2019; Maia, 2022).

Destaca-se também o papel desempenhado pelo Conselho Tutelar, frequentemente mencionado nas narrativas como um dos principais dispositivos institucionais acionados diante de situações de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes. Sua atuação aparece como elemento estratégico na articulação entre os serviços, especialmente na mediação de encaminhamentos, na garantia de medidas de proteção e na mobilização de diferentes setores da rede (Medeiros, s.d.; Santos, 2016).

Tal centralidade encontra respaldo no marco normativo brasileiro. O ECA estabelece que crianças e adolescentes devem ser protegidos de toda forma de negligência, violência ou exploração, prevendo a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar diante de situações suspeitas ou confirmadas de violação de direitos. Nesses casos, cabe ao órgão aplicar as medidas protetivas previstas em lei e assegurar que a criança, o adolescente e suas famílias tenham acesso ao atendimento necessário nos serviços competentes. Importa destacar que seu papel não é substituir o trabalho técnico de profissionais da saúde, assistência social ou justiça, atuando sobretudo como instância de garantia de direitos, responsável por acionar e acompanhar a rede de proteção (Medeiros, s.d.; Santos, 2016).

A construção e sustentação da Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher configura-se como um processo complexo e desafiador, que exige articulação contínua entre serviços (saúde, educação, justiça, segurança pública, assistência social, entre outros), diferentes níveis de governo, sociedade civil e movimentos sociais. Como visto no subcapítulo anterior, o trabalho coletivo torna possível não apenas a organização das respostas, mas também a produção de suporte e solidariedade necessários ao enfrentamento da própria violência (Braga, 2019; Evangelista; Mendes, 2018; Maia, 2022).

A efetividade dos fluxos não se garante apenas através da sua existência normativa, mas depende de como são apropriados, interpretados e acionados no cotidiano pelos profissionais. Assim, sua organização se apresenta menos como um modelo rígido a ser seguido e mais como um dispositivo em constante construção, atravessado pelas condições concretas dos serviços, pelas relações entre os atores da rede e pelas especificidades dos territórios (Broseguini; Iglesias, 2020).

A operacionalização da Rede de Enfrentamento também está diretamente relacionada à formação e qualificação das equipes e às condições institucionais que sustentam o trabalho em rede. Estudos têm apontado que a ausência de formação continuada, o despreparo para o

atendimento de situações de violência e a pouca clareza quanto ao acompanhamento dos casos contribuem para a fragmentação das ações e para a descontinuidade do cuidado, evidenciando fragilidades na sistematização dos procedimentos e no monitoramento das respostas institucionais (Broseguini; Iglesias, 2020; Martins *et al.*, 2018). Embora tais aspectos sejam amplamente reiterados na literatura, a necessidade de preparo dos profissionais para lidar com essas situações já foi aqui compreendida não como uma especialização adicional, mas como dimensão que deve ser inerente à atuação em saúde e nas políticas públicas, ainda que sua efetivação permaneça tensionada.

Ao mesmo tempo, tal qualificação não se restringe à dimensão técnica, envolvendo também a capacidade de escuta, acolhimento e compreensão das experiências das mulheres e meninas em sua complexidade. A literatura destaca que o atendimento deve ser orientado por princípios como o não julgamento, a não culpabilização, o respeito ao sigilo e à privacidade, a construção de uma relação de confiança e a evitação da revitimização. A ausência dessas condições pode não apenas comprometer a qualidade do cuidado, mas também impedir que as usuárias revelem suas dificuldades e afastá-las dos serviços (Baragatti *et al.*, 2018).

Nesse ponto, o letramento em gênero se coloca como outro elemento chave, na medida em que o reconhecimento da violência como fenômeno estruturado por desigualdades de gênero também auxilia tanto na identificação dos casos quanto nas formas de intervenção. Os relatos analisados sugerem, contudo, que essa perspectiva ainda se encontra limitada no cotidiano dos serviços, o que ajuda a entender por que a ausência dessa formação pode levar à não abordagem da violência, mesmo diante de suspeitas, ao passo que sua incorporação favorece a detecção, o acolhimento e a condução mais adequados das situações (Aguiar *et al.*, 2020; Broseguini; Iglesias, 2020; Martins *et al.*, 2018).

Para além da formação formal e do letramento, a apropriação sobre os possíveis itinerários e o funcionamento cotidiano dos serviços sugere um diferencial na condução dos casos. Na realidade dos campos empíricos analisados, observa-se que muitos agentes transitam concomitantemente por diferentes serviços ou projetos dentro dos municípios, acumulando vínculos que ampliam seu conhecimento sobre as realidades dos territórios e das comunidades. É um saber produzido na prática que deve ser usado a favor, pois confere uma posição privilegiada para compreender as dinâmicas do município, as redes informais de cuidado e as demandas concretas das usuárias, muitas vezes de forma mais acurada do que os próprios arranjos institucionais formalizados.

Ao descreverem minuciosamente o que conseguem, pretendem ou podem realizar, as profissionais evidenciam tanto os limites quanto às potencialidades do sistema. Esse pertencimento favorece a identificação de sinais, a antecipação de riscos, a construção de respostas mais ajustadas às realidades locais e a redução percursos desnecessários, assim como o reconhecimento de pontos de fragilidade e a elaboração de estratégias mais efetivas de encaminhamento, mesmo diante de lacunas institucionais.

Sendo assim, a atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar são peças fundamentais. Imagina ter diversos agentes que trabalham em vários pontos da rede e conseguem mediar com os serviços porque conhecem a realidade local? A articulação entre profissionais de saúde, assistência social, psicologia, justiça, segurança pública, educação e demais áreas competentes englobadas na Rede de Enfrentamento, possibilita compartilhar responsabilidades, discutir casos, planejar encaminhamentos e garantir que o cuidado não dependa exclusivamente de um único agente (Menezes *et al.*, 2014).

Nessa mesma direção, evidências de um artigo sobre articulação intersetorial e atenção integral no enfrentamento a violência, reforçam a necessidade da criação de espaços sistemáticos de interlocução entre os distintos setores. Reuniões periódicas, grupos de trabalho, seminários e outros dispositivos coletivos também aparecem como estratégias fundamentais para enfrentar a fragmentação institucional, ao possibilitarem a circulação de informações, a discussão conjunta de casos e a construção compartilhada de respostas humanizadas. Esses espaços de diálogo contribuem não apenas para o alinhamento operacional, mas também para a produção de maior visibilidade das situações de violência e para o fortalecimento da capacidade de resposta da rede como um todo (Menezes *et al.*, 2014).

5.1.4 Para onde conduzem esses caminhos: justiça reprodutiva nos desfechos das rotas críticas

Ao longo dos subcapítulos anteriores, buscamos compreender como meninas e mulheres, especialmente nas/das fronteiras e migrantes, percorrem caminhos institucionais em busca de cuidado diante de situações de violência sexual e outras violações. Neste momento final de encerramento do capítulo, o foco se desloca para como a justiça reprodutiva se insere (ou deixa de se inserir) nesses percursos, observando de que maneira os serviços e instituições que compõem as rotas críticas podem contribuir para limitar ou mesmo inviabilizar o exercício dos direitos reprodutivos. Mais do que tratar dos direitos e dignidade humana, interessa

apreender como as possibilidades de decisão sobre a reprodução vão sendo construídas, tensionadas ou negadas ao longo do contato das meninas e mulheres com a rede institucional.

Nesse sentido, a noção de escolha reprodutiva, conforme discutida por Luz Alvarez Martinez (1992), contribui para deslocar a ideia de que decidir sobre a reprodução se trata de um ato puramente individual. Para a autora, essa escolha está diretamente relacionada à existência de condições concretas que a tornem possível, como o acesso a serviços de saúde de qualidade, à informação e à educação sexual culturalmente relevantes e em sua própria língua, bem como a métodos contraceptivos acessíveis e ao acompanhamento adequado (pré-natal) ao longo do processo reprodutivo. Trata-se, portanto, não apenas da possibilidade formal de decidir, mas da garantia de meios que permitam que essa decisão seja consciente, informada e exercida de maneira segura, livre de coerções e de diferentes formas de opressão reprodutiva.

Compreendidos como parte dos direitos fundamentais, tais direitos dizem respeito à capacidade e liberdade das mulheres de decidir sobre o próprio corpo, planejar a escolha em torno da maternidade e, quando previsto em lei, acessar o abortamento legal. Em termos mais amplos, tratam-se de condições para que a experiência da maternidade não seja vivida como sofrimento, punição ou imposição e única via de regra para a vida daquela mulher, mas como uma escolha compatível com a dignidade humana (Brandão; Cabral, 2021a; Brandão; Cabral, 2021b; Ross, 2017).

Essa concepção de direitos reprodutivos dialoga diretamente com o reconhecimento do planejamento familiar como instrumento de proteção e promoção da autonomia das mulheres. Conforme expressa a Constituição de 1988, a família, enquanto núcleo fundamental da sociedade, deve assegurar meios para que a maternidade e a paternidade sejam exercidas de forma consciente e voluntária, permitindo que o planejamento familiar seja efetivamente uma ferramenta de escolha e não de imposição. Assim, o direito de decidir sobre a reprodução não se restringe à esfera individual, mas se entrelaça a garantias sociais e institucionais que tornam possíveis decisões informadas, livres de coerção e alinhadas à dignidade humana (BRASIL, 1988; Oliveira; Brito; Siqueira, 2024).

Nessa direção, as feministas Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky (1996), argumentam que os direitos sexuais e reprodutivos devem ser compreendidos como parte do campo mais amplo dos direitos humanos, envolvendo a capacidade das pessoas de tomar decisões livres e informadas sobre sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência. Para as autoras, ora alinhadas com a Constituição de 1988, tais direitos não devem se limitar ao acesso individual a serviços de saúde ou a dispositivos legais específicos, mas dizem respeito

às condições sociais, políticas e institucionais que tornam possível o exercício da autonomia corporal e reprodutiva.

Ao discutirem os fundamentos conceituais dos direitos sexuais e reprodutivos, Corrêa e Petchesky (1996) chamam atenção para os limites de uma compreensão liberal do discurso dos direitos, centrada principalmente nessa ideia de escolha individual. Segundo as autoras, quando esses direitos são tratados apenas como “liberdades privadas” ou “decisões pessoais”, corre-se o risco de desconsiderar as profundas desigualdades sociais que condicionam a possibilidade concreta de exercê-los. Para mulheres e grupos socialmente marginalizados – realidade que se aproxima das desigualdades observadas no contexto amazônico –, a existência formal de direitos pouco significa quando não estão garantidas as condições materiais, institucionais e políticas que tornam tais escolhas efetivamente possíveis. Dessa forma, a discussão sobre direitos reprodutivos precisa ser articulada a um conjunto mais amplo de direitos sociais e a políticas públicas que assegurem proteção social, segurança e participação política, elementos fundamentais para enfrentar desigualdades de gênero, classe, raça e outras formas de injustiça.

Entretanto, quando observadas a partir das experiências relatadas pelas profissionais que atuam na Rede de Atendimento, essas garantias jurídicas revelam-se atravessadas por múltiplos obstáculos. A possibilidade concreta de exercício desses direitos está sempre em negociação.

Ao refletir sobre o funcionamento do atendimento no instituto em que está vinculada, Rigoberta descreve como o acompanhamento realizado pela equipe encontra limites estruturais ao se inserir na lógica mais ampla da rede de serviços:

Heloísa: [...] Como é que fica a continuidade do serviço? Você em algum momento me fala: “olha, o *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]* ele não interfere nas decisões de abrigo, de outras questões.” Mas como fica a continuidade? Até mesmo, como é a operacionalização do serviço do *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]* pra eu entender até onde vocês vão? Rigoberta: A gente... Vamos falar de uma mulher que sofreu violência.

Heloísa: Isso. Uma migrante, né?

Rigoberta: A gente faz o atendimento, o referenciamento e o acompanhamento até na porta. [...] Depois disso, o sistema brasileiro... Então, é medida protetiva, mudança pra outro estado... Ela entra dentro da rede. Fluxograma, dentro da possibilidade e limitação que a rede brasileira tem, a venezuelana/haitiana/colombiana/peruana, ela entrará no mesmo processo. No mesmo processo. Qual é a nossa maior dificuldade em Manaus, hoje em dia, do *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]*? Acolhimento. A gente não tem uma rede de abrigo. A gente não tem. Não tem casas. Não tem esse abrigo específico pra esse tipo de situação. É como enxugar gelo. A impotência de, às vezes, você não conseguir abrigar uma mulher ou uma família vítima de violência. Porque não temos. Aí você fica tocando porta. Pode ir aqui, pode ir ali, pode ir ali. Ainda mais quando é migrante.... Aí vão te jogar pros abrigos migrantes que tem. [...] O sistema, ele... Não sei se é por

falta de entendimento, que eu acho que sim. Das leis. Ou por preguiça de trabalhar.

Heloísa: Essa segregação, né?

Rigoberta: É!

Heloísa: Então, não existe, assim... Uma continuidade do acompanhamento...

Rigoberta: Não... Não é possível.

Heloísa: Mas é uma questão de regimento do *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]*? Ou porque não é possível essa continuidade? Porque, teoricamente, o *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]* deveria ficar acompanhando.

Rigoberta: Deveria. Mas não é possível porque aí entra na rede. Por exemplo, se é uma pessoa, uma família, uma mulher for atendida pelo CREAS, o sistema entende que ela não precisa ser mais acompanhada, porque a rede já absolveu.

Heloísa: Mas vocês perdem realmente o contato?

Rigoberta: Não...

Heloísa: Não existe essa comunicação depois?

Rigoberta: A pessoa fica com contato se ela realmente quiser. Às vezes volta pra agradecer, pra dizer que tá tudo bem. Às vezes realmente some e do nada aparece. Ou, às vezes, bloqueia. Porque, talvez, não gostou do serviço lá dentro e decide não falar mais com a gente.

Heloísa: Porque acha que é culpa de vocês, né?

Rigoberta : É... E a gente vai respeitando como elas vão se adaptando.

Heloísa: Mas, teoricamente, deveria existir essa continuidade do acompanhamento?

Rigoberta: Deveria, deveria... Mas o sistema entende como se a gente fosse fazer uma vigilância. E a verdade não é essa. Seria mais um apoio e suporte, entendeu?

Heloísa: Sim, exatamente. A própria rede de apoio, né? Se tornar uma rede de apoio.

Rigoberta: Existe uma...

Heloísa: Uma quebra.

Rigoberta: É.

[com dados omitidos para proteção da identidade]

O relato de Rigoberta converge com dinâmicas já observadas em outros cenários analisados nesta pesquisa. Assim como apontado nos capítulos anteriores, embora o acolhimento e o encaminhamento sejam realizados, a continuidade do acompanhamento tende a se diluir à medida que o caso passa a circular por diferentes serviços da rede institucional. Ao mesmo tempo em que múltiplos serviços são acionados, nenhum deles assume plenamente a continuidade desse acompanhamento. Como descreve a entrevistada, uma vez que a mulher é atendida por equipamentos como o CREAS, o sistema passa a considerar que o caso já foi absorvido pela rede, encerrando a necessidade de seguimento por parte da instituição que realizou o primeiro atendimento. Esse funcionamento revela uma dinâmica fragmentada de gestão dos casos, na qual a circulação institucional substitui a construção de vínculos continuados de cuidado.

Ao mesmo tempo, a fala destaca lacunas estruturais da rede de proteção, especialmente no que se refere à ausência de abrigo para mulheres em situação de violência; entrando em consenso com o encontrado no painel da Rede de Atendimento da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 (BRASIL, s.d.b.). Quando Rigoberta afirma que “*não tem casas*”, aponta para uma lacuna estrutural da política de enfrentamento à violência: a inexistência de dispositivos de acolhimento suficientes para garantir proteção imediata no cenário da capital amazonense. Quando se trata de mulheres migrantes, essa situação se torna ainda mais complexa, já que os encaminhamentos frequentemente as direcionam para serviços voltados exclusivamente à população estrangeira, produzindo uma forma de segmentação do atendimento.

Essas limitações relatadas evidenciam a ausência de condições sociais e institucionais que garantam proteção, segurança e possibilidades reais de cuidado. A ausência escancarada de mecanismos efetivos de proteção (sejam eles o acompanhamento contínuo, encaminhamentos adequados e políticas que assegurem a integridade física e psicológica das mulheres), representa uma violação direta do terceiro eixo da justiça reprodutiva, que enfatiza a necessidade de um ambiente seguro e protegido para que escolhas reprodutivas possam ser efetivamente exercidas.

Se, por um lado, a rede institucional apresenta esses limites para assegurar continuidade de cuidado e proteção social, por outro, as experiências relatadas pelas profissionais também revelam como as decisões reprodutivas das mulheres estão atravessadas e indissociáveis dos contextos marcados por precarização e vulnerabilização. Ao aprofundarmos a discussão sobre as estratégias mobilizadas por mulheres migrantes diante de uma gravidez não planejada, Rigoberta relata a experiência de um grupo que acompanha em uma comunidade localizada em um bairro da Zona Norte da cidade de Manaus. Ao descrever as trajetórias dessas mulheres, evidencia-se a precarização material e fragilidade das redes institucionais:

Rigoberta: Eu tenho uma comunidade que eu atendo. Tem uns três meses que eu me afastei um pouquinho mais. Já para dar autonomia da comunidade, 23 mulheres no *[bairro da Zona Norte de Manaus]* [...]. Todas são mulheres. Elas moravam em bairros distintos, porém, são amigas de muito tempo e foram morar todas juntas. E ali é uma rede de apoio. Então, quando eu as conheci, todas estavam divorciadas. Vieram para o Brasil com os maridos, os respectivos pares. Chegaram aqui e foram abandonadas, violentadas, abusadas. Houve aborto. Houve. *[As migrantes dizem]* “Eu fiquei grávida e eu...” *[Rigoberta questiona de volta]* “Tipo assim, e aí? O que aconteceu?”

Heloísa: Qual foi o desfecho?

Rigoberta: Qual foi? Não. O olhar fala, mas a boca omite. *[A migrante diz]* “Então, eu perdi”. Teve uma que já falou assim: “Rigoberta, não teve.... Eu me olhei na situação, eu estou morando num barraco onde minha casa é feita de isopor, de isopor não, de PVC. Quando chove, chove mais dentro do que fora. Eu já tenho três crianças. Eu não podia ficar grávida. Então, aqui me

ensinaram um chá.” Aí, eu perguntei: “Mas depois? Você procurou atendimento médico? Como é que foi? Você foi na unidade mais próxima? Foi na maternidade? Ela: “Não. Só fiquei tomando chá para me limpar.” Eu digo: “Então tá. Acho que cabe bem, né? Fazer um preventivo. Você se sente segura. Você quer ir...? Não precisa contar dos detalhes que você fez. Mas eu acho importante. Você deve acompanhar, se cuidar, ver como é que tá tudo por aí.” Hoje, ela me fala que ela sente algumas dores. E ela acredita que, em decorrência disso... O marido voltou. Ele quer que ela engravide novamente. E ela não quer mais, porque ela tem medo. Então, existe um ou outro relato mais confiante, porém...

Heloísa: Verbalmente, assim, né? Explícito...

Rigoberta: O aborto ainda é muito clandestino. Muito clandestino. Então, a gente recebe comidas, alimentos da Venezuela. Hoje em dia, a gente tem uma infinidade de alimentos muito típicos da Venezuela. Como venezuelana e moradora do Brasil, nesses últimos tempos, eu arrisco dizer que algumas medicações podem sim estar chegando aqui.

Heloísa: Entendi.

Rigoberta: Entendeu? Através de terceiros, quartos e quintos pessoas, em encomendas. *[As migrantes dizem]* “Porque eu me sinto mais segura em fazer isso de forma clandestina do que dentro do processo do SUS.” Porque, querendo ou não, desculpa, o SUS ainda critica muito eternamente quando você toca na temática de aborto. Quando você fala que não quer. Aí, a primeira coisa que a gente escuta é: “Com tanto método contraceptivo, você tem acesso a infinidades básicas. Por que você decidiu?” Nossa, a gente não decidiu, né? Ou “simplesmente aconteceu.” Ou “eu quis, mas agora eu me arrependi”. Sei lá! “Tô numa pior fase. Acabei de ficar... Tô morando na rua”. Então, parece que o sistema condiciona as mulheres em vulnerabilidade a levar a gestação. Isso é muito complicado e muito grave. Porque a gente consegue ver famílias extensas com crianças em estágio totalmente vulnerável. Famílias desestruturadas. Principalmente... Estrangeiras. É muito fácil a gente olhar para as venezuelanas e dizer assim: “meu Deus, essa menina tem tanto filho.” Porque ainda não entenderam o processo [...].

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

A centralidade das redes de mulheres de apoio torna-se evidente neste momento. As mulheres que vivem juntas no território constroem entre si uma rede de solidariedade que compartilha informações, recursos e estratégias de sobrevivência. Assim, antes de chegar a qualquer instância institucional, as práticas voltadas à reprodução e à proteção da saúde circulam entre elas, seguindo os mesmos padrões de cuidado já observados em redes informais e transnacionais.

Além disso, a precarização das condições de vida aparece como elemento decisivo nas escolhas reprodutivas. A descrição da moradia improvisada, a insegurança alimentar e a responsabilidade pelo cuidado de múltiplos filhos compõem o cenário no qual a continuidade de uma gestação passa a ser percebida como inviável. A decisão de interromper a gravidez, nesse sentido, emerge menos como escolha individual isolada e mais como resposta a condições estruturais adversas.

E não menos importante, a “clandestinidade” atravessa todo esse processo. Como observa a própria entrevistada ao comentar as conversas com as mulheres, “*o olhar fala, mas a boca omite*”. O silêncio em torno do aborto inseguro persiste mesmo em contextos de confiança. O uso de chás, a ausência de acompanhamento médico e a recusa em procurar o serviço de saúde revelam o temor de julgamento e exposição, evidenciando o peso do estigma social em torno da temática.

Tal cenário tensiona achados como os de Branco (2019), que apontam as instituições hospitalares como principal porta de entrada para as meninas e mulheres após vivenciarem situações de violência sexual. No contexto aqui analisado, entretanto, o medo, o estigma e a desconfiança em relação aos serviços de saúde operam como barreiras que afastam essas mulheres do SUS, deslocando suas trajetórias para circuitos informais e, por vezes, inseguros de cuidado. Assim, a “segurança na insegurança” emerge como efeito da violência obstétrica, refletindo como a opressão institucional molda as escolhas reprodutivas em situações de vulnerabilização.

Como já foi destacado em subcapítulos anteriores, o problema persiste, mostrando que, enquanto as condições sociais, culturais e institucionais não garantirem segurança, autonomia e acesso a cuidados, a Justiça Reprodutiva permanece comprometida. Ao expor as mulheres a riscos, limitações e exclusão, o aborto inseguro evidencia que o direito de decidir sobre a própria reprodução ainda não se realiza plenamente.

Além disso, a percepção de julgamento moral no interior do sistema de saúde aparece como fator determinante para o afastamento das mulheres do SUS. Segundo Rigoberta, o questionamento sobre o uso de métodos contraceptivos e a responsabilização individual reforçam a sensação de crítica e constrangimento, produzindo desconfiança institucional.

O diálogo também aponta para a circulação transnacional de medicamentos e insumos, sugerindo a existência de fluxos informais que atravessam as fronteiras. Alimentos e, possivelmente, medicações chegam por meio de redes comunitárias, configurando circuitos paralelos de cuidado reprodutivo.

Por fim, sugere-se que a vulnerabilização social opera como condicionante das trajetórias reprodutivas. A ideia de que o sistema “condiciona” mulheres em situação precária a levar adiante a gestação evidencia a intersecção entre desigualdade social, migração e acesso desigual a direitos reprodutivos, especialmente no caso das mulheres estrangeiras.

Ainda dialogando com o relato anterior, observamos que apesar dos esforços de capacitação em saúde sexual e reprodutiva por parte do instituto que a entrevistada está

vinculada, o aborto permanece um tema silenciado e estigmatizado, mesmo em espaços formais de educação e empoderamento:

Rigoberta: Então, a gente fez um trabalho o ano passado [...] a gente conseguiu fazer uma capacitação de 15 mulheres venezuelanas sobre saúde sexual reprodutiva.

Heloísa: Que legal!

Rigoberta: Justamente para empoderar sobre esses direitos. E aí, veio dentro dessa cúpula de conhecimento. Foi uma semana de curso intenso de mulheres. E a gente começou a ouvir sobre.... Aborto não se toca no assunto.

Heloísa: Mesmo em campanhas de... sexuais e reprodutivas, não se fala de aborto.

Rigoberta: Não se fala de aborto. Algo que, assim, você aprendeu que isso não é possível, que isso é feio, que isso é pecado, que isso é castigo, que isso é imoral. Isso ainda se é mantido em qualquer sociedade, acredito eu.

Heloísa: É, infelizmente.

Rigoberta: Infelizmente. Assim como também o direito de você não querer ser mãe. Eu quero gerar uma vida. Aí você começa a receber uma chuva de críticas. Por quê? Vai morrer só? Ninguém vai te cuidar? Você não é uma mulher completa. Então, o aborto é algo que não é falado. Mesmo dentro das questões de saúde sexual e reprodutiva. Não foi mencionado.

Heloísa: Nenhuma capacitação até agora...

A narrativa reforça a ideia anteriormente discutida: o direito de decidir sobre a própria reprodução continua sendo limitado não apenas pelo acesso restrito a serviços de saúde, mas também pelo peso cultural e moral que cercam o aborto. Nesse sentido, a capacitação, apesar de promover conhecimento e empoderamento, encontra limites claros. Enquanto o aborto for tratado como tabu, a autonomia reprodutiva permanece parcial, mostrando que o exercício pleno da Justiça Reprodutiva depende também da possibilidade de discussão aberta, informação adequada e validação das escolhas individuais, elementos que vão além da provisão formal de serviços de saúde.

Avançando na narrativa, observa-se que práticas como o uso de chás e a ausência de acompanhamento médico não ocorrem isoladamente; elas se entrelaçam com as decisões sobre denunciar violência ou permanecer em relações abusivas, todas moldadas pelas condições materiais de sobrevivência das mulheres. Ao comentar situações em que elas optam por não registrar ocorrência policial contra seus parceiros, Rigoberta destaca o peso da dependência econômica e da responsabilidade pelo cuidado dos filhos:

Rigoberta: Já teve mulher que chegou na porta da delegacia e decidiu não fazer o boletim...

Heloísa: A denúncia.

Rigoberta: Decidiu não fazer a denúncia porque “ele estava com raiva. Foi um momento de raiva.”. Já entendem que a lei brasileira, ela realmente é efetivada...

Heloísa: É punitiva....

Rigoberta: É punitiva... Então aí eu me vejo num papel de que *[as migrantes falam]*: “Eu não tenho pai, eu não tenho mãe, eu vim com ele, eu tô com os meus filhos. Se ele for preso, para onde eu vou? O que eu vou fazer? Eu não trabalho. Eu fico em casa porque eu tenho 3, 4 filhos pequenos”. Você pode olhar, a grande maioria tem filhos em idade que ainda não tá na idade escolar aqui no Brasil porque não temos vaga, suficiente vaga. Então, são mulheres jovens. Então, a dependência financeira é muito grande do parceiro.

Heloísa: Muito grande, sim, com certeza.

Rigoberta: E o Brasil não oferta apoio de retorno. Se você quiser voltar para a Venezuela...

Heloísa: Não tem esse...

Rigoberta: Não tem esse apoio. Porque se entende pela lei que Venezuela é um país que está violando os direitos. Como é que eu vou te devolver? A gente não consegue extraditar ninguém. Então, não tenho como te devolver.

Heloísa: Ahh... Entendi. Então, a opção é ficar aqui.

Rigoberta: A opção é ficar.

Heloísa: Para elas, a única saída é aguentar as violências, ficar nesse ambiente né de....

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

O medo de ficar sem suporte financeiro e sem uma rede de proteção (como trabalho, renda ou apoio institucional para sustentar a família) leva muitas delas a optarem por não fazer a denúncia, mesmo diante de episódios de violência. Além disso, a saída de tal situação não é apenas uma questão de vontade. As decisões relacionadas à denúncia da violência e à permanência em relações abusivas estão profundamente articuladas às condições materiais de sobrevivência. Conforme observa Rigoberta, algumas mulheres optam por não registrar ocorrência policial contra seus parceiros devido ao peso da dependência econômica e da responsabilidade pelo cuidado dos filhos. A escolha de não denunciar não é, portanto, um ato de omissão ou fraqueza, mas uma estratégia de sobrevivência diante de um cenário em que a autonomia financeira é limitada e a ausência de alternativas institucionais se impõe.

Outro elemento importante da fala é a percepção de que o sistema de justiça e de proteção social não oferece garantias suficientes, por exemplo, a inacessibilidade de apoio para retornar ao país de origem, ou a ideia de que a lei é “punitiva”, mas não acolhedora. Para além disso, as mulheres migrantes enfrentam múltiplas formas de vulnerabilização interseccional: além de serem estrangeiras, muitas têm filhos pequenos, não possuem acesso à educação formal ou a empregos remunerados, diplomas (ensino fundamental, médio e superior) não reconhecidos/validados, e carecem de redes institucionais de apoio.

Esse cenário se torna ainda mais complexo quando considerado o contraste entre a educação em saúde sexual e reprodutiva – na qual temas como aborto permanecem silenciados – e a experiência concreta das meninas e mulheres, que percebem que a lei é punitiva e que o sistema não oferece proteção. A distância entre o que é ensinado ou abordado formalmente e o

que se vivencia na prática evidencia como as barreiras institucionais, culturais e sociais condicionam fortemente o exercício efetivo dos direitos reprodutivos.

No mais, as trajetórias das meninas e mulheres das fronteiras e migrantes analisadas revelam que as restrições reprodutivas e as injustiças que atravessam suas vidas não se limitam a uma violação de direitos pontual, mas se manifestam como processos contínuos, que atravessam o antes, durante e depois das decisões reprodutivas. Nesse sentido, a perspectiva da justiça reprodutiva (Ross, 2017) permite enfatizar que não se trata apenas de assegurar desfechos positivos (como o acesso ao aborto legal ou a métodos contraceptivos), mas de considerar os sentidos e implicações de cada etapa das escolhas reprodutivas, incluindo as condições sociais, institucionais e culturais que moldam essas decisões.

O contexto em que essas meninas/mulheres estão inseridas é profundamente biopolítico. A população migrante e fronteiriça é marcada por um posicionamento social e biológico que, em tese, deveria garantir algum privilégio na construção de direitos, mas que, na prática, se traduz em vulnerabilização estrutural. Conforme destacam Sonia Corrêa e Rosalind Petchesky (1996), os governos e organizações internacionais têm a obrigação de assegurar condições para escolhas livres e responsáveis, fornecendo não apenas informações, mas também acesso a serviços e garantias institucionais que permitam que tais escolhas sejam efetivamente exercidas. A ausência desses mecanismos evidencia que o reconhecimento formal de direitos não é suficiente quando não acompanhado de condições concretas que permitam sua realização.

O cuidado, nesse caso, extrapola a provisão formal de serviços de saúde. As trajetórias analisadas mostram que as meninas e mulheres recorrem a fluxos informais de solidariedade entre suas próprias comunidades, saberes locais e redes de apoio femininas, constituindo estratégias de resistência e adaptação frente às lacunas das instituições. Como destacam Brandão e Cabral (2021b), essas formas de cuidado não apenas contornam limitações estruturais, mas também constituem práticas de empoderamento e de proteção da autonomia reprodutiva, evidenciando que a saúde sexual e reprodutiva se constrói em múltiplos níveis, formais e informais. De forma complementar, as políticas públicas também podem ser entendidas como mecanismos de resistência, quando conseguem oferecer suporte material, vínculos duradouros e proteção social, criando ambientes seguros para que decisões reprodutivas sejam tomadas com liberdade e responsabilidade. Collins e Bilge (2021) reforçam esta perspectiva:

a justiça reprodutiva é um constructo mais amplo que a saúde reprodutiva e os direitos reprodutivos. Reconhecendo a importância dos serviços de saúde para a manutenção da boa saúde, a justiça reprodutiva considera a garantia do bem-estar físico, espiritual, político, econômico e social de mulheres e

meninas parte da saúde reprodutiva. Reconhecendo a necessidade de proteções legais, a justiça reprodutiva visa a transforar os direitos humanos formais em direitos reprodutivos substantivos. As instituições sociais, principalmente os governos, são obrigados a garantir condições sociais que promovam os direitos reprodutivos de mulheres e meninas (Collins; Bilge, 2021, p. 134).

A análise evidencia ainda uma complexa combinação de fatores que condiciona o exercício da autonomia reprodutiva: falhas do SUS em fornecer as informações e elas serem adequadas, preocupações em torno dos efeitos colaterais ou eficácia de métodos contraceptivos reversíveis, condições econômicas inseguras e aspectos culturais e religiosos que estigmatizam o aborto e privilegiam a esterilização como “menos pecaminosa” (Corrêa; Petchesky, 1996). Essa sobreposição de barreiras institucionais, culturais e econômicas reforça a necessidade de abordagens interseccionais, capazes de compreender como a vulnerabilização, o gênero, a condição migratória e a precarização material se entrelaçam para moldar os caminhos reprodutivos das meninas/mulheres.

Por fim, a justiça reprodutiva demanda ampliar a noção de direitos para além dos temas tradicionalmente vinculados à reprodução, como infecções sexualmente transmissíveis, esterilização não consentida, violência sexual, mortalidade materna ou aborto. É preciso considerar o acesso a bens e serviços de cuidado, como creches e escolas de qualidade, a garantia de ambientes seguros e a possibilidade de desenvolvimento integral das crianças (Carvalho; Elias, 2024). Nesse sentido, a análise das rotas críticas das meninas e mulheres das fronteiras e migrantes evidencia que a efetividade dos direitos reprodutivos depende tanto do reconhecimento formal quanto da existência de condições concretas de proteção, cuidado e apoio social, material e emocional, permitindo que a autonomia reprodutiva seja de fato uma escolha compatível com a dignidade humana.

5.2 Percursos de (des)cuidado: desafios, ausências e sentidos nas narrativas profissionais

Neste capítulo, buscamos compreender como tais profissionais percebem e vivenciam os desafios presentes no dia a dia dos atendimentos, considerando as condições sociais, estruturais, institucionais, simbólicas e territoriais que atravessam esse tipo de cuidado em saúde.

O enfrentamento da violência sexual não se limita ao momento do processo assistencial; ele se constrói ao longo de percursos marcados por acessos, interrupções e ausências. As dificuldades relacionadas à linguagem e às diferenças culturais - articuladas ao desconhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos - emergem como elementos centrais nesses caminhos e como um dos principais eixos analíticos deste trabalho, impactando diretamente a forma como as usuárias chegam (ou não) aos serviços, permanecem acompanhadas e se sentem compreendidas. Esses aspectos podem, inclusive, ampliar situações de vulnerabilização, principalmente no que se refere ao acesso ao aborto legal.

Os percursos de (des)cuidado também são atravessados por questões estruturais e institucionais mais amplas, como a “ausência de documentação adequada”, os deslocamentos frequentes e as limitações do SUS, que tornam esses caminhos ainda mais vulneráveis, ainda que existam políticas de proteção social fundamentais para mitigar essas vulnerabilizações. Além disso, a complexidade do sistema de saúde e a fragmentação da rede de atenção, marcada pela circulação precária de informações e pelo desconhecimento de direitos e fluxos/procedimentos, tanto pelas usuárias quanto pelas profissionais, também impactam diretamente o cotidiano de cuidado, dificultando a continuidade dos atendimentos e a efetivação dos direitos das meninas e mulheres.

5.2.1 Quando palavras se tornam obstáculos: atravessando a comunicação e a cultura no cuidado

Neste subcapítulo, a comunicação efetiva, entendida como o ponto de encontro entre linguagem, cultura e práticas de assistência, desempenha papel central nas trajetórias de meninas e mulheres em situação de violência sexual atendidas nos serviços de saúde do Amazonas. No nosso contexto amazônico, marcado por fronteiras internacionais e fluxos migratórios complexos, a diversidade linguística e cultural emerge como um fator que tanto pode facilitar quanto dificultar o acesso, a permanência e a experiência de cuidado.

Carmo e Guizardi (2018) nos lembram que a vulnerabilização não é uma condição natural ou inerente dos indivíduos, mas resulta da interação entre experiências pessoais e contextos sociais mais amplos. As dificuldades linguísticas e culturais nos serviços de saúde

podem ser analisadas como manifestações dessa vulnerabilização social, atravessada por desigualdades históricas e estruturais.

Nesse sentido, as narrativas das profissionais atuantes no SUS (e concomitantemente migrantes) ilustram tal complexidade do fenômeno estudado. O compartilhamento do idioma com as usuárias, especialmente o espanhol, facilita não apenas a comunicação instrumental (compreender sintomas, indicar tratamentos ou explicar procedimentos), mas também fortalece vínculos afetivos e confiança. Essa mediação linguística e cultural atribui a essas profissionais um lugar estratégico na produção do cuidado em saúde sexual e reprodutiva e, ao mesmo tempo, um papel diferenciado na dinâmica de funcionamento do sistema de saúde.

Durante nossas conversas, incentivamos as entrevistadas a refletir sobre o cuidado prestado a meninas e mulheres provenientes de outros países, seja diretamente por elas ou por colegas, no contexto brasileiro. Na ocasião, Hermelinda destacou um aspecto recorrente no cotidiano: as dificuldades linguísticas podem comprometer até mesmo o primeiro contato dessas pessoas com os serviços de saúde, tornando-as dependentes da mediação de profissionais bilíngues, como ela. Em suas palavras:

Hermelinda: Enfrentam *[dificuldades linguísticas no Brasil]*. Enfrentam. Enfrentam. [...] A gente já, pelo menos eu sendo estrangeira, eu sei reconhecer que esse paciente não fala português, né? Eu já falo com ele, eu falo: “Tu fala espanhol? Tu prefere que a consulta seja em espanhol?” *[paciente responde]* “Eu prefiro.” Tá bom, então a gente vai começando a fazer uma consulta em espanhol. Em questão da língua, é bastante interessante, né?
[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Se, por um lado, o idioma pode constituir um impasse inicial à rede de saúde, por outro, quando a mediação linguística se faz presente, ela passa a operar como um potente dispositivo organizador das experiências de cuidados:

Heloísa: E falando, que você falou *[anteriormente]*, que tem muita demanda de pré-natal, me conta um pouquinho mais dessas mulheres migrantes que elas vêm do pré-natal, dá pra fazer esse pré-natal completo com elas? Como é essa questão da cultura do cuidado delas, né? Esse sentido de que você enxerga a saúde da mulher, dessas mulheres que vêm pro Brasil.

Hermelinda: Aqui na minha equipe, que eu sou da equipe do centro, a gente tem muita paciente gestante do lado peruano, assim como do lado colombiano também. Ao menos eu sinto que elas se sentem um pouquinho mais confortáveis. Muitas delas, às vezes, não conseguem falar o português. Então, em questão da língua, eu consigo entender elas. Eu já sei que elas falam espanhol. Eu falo com elas em espanhol. Dá pra entender, dá pra que essa consulta seja mais confortável pra eles.

Heloísa: Você sente que elas *[mulheres migrantes]* te procuram pela demanda do próprio idioma, elas se identificam?

Hermelinda: Uhum. Isso... Bastante. Elas conseguem entender muito melhor as orientações, as recomendações, o cuidado, como que no final da gestação,

quando que elas têm que procurar pronto atendimento. Como que elas tomam um pouquinho mais de confiança em comparação da língua.
[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Em contextos de fronteiras, a presença de tais profissionais bilíngues, sejam eles de diferentes nacionalidades, emerge como um recurso institucional relevante. Isso permite uma escuta mais sensível às realidades das pacientes, reduz ruídos e favorece a adesão às orientações; ao mesmo tempo, tende a vincular as usuárias de forma mais direta àquela unidade/serviço ou ao próprio profissional, reforçando laços que podem ser importantes para o acompanhamento, mas também concentrando a confiança em um ponto específico da rede:

Tarana: Por exemplo, aqui na UPA, temos um monte de médicos de fora. Na escala de GO, temos um mexicano, um peruano, um salvadoreno, estou eu que sou venezuelana, tem colombiano, porque aqui realmente os profissionais são multiprofissionais. São muito, muito pessoal de fora.
 Heloísa: Então isso ajuda bastante, a comunicação ajuda, né?
 Tarana: Claro. Claro. [...].

Rigoberta: [...] Então, a falta de tato com o idioma, ela tem uma barreira muito grande. Ela tem um vazio, na verdade. Não é afastamento, é um vazio. O sistema é tendencioso e cria isso, né? [...] E quando a gente *[mulheres migrantes]* acha um médico que entenda nosso idioma, a gente fideliza.
[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Rigoberta: Quando numa unidade básica de saúde, numa maternidade, numa unidade de saúde familiar, é encontrado um médico que fala espanhol, a pessoa não quer mais sair de lá.

Heloísa: E você ou os outros profissionais migrantes são uma referência pela questão do idioma? Você percebe que... Você já me falou, né? “Eu sou migrante e a vida me levou a ser uma assistente social bilíngue.” *[fala da Rigoberta em outro momento resgatada pela pesquisadora]*. Me conta mais um pouco dessa relação do idioma com a sua profissão, como é que você... sente uma certa identificação, uma procura, você se tornou uma referência em relação a isso? Enfim, comenta mais um pouquinho dessas partes.

Rigoberta: É isso, né? A falta de entendimento do idioma, ela é uma ponte absurda. Muitas vezes nós, no fazer profissional, questionamos o porquê que ainda o idioma é um empecilho para os serviços públicos. Sendo que nós estamos numa região turística, nós vivenciamos um boom migratório há muito tempo e nós, cada vez que a gente tem reuniões, conferências ou qualquer tipo de trabalho, a gente ainda consegue ouvir o sistema público dizendo que o idioma é...

Heloísa: Uma barreira...

Rigoberta: Exatamente, é o maior problema de atendimento. E principalmente na saúde, que é universal, que o Brasil conseguiu abrir e estender a todo o planeta basicamente, mas o maior dificultador *[sic]* é o idioma. Então, quando a gente encontra uma pessoa que a gente consiga se entender, de fato, verbalmente... Nossa! É incrível! Porque você consegue tirar dúvidas, esclarecer, principalmente explicar o sistema de saúde que é tão complexo [...].

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Portanto, evidencia-se uma importante contradição entre os princípios e a prática. O Sistema Único de Saúde, orientado pelo princípio da universalidade, garante o direito ao acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade, conforme a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). No entanto, nos contextos de fronteiras, o desafio observado não se restringe somente ao acesso formal aos serviços, mas à garantia de condições equânimes para que esse direito seja efetivamente exercido.

Essa constatação encontra respaldo em estudos recentes sobre o acesso ao aborto previsto em lei no Brasil. Ao analisar mulheres, adolescentes e meninas que buscaram esse direito, verificou-se que muitas precisaram percorrer longas distâncias para conseguir atendimento, enfrentando recusas institucionais, ausência de serviços de referência, falta de profissionais e exigências indevidas. As barreiras atingiram especialmente mulheres em situação de vulnerabilização socioeconômica, majoritariamente de baixa renda e negras, evidenciando que a existência formal do direito não garante sua concretização de maneira equânime (Diniz; Ambrogi, 2026).

Embora o compartilhamento do idioma espanhol com profissionais de saúde hispânicos possa atenuar experiências negativas para algumas populações migrantes, esse recurso não está disponível de forma igual para todos os grupos. Populações como a haitiana enfrentam dificuldades linguísticas mais severas, que se traduzem em menor uso dos serviços de saúde. Os relatos de Rigoberta a seguir ilustram essa realidade e reforçam, mais uma vez, a importância de uma comunicação eficaz – inclusive para a navegação pelos fluxos institucionais do SUS –:

Rigoberta: [...] os haitianos não acessam tanto [os serviços de saúde]. A gente não tem médico haitiano. Os haitianos também têm baixa adesão... ao sistema de assistência social.

Heloísa: Pela questão do idioma mesmo...

Rigoberta: Pela questão do idioma.... Se você olhar, o haitiano se isolou numa bolha.

Heloísa: Sim, a comunidade haitiana... É verdade.

Rigoberta: Ela não acessa os serviços.

Heloísa: Porque o espanhol, a gente ainda tem os cubanos, ainda tem...

Rigoberta: Peruano, chileno... Na UPA [nome da unidade] é um grande ponto, que também atende muitos venezuelanos. [Bairros da Zona Norte de Manaus], daquela galerinha ali, da Zona Norte. A UPA [nome da unidade], ela tem... ela tem um médico peruano. Então, as pessoas gostam de ir muito lá, porque são bem atendidas pela questão do idioma e do acolhimento. Então, é complicado. O idioma, ele ainda consegue ser...

Heloísa: É uma barreira né?

Rigoberta: Muito grande.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo e dados omitidos para proteção da identidade]

Do mesmo modo, apesar dos esforços e do comprometimento da equipe, as limitações na comunicação dificultam o acesso aos serviços de saúde, especialmente em atendimentos sensíveis, como os relacionados ao aborto. Muitas delas acabam adiando ou deixando de procurar atendimento por não se sentirem compreendidas ou por simplesmente não terem acesso à informações claras e confiáveis sobre SSR, incluindo seus direitos:

Rigoberta: [...] eu também percebi que o Brasil, além de ter muita tecnologia, muita informação, ele desinforma a comunidade. Não se tem o hábito de ler, de procurar, sabe? A gente reivindica muitos direitos, mas a gente não utiliza, não efetiva. Então, isso me chamou muito a atenção. Então, eu descobri depois, ao longo do tempo, que minha mãe *[imigrante no Brasil nos anos 2000]* teve alguns serviços que não foram ofertados por falta de conhecimento, tanto nosso, quanto da própria rede.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Rigoberta *[em outro momento da conversa]*: Outra coisa também que as mulheres em gestação falam muito: “Por que que eu demoro tanto para fazer as ultrassonografias? Por que que o médico pede máximo quatro durante a gestação inteira? Lá na Venezuela a gente fazia diferente”. Então, essa falta de explicação ou de entendimento deixa com que a população, principalmente venezuelana, ela busque atendimentos de forma particular. Não com plano de saúde, mas esse monte de plano que tem hoje em dia, que você paga uma consulta e se atende. [...] Ou que você simplesmente não vá, não procure, e quando você chega, você já chegou na maternidade. Porque isso ainda acontece muito. Acontece.

Heloísa: Pela barreira do idioma...

Rigoberta: Pela barreira do idioma. Não se sente acolhida, não se sente entendida. Tem algumas palavras que divergem, né...?

Em alguns casos, tais questões contribuem para que decisões significativas sobre a saúde dessas meninas e mulheres, inclusive relacionadas à interrupção da gestação, sejam tomadas de forma insegura ou em contextos de “ilegalidade”. O tema do aborto é raramente abordado e explorado nas comunidades e, quando surge, a complexidade da linguagem [do palestrante *versus* do ouvinte] e as diferenças culturais dificultam o raciocínio das informações ali disponibilizadas:

Rigoberta: [...] você fala tão técnico que ele *[ribeirinho]* sai com mais dúvida do que ele entrou. Imagina como é com o estrangeiro. E elas *[mulheres migrantes]* não se sentem acolhidas. Então não há vínculo. E isso leva, aí sim, problemas com relação aos abortos. A crítica aumenta mais ainda quando a mulher não é acolhida no português. *[mulheres migrantes relatam para Rigoberta]* “Como é que eu vou falar? Porque eu vou ser criticada... O Brasil tem tanto método preventivo.”

Heloísa: Entendi. Então... Aí que aumenta mais o *[aborto]* ilegal¹¹, né?

¹¹ Ainda que a expressão “aborto clandestino/ilegal” seja recorrente no cotidiano dos serviços e nas narrativas sociais, o campo da Saúde Coletiva e da justiça reprodutiva questiona essa nomenclatura, por invisibilizar desigualdades e reforçar processos de criminalização das meninas/mulheres. O termo é mantido nesta dissertação apenas para manter fidelidade ao sentido das falas e facilitar a ligação com os diálogos apresentados.

[Rigoberta balança a cabeça em tom de afirmação...]

Rigoberta: E dentro das comunidades periféricas, existe muito *[aborto]*. Porém, na comunidade venezuelana, que está mais organizada, existe mais ainda.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Esses relatos ecoam o que a literatura sobre saúde reprodutiva já aponta: mesmo em contextos em que o aborto é legal, ele permanece frequentemente silenciado ou marcado por estigma social, limitando a circulação de informações e a discussão aberta nas comunidades e entre profissionais de saúde, o que pode levar pessoas a adiar ou evitar a busca por cuidados essenciais (Kavanaugh; Jerman; Frohwirth, 2019).

Ao longo da entrevista, Rigoberta retoma repetidamente as dificuldades em torno do tema do aborto, enfatizando pontos centrais que emergem em diferentes momentos da nossa conversa, como mostram as falas a seguir:

Rigoberta: Então, o aborto é algo que não é falado. Mesmo dentro das questões de saúde sexual e reprodutiva. Não foi mencionado. [...] O aborto legal foi feito a partir de uma violação com menores de idade. Quando o bebê tem problemas cefálicos...

Heloísa: Anencefalia...

Rigoberta: Isso... Ou algumas outras condições que o médico talvez possa sugerir o aborto. Mas fora essas condicionalidades, ninguém tocou no assunto de aborto. De como solicitar, de como acender, de como garantir a sua vida nesse processo. Não. Isso não é dito. Se você pegar uma cartilha da UNFPA¹² também não fala [...]. Não fala [...].

Rigoberta *[em outro momento da conversa]*: Essas questões de aborto não são levadas pra comunidade. Porque não é uma temática que gostam de abordar. Você sabe disso, você deve ter tido entraves. Ninguém gosta de abordar essa temática. Porque eu acho que entra viés pessoais, religioso, não sei. [...] Então, é um processo que a cultura brasileira, infelizmente, ela acaba deixando a comunidade limitada de informação. Então, é uma temática que a gente não leva. Tipo, o aborto seguro no SUS. Onde eu encontro uma cartilha dessa? Aonde eu encontro, Heloísa? Me diz. Porque eu gosto de levar [...].

[com acréscimos da pesquisadora para fins de esclarecimentos]

Rigoberta *[em outro momento da conversa]*: Quantas mulheres o Brasil deve ter recebido vítimas de violência sexual que geraram uma gravidez? E não houve a interrupção? Quantas? Nesse processo migratório... mulher, querida... passa por cada situação. Então, quantas subnotificações? E a gente fala muito em informar e orientar e educar. Educar não, passar a informação pra comunidade. Eu *[como mulher migrante]* não tenho acesso a essas informações.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

¹² UNFPA é o Fundo de População das Nações Unidas, a agência da ONU focada em saúde sexual e reprodutiva, direitos das mulheres e planejamento populacional.

Assim, os três relatos evidenciam que a linguagem pode funcionar tanto como um recurso, quando há aqueles fluentes no idioma das usuárias, quanto como um desafio, quando essa possibilidade não existe. Esse aspecto se mostra eminentemente decisivo para a forma como as meninas e mulheres chegam, permanecem e se sentem acolhidas nos serviços de saúde, influenciando diretamente o (in)acesso e a experiência de cuidado em saúde.

Ao mesmo tempo, somam-se as limitações culturais e diferentes referências sociais e de saúde que também influenciam diretamente o cenário que estamos abordando. Em alguns casos, mesmo quando existe o compartilhamento do idioma, essas diferenças podem gerar ainda mais desafios.

Ao adentrarmos no tema das dificuldades implicadas pela cultura, Hermelinda e Rigoberta direcionaram suas observações sobre diferentes grupos migrantes, com atenção especial às mulheres indígenas, as quais somam uma população contingente no território que estamos estudando:

Heloísa: A questão cultural, ela se faz presente? Você acha que existe uma diferença cultural? A gente pensando nas indígenas, nessa... Você sente que há uma dificuldade no cuidado por questões culturais? Que afetem o cuidado dessas mulheres?

Hermelinda: Pela cultura delas?

Heloísa: Isso, isso... Que o cuidado fica difícil pela questão da cultura.

Hermelinda: Sim. Principalmente mulheres indígenas, principalmente. Lá, aqui tem a SESAI, né? Então, a maioria deles, a maioria dos indígenas, dos que não tem contato com brancos, elas vêm, são trazidas para a cidade, então elas não têm, por exemplo, costume de vestir, elas andam lá sem nada, né? Então, aqui eles já tem que se vestir, aqui já tem eles que andar com algum sapato, alguma chinelo, alguma coisa. Lá, por exemplo, só fica uma equipe básica de saúde, um enfermeiro, um técnico. A maioria das vezes não tem médico lá na comunidade. Então, a maioria desses pacientes são trazidos pra aqui, pra cidade onde tem um posto de saúde, onde tem médico. E aqui eles aproveitam a fazer planificação familiar, eles aproveitam coletar um preventivo, que lá às vezes eles nunca coletaram. Às vezes elas nem sabem o que que é preventivo. Ou se elas já tem 60 anos, eles nunca fizeram um preventivo. Então, a gente precisa iniciar com tudo, com toda a informação. É isso, serve para isso... E às vezes a dificuldade da língua, que é a língua indígena, é totalmente diferente, aí a gente tem bastante dificuldade.

Heloísa: E nem sempre vocês estão acompanhadas do tradutor?

Hermelinda: Nem sempre. A maioria, nem sempre, às vezes só vem o técnico de saúde e o técnico de saúde é brasileiro e foi mandado daqui pra lá pra dar um apoio.

Rigoberta: A comunidade warao, ela não acessa o SUS. Ela acessa o SUS no estágio avançado... Mulheres indígenas, elas habitualmente não cometem aborto. Não é pensado, não é falado.

Heloísa: Culturalmente delas...

Rigoberta: Culturalmente elas não cometem aborto. E também não é muito ventarolado, nem dito aborto espontâneo. Não. Inclusive existem partos em casa. Isso é muito presente aqui em Manaus. Sim. Onde eles moram, sim.

Porque eles acreditam que dentro da maternidade existe sim violência. E eles vivenciam muito essa violência, então elas evitam. Elas não gostam de pré-natal.

Heloísa: É... Culturalmente né?

Rigoberta: Culturalmente, a gente entende porque às vezes... *[indígenas falam]* “Rigoberta, vão me dar vitaminas e eu só tenho arroz pra comer. Eu vou ficar com fome, então não faz sentido eu procurar um médico pra ele me dar ferro, ácido, vitaminas, porque eu não tenho dinheiro pra comer.” Então você fica entre em entender o sistema que te oferta e a realidade vivenciada pela pessoa, que ela também tá certa. E as mulheres não indígenas venezuelanas, elas procuram de forma muito pontual, principalmente pros filhos. A gente não vê muito a mulher venezuelana fazendo uma citologia. Primeiro que até entender que é preventivo... Gente! É uma confusão muito grande. Então, quem colhe preventivo na Venezuela é um médico, aqui é um Enfermeiro... Tem toda essa burocracia. *[indígenas falam]* “Porque que demora 4/5/6 meses? Daqui que sai o resultado, o que eu tenho já avançou, né? [...]” Então, essa disfunção social que a gente entende na Venezuela, ela não bate aqui. Então, acaba fazendo com que as mulheres não acessem *[o SUS]*.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Essa diferença cultural se soma à dificuldade de compreender o funcionamento e os fluxos do SUS, que diferem significativamente dos serviços de saúde nos países de origem das usuárias. Esses fatores contribuem para o abandono de tratamentos e a evasão de pacientes. Muitas não conseguem relacionar as exigências, procedimentos e cronogramas do sistema brasileiro à sua própria realidade social e cultural, o que impacta diretamente a adesão ao cuidado em saúde, como reforçado a seguir (Lurgain *et al.*, 2024):

Rigoberta: Então, existe o abandono de tratamento, o abandono de consultas de pré-natal para as mulheres de gestação [...] Por que que é tanto exame? Todo mundo *[migrantes]* pergunta: “Gente, por que que se faz tanto exame no Brasil? Por que que tanta vacina no Brasil?” [...] E fica um pouco chato, porque é cultural.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Sendo assim, os relatos nos mostram que o idioma, aspectos culturais e a organização do sistema de saúde não podem ser vistos apenas como meros elementos periféricos, mas sim como dimensões estruturantes que moldam a experiência de meninas e mulheres migrantes no SUS. Nessa ótica, a perspectiva de Bourdieu sobre capital cultural, conforme discutida por Alves (2008), se mostra extremamente relevante: o idioma e o conhecimento das normas, procedimentos e rotinas do Sistema Único de Saúde funcionam como uma forma de capital simbólico, conferindo vantagem a quem detém tais recursos e excluindo, ainda que de forma não intencional, aqueles que não os possuem. Assim, usar a mesma linguagem e compreender as regras não é apenas uma questão prática, isso concede uma forma de poder prático e

agenciamento social, tornando-se por fim um determinante central para incluir ou marginalizar certos grupos dentro da dinâmica de busca por serviços de saúde.

Essa mesma lógica se entrelaça com a noção de vulnerabilidade relacional apontada por Ayres *et al.* (2012), segundo a qual a vulnerabilidade não é um atributo individual, mas um resultado de processos sociais e institucionais. Nesse sentido, o nível de vulnerabilidade programática nos diz a respeito ao acesso e à acessibilidade dos serviços de saúde e assistência, ponto totalmente chave da presente discussão. A prática cotidiana dos profissionais do SUS se encontra, predominantemente – quase que de forma unânime – centrada no idioma português, como visto através dos relatos de Rigoberta. Somado a isso, a escassez desses que falam outros idiomas e possuam diferentes culturas, amplia as desigualdades de acesso, transformando dificuldades linguísticas e culturais em expressões de vulnerabilidade programática. Neste ponto, o acesso torna-se seletivo, mediado por indivíduos específicos e não pela instituição como um todo.

Os achados da revisão sistemática de Mar Díaz-Millón e Olvera-Lobo (2025), que reuniu 70 estudos entre 2012 a 2024 sobre o acesso de migrantes aos serviços de saúde, apontam a linguagem como a principal barreira ao acesso. Em consonância com os relatos das nossas entrevistas, os resultados indicam que a comunicação efetiva ultrapassa o plano técnico e opera como um dispositivo de inclusão e/ou exclusão, mesmo dentro de um sistema preconizadamente universal como o SUS e formalmente inclusivo. As autoras também destacam que isso pode resultar em diagnósticos incorretos, tratamentos inadequados, baixa adesão, riscos à segurança e menor capacidade de decisão informada, além de aumentar custos e visitas hospitalares desnecessárias.

Para Gumperz (1982), a linguagem deve ser entendida como prática social mediadora, capaz de produzir significados, vínculos e, simultaneamente, descompassos quando mal compreendida. As nossas entrevistadas evidenciam que a adesão às práticas de saúde muitas vezes depende mais da presença de profissionais específicos como elas, capazes de mediar linguística e culturalmente, do que da unidade de saúde em si. Essa mediação informal, sustentada pelo capital cultural e social de determinados agenciadores, torna o acesso seletivo e a continuidade do cuidado vulnerável, reforçando desigualdades dentro de um mesmo território e mostrando que, no SUS, o cuidado muitas vezes depende de exceções individuais e não de políticas institucionais consolidadas.

Ademais, nos cabe ressaltar que essas dificuldades de comunicação não se limitam às falantes de espanhol ou aos haitianos, previamente discutidos, mas também atingem outros

grupos migrantes, como por exemplo os sírios, para os quais o SUS apresenta barreiras significativas ainda maiores, segundo estudo de Silva, Castro e Monteiro (2021). Pensar sobre tudo isso, é pensar que não estamos estudando um grupo homogêneo que está sendo afetado. Pelo contrário, são meninas e mulheres de diferentes nacionalidades, idades, etnias, estados civis, classes sociais, formações educacionais e experiências culturais. Trazem consigo um conjunto singular de referências sociais, culturais e simbólicas, que moldam suas expectativas e percepções sobre saúde, prevenção, intervenção profissional e como as suas redes de suporte primárias se configuram.

Sendo assim, ao discutir sobre vulnerabilidade devemos considerar esses contextos culturais das usuárias, sobretudo em territórios como os nossos: amazônicos, rurais e/ou de fronteiras, onde práticas, hábitos e referências sociais diferem substancialmente da lógica do SUS. Silva, Castro e Monteiro (2021) destacam ainda que, a não compreensão da necessidade de uma perspectiva transcultural na assistência, contribui para a dificuldade de abordagem de questões de saúde reprodutiva, em consonância com as nossas entrevistas. Questões relativas ao aborto, à realização de exames preventivos e à compreensão de procedimentos complexos ilustram como diferenças culturais e linguísticas interagem com a organização do sistema, produzindo camadas adicionais de vulnerabilização.

É nesse encontro entre os códigos institucionais legitimados pelo SUS e as trajetórias socioculturais das usuárias que se manifestam as desigualdades simbólicas, nos termos de Pierre Bourdieu (Alves, 2008). Trata-se de um processo de dominação invisível, no qual determinados modos de falar, compreender e se relacionar com o sistema de saúde são impostos como universais e legítimos, enquanto outros são desqualificados ou silenciados. O sistema pressupõe um tipo de usuária que já conhece suas regras. Assim, a dificuldade de comunicação deixa de ser reconhecida como falha institucional e passa a ser atribuída às próprias usuárias, produzindo culpabilização, invisibilização de identidades e sofrimento simbólico (Lurgain *et al.*, 2024).

A perspectiva de Ayres *et al.* (2012) sobre vulnerabilidade relacional se mostra novamente pertinente: as dificuldades enfrentadas não decorrem de características individuais das meninas e mulheres, mas da articulação entre trajetórias de vida, contexto social e respostas institucionais. A rotina de serviço dentro do SUS baseada nas normas e protocolos oficiais pode colidir com essas referências pré-existentes, produzindo situações de exclusão e incompreensão.

Neste sentido, o capital cultural acumulado pelas profissionais bilíngues, capazes de mediar linguisticamente e culturalmente o atendimento, transforma-se em recurso estratégico:

elas não apenas falam a língua das usuárias, mas também compreendem códigos simbólicos, práticas culturais e expectativas sociais, permitindo a construção de vínculos de confiança que os protocolos formais do SUS sozinhos não garantem. Por outro lado, a ausência desse capital, tanto em algum profissional quanto em alguma usuária, evidencia a seletividade do acesso, reforçando desigualdades já estruturais (Müller; Lima; Ortega, 2023). No entanto, a simples compreensão linguística não é suficiente. É necessário um nível mais profundo de interação que possibilite práticas culturalmente seguras, sustentadas pela presença de profissionais capazes de dialogar com os códigos simbólicos, sociais e culturais das usuárias, para além da tradução literal.

Os depoimentos sobre questões voltadas ao aborto, a gestação e os cuidados preventivos mostram, ainda, que a falta de informação acessível e adequada amplia uma barreira crítica (soma-se as questões institucionais e pessoais discutidas anteriormente, vulnerabilizando ainda mais). Não estamos abordando aqui a competência de transmissão de informações; trata-se de assegurar que as meninas e mulheres compreendam seus direitos, possam tomar decisões informadas e se movimentar dentro do sistema - inclusive dentro dos serviços especializados - de forma segura e plena (Conceição, 2024).

Além disso, a fidelização das usuárias não ocorre necessariamente ao serviço/unidade, mas ao profissional que compartilha seu idioma e reconhece seus códigos culturais, criando um acesso personalizado e seletivo. Essa dependência de arranjos informais, sustentada pelo capital cultural e social acumulado por determinados agentes de saúde, torna evidente a insuficiência de políticas universais padronizadas: embora todos tenham direito formal ao cuidado, a experiência concreta de acesso é profundamente desigual (Marques *et al.*, 2023).

Outro ponto importante é o impacto da territorialidade e das diferenças geográficas na adesão ao cuidado. Meninas e mulheres vindas de áreas rurais, indígenas ou comunidades periféricas enfrentam dificuldades adicionais para compreender fluxos, procedimentos e exigências do SUS, que muitas vezes diferem radicalmente de suas experiências locais de saúde. Esse descompasso entre expectativas e prática institucional intensifica a vulnerabilidade relacional, gerando abandono de tratamentos, consultas pontuais e busca por alternativas privadas ou informais, que podem comprometer a saúde de forma direta (Davy *et al.*, 2016).

Dessa forma, as narrativas analisadas evidenciam que vulnerabilização, acesso/acessibilidade e cuidado em saúde no contexto amazônico são fenômenos multidimensionais, atravessados simultaneamente por idiomas, aspectos culturais, capital simbólico e social, territorialidade e mediação intercultural institucional. Para avançar em

direção a cuidados equitativos, é preciso reconhecer e intervir nessas múltiplas camadas, valorizando não apenas protocolos formais, mas também estratégias de mediação linguística e cultural que respondam às especificidades de cada grupo. A combinação dos aportes de Ayres e Bourdieu permite compreender que o cuidado de qualidade no SUS exige, simultaneamente, atenção às desigualdades estruturais, aos recursos individuais e coletivos dos profissionais e ao contexto social e cultural das usuárias.

5.2.2 Quando o cuidado ainda encontra fronteiras sociais, institucionais e de rede: (in)acessos e desafios nos serviços de saúde

Neste subcapítulo, aprofundamos a análise dos percursos de cuidado a partir das barreiras que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde na região amazônica, reforçando que os (in)acessos não se explicam por um único fator. As narrativas das profissionais reafirmam que as experiências de meninas e mulheres nas fronteiras são moldadas de maneira desigual por, ao menos, dois planos analíticos interligados.

De um lado, emergem fatores estruturais e institucionais relacionados à organização da rede, à infraestrutura (in)disponível, à oferta de profissionais, serviços especializados e aos fluxos assistenciais, atravessados por julgamentos morais e práticas discriminatórias. De outro, destacam-se fatores sociais, econômicos e migratórios, como as condições de vida nos países de origem, as trajetórias de migração, a situação documental e o acesso a políticas sociais, que modulam as possibilidades de entrada, permanência e circulação das usuárias nos serviços.

A articulação entre esses dois planos evidencia desigualdades complexas, nas quais gênero, raça, classe, território e migração se entrelaçam, produzindo experiências de cuidado marcadas por descontinuidades e vulnerabilização.

Ao abordar a organização da rede de atenção na região amazônica, Tarana, médica atuante no SUS, evidencia como a precarização da infraestrutura e a concentração de serviços especializados em poucos polos comprometem o acesso ao cuidado, inclusive em cidades consideradas de referência:

Tarana: Ainda [*cidade brasileira*] sendo polo central do Alto Solimões, porque a gente tem o município de [*cidade brasileira*], mas também têm desses que chegam aqui em [*cidade brasileira*], aqui o serviço é muito, muito deficiente. Eu classificaria esse serviço como pior do que o básico. Do básico, ele está por baixo. Aqui em [*cidade brasileira*], com toda a distância que temos, aqui não temos um tomógrafo, não tem. Não tem tomógrafo. Aqui em [*cidade brasileira*], não tem, por exemplo, em nenhuma UBS, tem especialista de GO em atendimento de consulta de alto risco. Como diz, na

consulta de alto risco. Simplesmente porque não tem. Prefeitura não contrata, Ministério da Saúde também não.

Heloísa: Não tem pré-natal de alto risco então?

Tarana: Não tem. Não tem. O pré-natal é feito nas UBS por médicos clínicos ou por enfermeiras ou enfermeiros. E não tem pré-natal de alto risco. Simplesmente, se por sorte, um médico clínico que está aí, sabe? Gosta, que quer fazer... meio que faz um alto risco, mas um alto risco que tu diga “Olha, tenho uma diabética, outra paciente assim e assado que precisa de atendimento de alto risco” aqui não existe. Não existe. Os planos do Ministério da Saúde para simplesmente atendimento de um pré-natal de risco habitual, aqui não se cumpre. Aqui não tem ninguém que faça a ultrassom morfológica do segundo trimestre, entende? Não tem, simplesmente não existe. Agora é lei que tem que solicitar cardiotoco, não tem quem faça o ecocardiograma com 28 semanas, é lei agora. Não tem quem faça. Aqui estamos famosos porque... Aqui não pesquisa toxoplasmose porque simplesmente os laboratórios não têm quem faça isso. Na verdade, até no atendimento básico, *[cidade brasileira]* está bem por baixo disso. Não cumpre com os requerimentos mínimos das normas do Ministério da Saúde. Agora imagina que isso é *[aqui]* em *[cidade brasileira]* que é a capital do município e é o polo de referência, imagina no interior... Imagina para os interiores.

Heloísa: Para os indígenas, as comunidades distantes...

Tarana: Exato, o interior do interior. É pior.

Heloísa: E as questões de métodos contraceptivos, planejamento familiar, elas conseguem na UBS? Pensando na saúde sexual e reprodutiva.

Tarana: Elas conseguem na UBS, sim conseguem. A que solicita, consegue.

Heloísa: Entendi. Então, exame de mama, mamografia, também não tem em *[cidade brasileira]*, né?

Tarana: *[cidade brasileira]* tem um mamógrafo que está aqui na UPA, que trabalha três meses e passa dois sem... porque sem manutenção, não tem e é irregular. Mas sim tem, ok? Tenho que reconhecer que tem um mamógrafo. Único, o único mamógrafo de toda *[cidade brasileira]* e sua redondeza.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de esclarecimentos e dados omitidos para proteção da identidade]

Ainda nessa perspectiva, os relatos também nos revelam que os entraves não se limitam às carências materiais ou às fragilidades organizacionais, expressando-se por meio de práticas e discursos atravessados por racismo, xenofobia e outras formas de discriminação. Esse comportamento é notório até mesmo entre os próprios pacientes de nacionalidades distintas. Tais processos operam no interior dos serviços e da rede de atenção, configurando formas de violência institucional que impactam de maneira desigual meninas e mulheres em contextos de fronteiras, indígenas e racializadas, como demonstrado a seguir:

Hermelinda: É, mais que tudo de racismo em questão indígena. Existe bastante *[xenofobia]* também. Aqui, por exemplo, esse posto de saúde está localizado em um bairro praticamente a maioria, 50% ou 40% é população peruana. Um porque tá perto do rio, que elas conseguem atravessar, ida e volta. Tem muita população peruana aqui nesse lugar, nesse bairro, onde que tá localizado o posto. Então, ele *[paciente]* me falou que tinha um senhor brasileiro, que ele tava aguardando aqui na sala de espera, e que tinham passado antes dele, tinham passado muitos outros pacientes. E ele *[paciente que aguardava atendimento]* fez o comentário e falou: “Ah, ela só tá chamando paciente

peruano... Por que que os peruanos vêm pra ser atendidos aqui no Brasil?” E o paciente que eu chamei, ele me falou: “Tem lá fora um senhor brasileiro que ele tá reclamando que a senhora só tá chamando peruano.” [Eu] falei: “Mas como assim? Eu tô chamando por ordem de chegada.” Eles já vieram, inclusive, há dois dias teve um paciente, não é mulher, um paciente homem, que me falou: “lá fora estão falando...” como eu estava atendendo, eu sou peruana, e a maioria da população que vem comigo também, porque eles se sentem mais confortáveis, é uma população peruana. *[Hermelinda fala para o paciente]* “É o que a gente faz. Ou se tem prioridade, a gente chama a prioridade.” *[Paciente responde]* “Pois é, doutora, estão falando isso lá fora.” Falei: “mas como assim?” né? A gente não faz isso normalmente, a gente não tem preferência. Eu atendo igualmente paciente peruano, paciente colombiano, paciente brasileiro... Da mesma forma. Todos da mesma forma que eles deveriam ser consultados e que eles deveriam ser escutados, ouvidos. Por que que ele falou isso? Não sei. E existe bastante.
[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

É pertinente evidenciar que, neste relato, a universalidade orienta os atendimentos realizados pela profissional, ao reconhecer o direito de acesso das pessoas migrantes e refugiadas aos serviços do SUS. Entretanto, sua prática também evidencia a necessidade de efetivar o princípio da equidade, uma vez que essas usuárias enfrentam barreiras linguísticas, institucionais e xenófobas que exigem respostas diferenciadas para que seus direitos sejam plenamente garantidos. Entretanto, em vários momentos da entrevista com Rigoberta, ela destaca que as meninas/mulheres refugiadas e migrantes frequentemente não são reconhecidas como detentoras de tais direitos, enfrentando entraves institucionais e outras manifestações de xenofobia:

Rigoberta: As mulheres se sentem invisibilizadas porque o sistema não entende que mulheres refugiadas e migrantes... São mulheres de direito. Então já chegaram na delegacia da mulher e já houve orientação de que o boletim de ocorrência para uma violência doméstica era por... pela internet. Sendo que não. Porque eu não vou falar de um furto para dar dados. Eu preciso ser atendida.

Heloísa: E nesse caso foi pelo idioma...? Pela xenofobia né.

Rigoberta: Além da xenofobia pela falta de entendimento da legislação brasileira e das leis políticas de imigração.

Heloísa: Da própria rede... A própria rede não sabe.

Rigoberta: Mas então existe essa sensibilização da rede porque a rede desconhece que essas pessoas migrantes são detentoras de direitos também? Existe uma xenofobia dentro da própria rede de serviço... Sim, existe. Muito presente.

Rigoberta *[em outro momento da conversa]*: E, sim, as mulheres hispânicas, latinas, na verdade, dentro do Brasil, que é latino, sofrem sim xenofobia constante.

Rigoberta *[em outro momento da conversa]*: E sim, as mulheres migrantes e refugiadas, dependendo do documento que elas tiverem na mão, elas sofrem violação e xenofobia, em qualquer área pública de Manaus.

Ainda se tratando de práticas discriminatórias, as profissionais relatam situações observadas no cotidiano dos serviços de saúde e narradas pelas usuárias, indicando que, em contextos de atendimento sobrecarregado e padronizado, os protocolos e rotinas inflexíveis deixam pouca margem para adaptações às necessidades específicas das migrantes. Nessas condições, meninas e mulheres enfrentam adversidades que vão desde a violência obstétrica até dificuldades para expressar demandas relacionadas à SSR e à denúncia de abusos, como evidenciam os relatos a seguir:

Hermelinda: [...] Violência sexual, violência obstétrica, tem bastante também. Tem. A maioria de violências obstétricas, por exemplo, são relatadas por pacientes que já acabaram de ganhar bebê, já passaram por trabalho de parto e eles falaram que, por exemplo, lá as enfermeiras ou as técnicas de enfermagem não compreendiam ela ou gritavam “porque que ela não tava fazendo força direito” ou que ela não ajudava durante o trabalho do parto. Aconteceu já várias vezes.

Rigoberta: [...] Então, o médico tem uma carga horária para cumprir, tem um determinado quantitativo. Então, eles reclamam muito também que o médico brasileiro não toca. Não existe aquele... humanização no atendimento. Então, é... É automatizado. Então, a gente sempre tenta explicar.

Para além das limitações estruturais, os relatos anteriores apontam entraves de ordem moral e institucional que impactam diretamente o acesso a cuidados sensíveis, como no caso do aborto legal. Entre esses entraves, destaca-se a influência de normas sociais, tabus e crenças profundamente enraizadas, que podem gerar receios e silenciamentos, mesmo quando a legislação ampara o direito ao procedimento. A objeção de consciência por parte de profissionais de saúde, embora reconhecida como direito, intensifica essas tensões quando não há fluxos claros de encaminhamento e garantia de atendimento, resultando em atrasos e negativas veladas (BRASIL, 1988).

O excerto a seguir evidencia como esses tabus e barreiras culturais se manifestam no cotidiano:

Rigoberta: [...] Essas questões sobre o aborto, elas não são, mesmo tendo o idioma...

Heloísa: Não consegue extrair delas essa...

Rigoberta: Não, por quê? Primeiro, nós carregamos um tabu muito grande. Que o incorreto... Não é correto abortar. Não é correto ter o desejo de não engravidar. Não é o correto você...

Heloísa: Denunciar...

Rigoberta: Denunciar o abuso, denunciar uma violência.

Em um segundo plano analítico, relacionado aos fatores sociais, econômicos e migratórios, as vivências das entrevistadas permitem constatar que as condições de vida nos países de origem das usuárias, somadas às suas trajetórias de migração, influenciam de forma

significativa a necessidade de adentrar e navegar nos serviços de saúde gratuitos ofertados pelo SUS. Isso revela, ainda, como desigualdades econômicas e sociais hierarquizam o acesso a esses serviços:

Heloísa: E falando um pouquinho dessas mulheres que você disse que traz a contribuição de trazer atendimento para mulheres peruanas, mulheres colombianas... Como é essa questão de atendimento com elas? Elas vêm pela demanda de... Por que elas procuram serviço? O que você sente dentro do seu campo de trabalho?

Hermelinda: Eu, sendo peruana, sei que a saúde lá do lado peruano não é muito boa. Eu sei que, por mais que o SUS tenha algumas dificuldades, como toda saúde de qualquer país. A comparação, por exemplo, da saúde peruana é muito precária lá. Então, lá do lado de [*cidade peruana*], que é o lado peruano, tem bastantes.... faltas, né? Por exemplo, eles não têm laboratório, eles não contam com o laboratório. [...] E as dificuldades econômicas também, é uma população realmente pobre. Então, a maioria de pacientes, por exemplo, que procura do lado peruano, que eles vêm aqui, eles procuram atendimento médico, especialmente pra fazer laboratórios, exames de laboratórios. Fazer um acompanhamento... [...] Em questões de medicações é igual. Aqui o SUS, por mais que também seja precário, mas à comparação de lá, o SUS é maravilhoso... À comparação de lá. Então, eles vêm... Se eles têm um cartão SUS, eles são atendidos. Eles podem pegar medicações.. Eles são atendidos aqui também no posto. Então, eu acho que isso aí ajuda bastante. Em comparação, por exemplo, também com a saúde dos colombianos, eles também procuram bastante unidade básica de saúde. Eles inclusive estão mais perto que os peruanos, porque os peruanos ainda tem que cruzar o rio. Então, tem bastante população... Mulher que eles procuram para o atendimento de fazer citopatológico ou coleta de preventivo, tem muito. Tem muito paciente com coleta de preventivo lá, aqui.

[com dados omitidos para proteção da identidade]

Tarana: O público peruano é bem pobre, população é bem pobre. O serviço de saúde do lado do Peru é muito ruim, muito, mas muito. Os piores casos, as piores condições de pacientes sempre são peruanos. Na Colômbia é um pouco melhor. Sempre é uma população um pouco mais... Ainda sendo pobre, o nível é um pouco maior. Igual são indígenas e tem um pouco mais de nível. E a saúde do lado da Colômbia, aqui em [*cidade colombiana*], tem acesso a saúde, só que a Colômbia eles classificam por extrato. Qual é o extrato mais baixo, têm acesso liberado. Depois se já têm outro extrato, já tem que pagar alguma coisa e assim... Então, muitas vezes chegam aqui, porque aqui o atendimento é de graça, não tem que pagar nada. E em Colômbia tem que pagar, entende? Às vezes é uma bobagem, mas tem que pagar.

[com dados omitidos para proteção da identidade]

Além das dificuldades econômicas e das trajetórias migratórias vistas, a situação documental das estrangeiras, incluindo histórico de acompanhamento em saúde, também se revela como um fator social que gera medo e insegurança. Nos relatos, observa-se que a ausência desses registros pode ser utilizada, de forma tácita, por profissionais de saúde como mecanismo de pressão, produzindo culpa, terror psicológico e contribuindo para a

vulnerabilização das meninas e mulheres migrantes, interferindo diretamente na efetivação de seus direitos à saúde:

Rigoberta: Até porque corre um mito dentro das comunidades, Heloísa, que as mulheres que não fazem pré-natal, o médico não atende com satisfação.

Heloísa: Hmmm... Entendi. Porque aí vem a questão da culpabilização, né?

[Rigoberta balança a cabeça em tom de afirmação...]

Rigoberta: Então, se eu chegasse sem nenhum papel da maternidade, então...

[uma pausa na fala antes de continuar]. Aí, outra coisa que está acontecendo com as mulheres venezuelanas também, não sei nem se isso cabe, mas é bom citar. Se a documentação do pai ou da mãe estiver vencida, tem que sair da maternidade com a certidão de nascimento, é meio que feito um terror psicológico. Porque vão tomar teu filho e não vai poder ter vacina, porque não aceita a documentação vencida nem do pai nem da mãe.

Heloísa: Então, o bebê sai sem registro, sai sem a certidão?

Rigoberta: Muitas vezes, sim. E depois de 4, 5 meses... É que eles conseguem.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Rigoberta *[em outro momento da conversa]*: E a mesma coisa acontece com a maternidade, quando você comprova que não tem um pré-natal. *[Os funcionários da maternidade questionam à migrante]* “Chegou de viagem quando, menina? Chegou agora? Mas seu documento é documento que tá vencido há três meses, não chegou agora não. Por que que tu não fez pré-natal? Não. Não vai ser atendido, não, o médico não vai querer fazer teu parto. Tem comprovante de endereço? Ah, então não é essa maternidade aqui, não. Tem que parir lá pra onde tu tava morando.”

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Ademais das questões documentais, de infraestrutura e acessibilidade nos países de origem, os excertos revelam que a migração dessas meninas/mulheres é igualmente motivada pelo potencial do SUS e de políticas sociais, como o Programa Bolsa Família (PBF). Instituído como programa integrante da política pública de assistência social voltada à redução da pobreza, o PBF se organiza de forma descentralizada no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e tem como base a transferência de renda condicionada, articulada ao acesso a direitos nas áreas de saúde e educação (Custódio; Moreira, 2019).

Embora concebido normativamente como instrumento de proteção social e promoção de dignidade, sua efetivação depende do funcionamento dos serviços, do acesso à informação e da mediação institucional nos territórios (Custódio; Moreira, 2019). Ainda assim, tais políticas são percebidas pelas migrantes como promotoras de experiências de cuidado e planejamento reprodutivo mais dignas.

Ao ser questionada sobre a principal motivação das usuárias para procurar os serviços no Brasil, Tarana ratifica:

Heloísa: Então a principal procura pelo SUS é porque é gratuito?

Tarana: É porque é gratuito. Pelo menos os colombianos, ok? Já os peruanos é porque simplesmente lá não tem nada.

O acesso a serviços de saúde gratuitos e ao apoio social permite que essas mulheres possam cuidar de si mesmas e de seus filhos, tomar decisões sobre sua reprodução e organizar suas vidas reprodutivas com maior autonomia e dignidade, mesmo em contextos de vulnerabilização econômica e social. Nesse sentido, o SUS e as políticas de transferência de renda configuram-se como elementos fortalecedores das condições materiais e assim ampliam oportunidades de justiça reprodutiva, oferecendo condições concretas para escolhas reprodutivas mais seguras e menos restritivas (Couto; Saiani; Kuwahara, 2022):

Hermelinda: Elas conseguem [*o Bolsa Família*], só que aí tem que ter um processo de documentação, né? Elas precisam também pegar uma identidade brasileira, fazer toda uma documentação. Estar como um estrangeiro legal aqui no Brasil, né? Com identidade de estrangeiro residente no Brasil. Senão, eles não conseguem nenhuma bolsa. [...] Tem bastante casos de migrantes ilegais.

Heloísa: E o que você, como médica, enxerga de serem as principais causas dessa migração ilegal?

Hermelinda: Principalmente, por exemplo, oportunidade de trabalho aqui no Brasil. Atendimento da saúde, à comparação de lá do Peru... Educação para os filhos também, a questão econômica, a questão de morar só no Brasil e se tiver uma renda baixa, pegar uma Bolsa Família.

Heloísa: Isso tudo motiva elas a migrarem...

[*Hermelinda balança a cabeça em tom de afirmação...*]

[*com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo*]

Tarana: E muitas procuram o SUS aqui para ter seus filhos porque aqui, sabe que tem essa coisa automática de que se o filho nasceu no Brasil, imediatamente ganha uma bolsa. [...] É.. Os programas de ajuda. Então, independentemente se os pais são brasileiros ou são peruanos ou estão ilegalmente aqui no país morando, não importa, eles ganham. Então, muitas também têm esse outro por trás. Claro, ninguém fala disso, né? A gente sabe que...

Heloísa: Que é um dos motivos, né?

Tarana: Exato, um dos motivos para vir para cá.

As narrativas aqui analisadas reforçam que o acolhimento em saúde é condicionado por um arranjo institucional e social historicamente construído, que articula a estrutura organizacional do sistema, a localização territorial e os marcadores sociais das usuárias para produzir barreiras concretas. Diferentemente do que foi discutido no subcapítulo 5.2.1, em que se abordou a experiência subjetiva do cuidado e as interações individuais com profissionais de saúde, aqui observamos como a estrutura organizacional do sistema, a localização territorial e os marcadores sociais das usuárias se articulam para produzir barreiras concretas. Esse deslocamento do plano individual para o plano estrutural permite compreender que o cuidado não é apenas experienciado, mas também institucionalmente condicionado, sendo moldado por normas, protocolos e decisões que reproduzem desigualdades históricas.

Essa estrutura organizacional do sistema está formalmente embasada nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização, visando articular os serviços públicos em redes que superem os limites municipais, coordenam responsabilidades e usem melhor os recursos disponíveis (BRASIL, 2011; Santos; Campos, 2015). No entanto, estudos mostram que a implementação da política de regionalização enfrenta desafios significativos, como a fragmentação institucional, desigualdades regionais, limitações na governança e dificuldades na coordenação intermunicipal, o que compromete a concretização de uma rede de serviços integrada e equitativa (Aleluia; Medina; Vilasbôas, 2021; Mello; Demarzo; Viana, 2017).

A literatura também evidencia que, apesar da necessidade de formação de regiões de saúde capazes de atender à maioria das necessidades locais, esses arranjos ainda lutam contra a cultura burocrática, a falta de planejamento efetivo e as disparidades entre territórios, resultando em serviços que nem sempre atendem adequadamente populações marginalizadas ou geograficamente distantes dos grandes centros, como é o caso do nosso contexto (Ribeiro, 2015; Spedo; Pinto; Tanaka, 2010).

A hierarquização dos serviços de saúde assume contornos particulares nos territórios de fronteiras amazônicas. Longe de operar apenas como uma estratégia técnica de ordenamento dos níveis de atenção, essa hierarquização se materializa nas problemáticas aqui já descritas. As narrativas das profissionais evidenciam que essa organização da rede não apenas hierarquiza serviços e territórios, mas também incide sobre as próprias usuárias, à medida que diferenças nacionais, econômicas e documentais passam a operar como marcadores implícitos de prioridade, legitimidade e merecimento do cuidado (Nogueira; Silva, 2009; Paim, 2010; Paim *et al.*, 2011; Santos; Campos, 2015).

Assim, a comparação recorrente entre os sistemas de saúde do Brasil, do Peru e da Colômbia não se reduz a uma constatação das desigualdades estruturais entre países, mas revela um processo no qual o cuidado é simbolicamente valorado, e as necessidades das meninas e mulheres migrantes são frequentemente percebidas a partir de posições subalternizadas na rede. Essa hierarquização, produzida no entrelaçamento entre organização institucional, território e desigualdades sociais, contribui para a reprodução de formas sutis, porém persistentes, de violência institucional (Nogueira; Silva, 2009; Paim, 2010; Paim *et al.*, 2011; Santos; Campos, 2015).

Merhy (2002) ao discutir o “trabalho vivo” nos serviços de saúde, evidencia que o cuidado concretamente prestado depende de decisões e improvisos de profissionais, que muitas vezes precisam conciliar fluxos padronizados com trajetórias sociais, culturais e territoriais das

usuárias. Nesse cenário, condições de pobreza, aliadas à situação documental das usuárias e a precarização da infraestrutura – tanto no SUS quanto nos países de origem – aumentam a dependência de redes familiares, comunitárias ou de transporte, gerando situações de vulnerabilização, estresse e insegurança. Esses fatores contribuem para a persistência de formas de violência institucional, muitas vezes sutis, mas profundamente estruturantes.

No contexto amazônico, a própria configuração territorial atua como mediadora das desigualdades, ao mesmo tempo em que reforça desafios estruturais históricos. Municípios menores, periféricos e/ou fronteiriços dependem dos polos de referência localizados em cidades maiores para acesso a serviços especializados e tecnologias de média e alta complexidade, como exames laboratoriais, ultrassonografias ou atendimento obstétrico de risco. Essa dependência aumenta deslocamentos, tempo de espera e custos para as usuárias, mas também evidencia a desconexão entre normas padronizadas do SUS e as realidades locais, tornando os fluxos institucionais muitas vezes inadaptáveis ao contexto amazônico (Garnelo *et al.*, 2018).

Essa lacuna entre organização institucional e território não apenas intensifica desigualdades históricas, mas também impõe barreiras sociais e econômicas adicionais, sobretudo para meninas e mulheres em situação de vulnerabilização migratória, econômica ou social. Assim, o cuidado se organiza de maneira desigual, atravessado por marcadores sociais como raça, etnia, classe e território, reforçando a necessidade de políticas de saúde sensíveis ao contexto, capazes de integrar conhecimento local e práticas institucionais (Garnelo *et al.*, 2018).

A perspectiva de Paim (2010) permite compreender que essas desigualdades não decorrem apenas de limitações estruturais, mas da interdependência entre políticas de saúde, serviços e sociedade. As decisões institucionais sobre prioridades de atendimento, organização de fluxos e oferta de tecnologias refletem escolhas políticas que reproduzem ou reduzem desigualdades. Em outras palavras, as barreiras enfrentadas pelas meninas e mulheres em contextos de fronteiras são efeitos do funcionamento do próprio sistema de saúde enquanto campo social, no qual desigualdades de classe, gênero e etnia se reproduzem através de regras, protocolos e práticas cotidianas.

Contudo, esses efeitos não incidem de forma homogênea sobre todas as usuárias. As desigualdades observadas nos percursos de cuidado em contextos de fronteiras também podem ser compreendidas a partir de uma perspectiva interseccional (Crenshaw, 1989; Collins, 2000), que evidencia como gênero, raça/etnia, classe social, condição migratória e território não atuam de forma isolada, mas se entrelaçam, produzindo posições sociais distintas que modulam o acesso, a permanência e a experiência nos serviços de saúde. Assim, não se trata de hierarquizar

sofrimentos, mas de reconhecer que diferentes combinações desses marcadores sociais conformam obstáculos específicos ao cuidado.

Assim, uma menina indígena migrante pode enfrentar simultaneamente discriminação étnica, xenofobia, dificuldades de deslocamento e precarização documental, enquanto uma mulher brasileira de classe média urbana vivencia outras formas de limitação e/ou opressões, relacionadas, por exemplo, à organização dos serviços, à qualidade da assistência ou às normas institucionais. Os relatos analisados nos indicam que essas intersecções reproduzem experiências diferenciadas de violência institucional e descontinuidade do serviço, reafirmando que políticas de saúde universais precisam ser reinterpretadas à luz dos contextos sociais, culturais e territoriais para se tornarem efetivamente inclusivas (Crenshaw, 1989; Collins, 2000).

A literatura de Nussbaum (2000) e Sen (1999) sobre capacidades humanas engloba essa análise, ao destacar que o cuidado efetivo deve ser avaliado não apenas pelo acesso formal a serviços, mas pela realização concreta de capacidades essenciais, como autonomia reprodutiva, segurança frente à violência e participação plena na vida social. Couto, Saiani e Kuwahara enfatizam a centralidade de compreender as mulheres como agentes de suas próprias trajetórias, ao afirmarem que:

Assim, considerar a mulher como um agente e como detentora de sua própria vida, livre para escolher o que é melhor para si, dentro do conjunto de capacidades e oportunidades reais para o seu desenvolvimento, deve ser o objetivo de políticas voltadas, direta ou indiretamente, para a igualdade entre os gêneros. (Couto; Saiani; Kuwahara, p. 231, 2022).

Nesse sentido, programas como o SUS e o Bolsa Família podem funcionar como instrumentos de expansão de capacidades, mas seu impacto é limitado e mediado por fatores como discriminação institucional, barreiras documentais, precarização da infraestrutura e desafios territoriais, especialmente em contextos fronteiriços. Assim, a análise interseccional combinada com a perspectiva de capacidades permite compreender que o cuidado só é efetivo quando assegura que todas as usuárias tenham condições reais de exercer seus direitos e realizar suas capacidades fundamentais (Nussbaum 2000; Sen, 1999).

O estudo de Madeiro e Diniz (2016) sobre serviços de aborto legal no Brasil também corrobora essa perspectiva, evidenciando que, mesmo diante de direitos formalmente assegurados, práticas institucionais e morais condicionalizam o acesso efetivo. Conforme apontam as autoras (p. 564), “seja pelo estigma de serem conhecidos como “aborteiros”, pelo medo de serem processados ou ainda por objeção de consciência moral ou religiosa, o fato é que muitos médicos se recusam a realizar o aborto.” Essas motivações somadas à exigência de

comprovação rigorosa de estupro ou a interpretação moralista das normas acabam por produzir atrasos, negativas veladas e silenciamentos, transformando um direito legal em uma experiência marcada pela insegurança e descontinuidade do cuidado.

As trajetórias assistenciais estão nos revelando que, mesmo quando meninas e mulheres conseguem entrar no sistema, persistem desafios relacionados à comunicação e à articulação entre os diferentes pontos da rede, abrindo espaço para lacunas que impactam diretamente a efetivação de direitos e a concretização do cuidado. Dessa forma, políticas e serviços de saúde precisam ir além da universalidade formal e incorporar a equidade como princípio orientador das práticas de cuidado, assegurando respostas compatíveis com as diferentes necessidades das usuárias.

5.2.3 Quando o percurso se interrompe: (des)articulação da rede e (des)encontros de informação

Se, nos subcapítulos anteriores, evidenciamos como as dificuldades linguísticas, culturais e institucionais atravessam o acesso e a experiência assistencial, as narrativas das profissionais também revelam que o percurso assistencial frequentemente se interrompe no interior da própria rede de atenção. Mesmo quando meninas e mulheres conseguem chegar aos serviços de saúde, a ausência de articulação entre os diferentes pontos da rede, somada à circulação precária de informações, compromete a continuidade e a integralidade do cuidado no Amazonas.

As entrevistas nos indicam que a rede de atenção às situações de violência sexual opera, muitas vezes, de forma fragmentada, sustentada por iniciativas individuais e conhecimentos localizados – quando existentes –, em vez de fluxos institucionais consolidados. A falta de informações claras, tanto entre profissionais quanto para as usuárias, emerge como um elemento central nesses percursos interrompidos, produzindo encaminhamentos incompletos, desencontros entre setores e a não efetivação de direitos previstos nas normativas do sistema de saúde. Nesse contexto, a desarticulação da rede e a desinformação não se apresentam apenas como falhas organizacionais, mas como processos que incidem diretamente sobre a vida das usuárias, ampliando vulnerabilizações e, em alguns casos, inviabilizando o acesso a cuidados fundamentais. Assim, as rotas críticas analisadas nesta pesquisa revelam, em diferentes

momentos, a configuração de “itinerários de abandono” (Lustosa, 2026), marcados pela fragmentação da rede e pela insuficiência das respostas institucionais.

Aliado a isso, Rigoberta relata que a complexidade do sistema de saúde brasileiro e a descentralização dos atendimentos também geram confusões significativas, especialmente para migrantes venezuelanas:

Rigoberta: [...] Então, quando a gente encontra uma pessoa que a gente consiga se entender, de fato, verbalmente... Nossa! É incrível! Porque você consegue tirar dúvidas, esclarecer, principalmente explicar o sistema de saúde que é tão complexo. Essa descentralização dos atendimentos fazem com que a pessoa... Vamos falar aqui dos venezuelanos principalmente, entendam que o sistema de saúde diverge muito do sistema da Venezuela. [...]

Heloísa: Então, entra em conflito, né? Do que ele já vem na sua bagagem com o país...

Rigoberta: Com o que encontra aqui...

Heloísa: Entendi.

Rigoberta: Descentralização dos serviços... SISREG, ninguém entende o SISREG.

Heloísa: Ninguém sabe o que é, né?

Rigoberta: Ninguém sabe o que é, porque que demora tanto, como é que funciona. E no dia a dia, também não vou falar mal tanto dos profissionais de saúde...

Heloísa: Não, mas a gente tá aqui pra falar a realidade do serviço.

Rigoberta: E no dia a dia nós nos automatizamos e simplesmente replicamos aquilo que a gente fica habituada a falar.

Heloísa: Sim, verdade.

Rigoberta: Então, existe o abandono de tratamento, o abandono de consultas de pré-natal para as mulheres de gestação, o abandono de tratamento para doenças crônicas como hipertensão, diabetes, tuberculose, não entendimento de tratamento de malária. “Por que que é tanto exame?” Todo mundo pergunta: “Gente, por que que se faz tanto exame no Brasil? Por que que tanta vacina no Brasil?” Então, por que que uma enfermeira... E fica um pouco chato, porque é cultural.

Heloísa: Sim [...].

Rigoberta: Então, me traz, enquanto venezuelana, uma insegurança no atendimento.

Heloísa: Entendi, entendi... Eles carregam isso também, entendi.

Rigoberta: Sim, eles carregam isso.

Heloísa: É uma estranheza, causa uma certa estranheza para eles, entendi.

Essa estranheza inicial reflete não apenas diferenças entre sistemas de saúde, mas também a falta de mecanismos claros de orientação para migrantes dentro da rede, especialmente quando considerados os contextos comunitários em que essas mulheres estão inseridas. A situação se agrava quando consideramos os atravessamentos com a violência de gênero e a violência institucional, cujas situações demandam aos canais de denúncia mais acessibilidade e sensibilidade às especificidades culturais e migratórias:

Rigoberta: [...] E esse trimestre, esse último trimestre do ano, a [nome de uma integrante de um coletivo] solicitou que o [nome do instituto que Rigoberta

está vinculada] levasse mecanismos e os canais de denúncia para as mulheres na comunidade. Inclusive para as brasileiras. Abordar as temáticas violência de gênero, violência hospitalar, violência obstétrica. Tudo que envolve a palavra violência e tiver o gênero feminino dentro de algumas comunidades em Manaus é um risco eminente pra quem tá no campo.

Heloísa: Entendi. Ela trouxe essa demanda pro *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]* de acordo com as demandas dela como ONG lá?!

Rigoberta: De acordo também as mulheres que ela atende.

Heloísa: As da comunidade, claro. As demandas da comunidade. Nossa...

Rigoberta: Algo que me chamou a atenção. Ela pediu uma oficina de masculinidades.

Heloísa: Perfeito.

Rigoberta: Ela quer trabalhar com 15 homens na comunidade porque as mulheres falaram que estão tendo, estão sentindo que estão sendo violentadas do seu direito. Aí me preocupou. Porque elas são mulheres empreendedoras e não se sentem apoiadas pelo marido. Então começam....

Heloísa: Outras configurações de violência...

Rigoberta: Exatamente. Então quando a *[nome de uma integrante de um coletivo]* trouxe essa temática a gente achou super interessante a gente levar esse tipo de temática. Então a gente percebe que não é que a Venezuela seja desinformada. Ela tá desatualizada. Porque ela tá violando os direitos humanos.

Heloísa: Sim... De inúmeras formas né.

Rigoberta: De inúmeras formas. Então ela acaba te desinformando. Quando você chega no outro país que você tem conhecimento da proteção...

Heloísa: Você se empodera disso. É meio que um estalar né...

Rigoberta: Só que aí também vem a contrapartida! As mulheres se sentem invisibilizadas porque o sistema não entende que mulheres refugiadas e migrantes...

Heloísa: ... São mulheres de direito.

Rigoberta: São mulheres de direito. Então já chegaram na delegacia da mulher e já houve orientação de que o boletim de ocorrência para uma violência doméstica era por... pela internet. Sendo que não. Porque eu não vou falar de um furto para dar dados. Eu preciso ser atendida.

Heloísa: Violência doméstica, claro. E nesse caso foi pelo idioma...? Pela xenofobia né.

Rigoberta: Além da xenofobia pela falta de entendimento da legislação brasileira e das leis políticas de imigração.

Heloísa: Da própria rede... A própria rede não sabe.

Rigoberta: O *[nome do instituto que Rigoberta está vinculada]* fez uma capacitação sobre isso. Para a rede de proteção.

[com dados omitidos para proteção da identidade]

Além desses fatores, a existência formal de protocolos e fluxos de encaminhamento não garante sua efetivação no cotidiano dos serviços, o que se traduz em descontinuidade das informações e em orientações e direcionamentos inadequados. Situação semelhante é apontada por Ruschel *et al.* (2022), em seu estudo sobre as rotas críticas na busca pelo direito ao aborto legal, no qual a desinformação e a falha na articulação entre os serviços de saúde e segurança pública contribuem para percursos que revitimizam as mulheres e intensificam o trauma da violência sofrida. Essa dinâmica é perceptível no trecho da entrevista com a Rigoberta a seguir:

Heloísa: E vocês como *[nome do instituto onde Rigoberta está vinculada]*, vocês sentem que a própria rede não conhece a rede também?

Rigoberta: Sim. Ela não se dialoga.

Heloísa: É isso que eu também estou tentando entender na minha pesquisa.

Rigoberta: Não, não conversa. Nós temos...

Heloísa: Porque envolve conselho tutelar, né? Outras questões. Muitas questões de criança, questões de polícia, como você disse.

Rigoberta: Infelizmente, os poderes públicos, manauara, vem muito de ideologias políticas e apadrinhamentos políticos. O trabalho que você inicia, você nunca vai concluir com aquela mesma pessoa. Porque as cadeiras trocam. Você capacita hoje uma equipe, amanhã troca de secretário, a equipe inteira troca, a equipe que chega.

Heloísa: A própria educação em saúde e sensibilização dos profissionais é uma barreira também.

Rigoberta: Quando a gente pede para fazer um treinamento, uma capacitação com os profissionais de saúde *[dizem]*: “a gente não pode parar de atender, porque o médico precisa atender quantitativo X de pessoas”. Então, não pode, nunca pode.

Heloísa: Nunca pode.

Rigoberta: Existe um calendário e a gente quer saber como é esse calendário, como é que a gente se adapta, se a gente pode levar para dentro da UBS.

Heloísa: As possibilidades.

Rigoberta: A gente já deu possibilidade de mitigar os riscos, mas mesmo assim, a rede se fecha. Porque nunca tem tempo. E quando vai, não vai alguém da ponta, vai alguém que tá dentro do escritório, que não tem a mínima noção do que acontece na vida real.

Heloísa: Os profissionais mesmo não...

[Rigoberta balança a cabeça em tom de negação...]

Rigoberta: Eles ficam muito limitados...

Heloísa: À agenda, à coisa deles.

Rigoberta: Ao serviço. Só serviço. Então, algo que a gente tava conversando agora há pouco e é legal também trazer. A rede, ela não se fala, mesmo tendo o sistema integrado, mesmo existindo um monte de processos.

Heloísa: Os fluxogramas, na teoria existem, mas na prática não.

Rigoberta: Ela não conversa. Ela não conversa. Não conversa. De maneira alguma!

[com acréscimos da pesquisadora para fins de esclarecimentos e dados omitidos para proteção da identidade]

Essa descontinuidade se torna ainda mais entrucada diante da elevada rotatividade de profissionais nos serviços de saúde do Amazonas, da dificuldade de participação em processos de formação e de outros fatores que fragilizam a integração entre os diferentes pontos da rede. A rotatividade, nesse sentido, é convergente com os apontamentos da literatura, mostrando-se como resultado de um conjunto de fatores que atravessam o cotidiano de trabalho na rede pública brasileira. Entre eles, estão questões relacionadas à forma como os serviços são geridos, à organização das equipes e dos processos de trabalho, às interferências político-partidárias, aos vínculos e regimes de contratação, bem como às condições e à remuneração do trabalho. Soma-se a isso elementos mais diretamente ligados às trajetórias dos próprios trabalhadores, como a dificuldade de conciliar vida pessoal e profissional, as oportunidades disponíveis no mercado,

o vínculo construído com a comunidade e os percursos de formação e atuação (Oliveira *et al.*, 2024).

Esses fatores ajudam a compreender por que a rede, mesmo existindo formalmente, encontra dificuldades para se sustentar no cotidiano dos serviços. A troca constante de profissionais e a fragilidade dos processos de formação/educação continuada acabam comprometendo a circulação de informações e a consolidação de práticas compartilhadas.

Esse cenário é consistente com os achados de Alves, Quevedo e Bellini (2021), que apontam que a sobrecarga de atribuições, a elevada rotatividade das equipes e a insuficiente formação em gestão dificultam a implementação e a continuidade de ações integradas em saúde, especialmente em contextos marcados por instabilidade política local. Então, o desconhecimento torna-se recorrente, especialmente no que diz respeito às legislações e aos direitos de populações migrantes atendidas pelo SUS:

Rigoberta: Mesmo tendo esse processo migratório há oito, nove anos, a gente ainda faz esse trabalho de orientar o sistema.

Heloísa: Então, há um certo desconhecimento das próprias leis, dos próprios direitos de migrantes dentro dos serviços de saúde, de uma maneira geral, né?

Rigoberta: O estado migratório também é algo que confunde as pessoas do sistema. O que é que compete para um refugiado? O que é que compete para um solicitante de refúgio? E o que é que compete para alguém que tem residência temporária? Então, a diferença de um para outro são alguns quesitos e parâmetros como, por exemplo, um refugiado reconhecido, com visto humanitário, ele pode fazer o processo seletivo da UFAM. Um em residência, ele entra na ampla concorrência. Pode fazer com todo mundo, tipo o ENEM. Mas existe um edital específico para refugiados, apenas. O solicitante de refúgio entra aqui, não porque ele não foi reconhecido como refugiado, ele está na condição ainda de solicitante. Então, o solicitante é aquele que renova a cada três meses. Tem gente que pega o documento e diz que aquilo é falso. Aquilo não é uma xerox, não funciona, é uma cópia. Não entende a lei, que uma é a lei, a outra é uma PL... Então, fica aquela confusão e a gente acaba violando o direito de um monte de gente.

Heloísa: E pensando nos serviços de saúde? A gente está falando da educação, né? Pensando nesses serviços de saúde, há esse desconhecimento também?

[Rigoberta balança a cabeça em tom de afirmação...]

Heloísa: De uma maneira geral, né?

Rigoberta: Algo simples e prático: Nós sabemos que existe um cartão SUS provisório, para quem não tem CPF. As UBS se negam a fazer.

Heloísa: Entendi. Então, mesmo no caso de solicitantes, refugiados, essas coisas todas dentro do serviço de saúde também é impedido, né?

Rigoberta: É, porque você só tem acesso ao cartão SUS se você tiver um CPF. E uma vez eu perguntei: “Eu sou um turista, estou no navio. Desci no centro de Manaus, passei mal... Eu não vou ser atendido porque eu não tenho CPF? Não entendi. Aonde está o cartão SUS provisório? Que quando a pessoa passa a ter um CPF, a numeração muda.” A moça da UBS me olhou... Eu falei: “Não, tô te perguntando isso em caráter de ignorância mesmo. Não sei nem por que eu falei isso. Não sei nem onde eu li.” [A moça da UBS respondeu] “Aí é porque a gente não tem muito hábito de utilizar.” Eu falei: “mas ele existe, né?” Porque senão a gente não teria um monte de haitiano com esse

CPF provisório... com esse cartão SUS provisório. Por que que você acha que precisa de um tempo para a pessoa voltar na Polícia Federal? É pra validar o CPF. Você vai e emite o CPF hoje, aí eles vão mandar você voltar daqui a 5, 10, 15 dias, porque ele precisa ser validado. Então, não entendi. Então sim, existe a falta de conhecimento e por isso a negativa de atendimento e você acaba não atendendo pessoas.

Heloísa: Migrantes né de uma maneira geral... Nossa.

Rigoberta: Uhum... É. Um problema puxa o outro...

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Como mostram as falas de Rigoberta, essas lacunas não são meras burocracias: elas têm efeitos concretos na vida das meninas e mulheres migrantes. A desarticulação entre os serviços e o desconhecimento dos direitos produz obstáculos que dificultam a continuidade da assistência, particularmente para aquelas que sofreram violência ou enfrentam doenças crônicas, perpetuando vulnerabilizações e desigualdades:

Rigoberta: Então, uma mulher que sofreu violência sexual e sabe, sabe dos mecanismos, que não precisa fazer o boletim de ocorrência, precisa do atendimento... já aconteceu do IML ligar pra uma de nós querer questionar. E a gente tem aquele velho lembrete assim: “como funciona a lei? Então, o artigo 5º da Constituição Brasileira diz que todos são iguais perante a lei em território nacional.” Até CPF. A gente sempre joga isso. “Tem [CPF]?” “Tem.” Então, ela tá dentro da lei.¹³

Heloísa: Deve ser atendida, né?

Rigoberta: *[as pessoas que ligam para Rigoberta costumam dizer]* “Ah, tá, não, porque a gente pensava que entrava algo diferente pelo fato dela não ser brasileira.” *[Rigoberta responde]* Não, amor, é igual. A única coisa que é diferente é o nome. E a nacionalidade. Só. Isso, se o nome dela for muito diferente do brasileiro, mas se for Daniela, é Daniela aqui, Daniela lá.

Heloísa: É verdade.

Rigoberta: Então, sim, ainda existe muito.

[com acréscimos da pesquisadora para fins de contextualização do diálogo]

Dessa forma, os excertos evidenciam que o caminho assistencial não depende apenas da presença de serviços, mas da integração e comunicação efetiva entre eles, da formação contínua dos profissionais e da garantia de informação adequada e adaptada para usuárias migrantes. A ausência desses elementos resulta em (des)encontros de informação que interrompem trajetórias de cuidado, aumentam a vulnerabilização das mulheres e perpetuam desigualdades estruturais.

Essa nossa constatação encontra respaldo na literatura de Soeiro *et al.* (2021), que aponta a falta de familiaridade acerca do funcionamento do Sistema Único de Saúde como um fator relevante para compreender as dificuldades encontradas, especialmente por populações

¹³ Conforme a Nota Técnica nº 0039577821 (SEI/MS), o acesso ao Sistema Único de Saúde não é condicionado à posse de CPF ou de outros documentos civis. As autoras têm ciência dessa normatividade, que orienta a análise desenvolvida neste estudo (BRASIL, 2024).

migrantes. Os resultados do estudo indicam que a chegada recente ao país, associada a condições precárias de moradia e à ausência de mecanismos institucionais de orientação, tende a produzir uma falta de familiaridade com a organização da rede de serviços, incluindo a localização das unidades de saúde, os tipos de atendimento ofertados e o reconhecimento do direito ao acesso independentemente da situação documental.

De forma consistente com essas observações, revisões da literatura apontam que a falta de conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde do país de destino constitui uma barreira frequente ao acesso e ao uso dos serviços de saúde entre migrantes (Pérez-Sánchez *et al.*, 2024). Entre os impactos relatados estão baixa adesão às ações de prevenção, uso inadequado dos serviços de maternidade, dificuldade para acesso a contraceptivos e desconhecimento sobre direitos de saúde sexual e reprodutiva.

Para Buzzerio *et al.* (p. 2, 2025):

compreender o comportamento de busca por serviços de saúde entre migrantes internacionais perpassa pelo reconhecimento de que as ações e interações desse grupo social influenciam e são influenciadas pelas experiências pregressas com atendimento em saúde e também pelo nível de conhecimento que possuem sobre o sistema de saúde do país anfitrião.

Ao analisarmos tal articulação da rede a partir do olhar da violência de gênero, observa-se que, embora os protocolos sejam instrumentos importantes para a organização dos serviços de saúde, eles “[...] não respondem a todas as questões e nem sempre representam uma alternativa para o direcionamento de situações imprevistas” (Vieira *et al.*, p. 3960, 2016). A atenção à violência sexual demanda abordagens plurais e flexíveis, capazes de lidar com as particularidades de cada caso, indo além da aplicação rígida de procedimentos padronizados. Quando os serviços não dialogam entre si e os protocolos não conseguem abarcar essas especificidades, as meninas e mulheres migrantes ficam expostas a uma vulnerabilização dupla: enfrentam barreiras institucionais e lacunas informacionais que comprometem tanto o acesso a cuidados essenciais quanto a efetivação de seus direitos (Vieira *et al.*, 2016).

A centralidade da comunicação para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos encontra respaldo em Luz Alvarez Martinez (1992) ao afirmar que as decisões não se restringem à esfera individual, mas dependem de condições concretas, como o acesso à informação e à educação sexual culturalmente relevante e na própria língua. Para a autora, a ausência desses elementos compromete a possibilidade de escolhas conscientes e saudáveis, empurrando muitas mulheres para o aborto como única alternativa possível diante da ausência de condições reais de escolha.

As narrativas analisadas neste capítulo, de maneira geral, nos revelam que, no contexto do Amazonas, a comunicação se apresenta como um dos principais pontos de ruptura do percurso assistencial, especialmente para meninas e mulheres oriundas de outros países. Nesse cenário, o que Martinez (1992) identifica como um eixo estruturante da escolha reprodutiva aparece de forma fragmentada ou inexistente. Assim, a falha comunicacional não se apresenta como um problema secundário ou meramente técnico, mas como um mecanismo que inviabiliza o exercício da autonomia reprodutiva. Ao não garantir informação compreensível, orientação contínua e mediação linguística adequada, a rede de atenção acaba por reproduzir formas de violência institucional que aprofundam vulnerabilizações e restringem o acesso a direitos, especialmente em contextos atravessados pela migração e pela violência de gênero.

Por fim, por se tratarem de experiências profundamente marcadas por trajetórias individuais e contextos sociais, as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva demandam atenção às desigualdades que afetam grupos específicos de mulheres. Mulheres negras, indígenas, jovens, pobres, lésbicas ou trans, com deficiência, profissionais do sexo, imigrantes e refugiadas enfrentam obstáculos diferenciados no acesso pleno aos serviços e aos direitos sexuais e reprodutivos. Reconhecer essas desigualdades e incorporar as opiniões e experiências desses grupos no debate amplia os referenciais analíticos e contribui para a construção de respostas mais inclusivas e plurais (UNFPA; Instituto Patrícia Galvão, 2021).

Nesse contexto, o capítulo evidencia a ausência de uma política nacional estruturada de mediação intercultural no campo da saúde, ao mesmo tempo em que aponta sua urgência, especialmente no que se refere à incorporação de conhecimentos sobre o aborto legal e à promoção de práticas éticas, humanizadas e interseccionais no atendimento às meninas e mulheres em situação de violência sexual (UNFPA; Instituto Patrícia Galvão, 2021).

Além disso, destaca-se a importância de considerar as perspectivas das profissionais que atuam diretamente no atendimento a essas mulheres como fatores de promoção de mudanças. Suas experiências permitem compreender os desafios cotidianos da implementação das políticas públicas, os limites institucionais que atravessam a produção do cuidado e as estratégias construídas no interior dos serviços para lidar com situações complexas. Incluir essas vozes no debate contribui para uma análise mais abrangente da rede de atenção e para a formulação de políticas que sejam não apenas normativas e abstratas, mas também viáveis, sensíveis e concretas às condições reais de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, principalmente dentro do território amazônico.

CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

A construção desta dissertação, atravessada por (des)encontros entre pessoas, lugares e saberes, por inquietações, tensionamentos e também por movimentos em segurança enquanto pesquisadoras, nos permitiu estruturar considerações possíveis que dialogam diretamente com a realidade do nosso contexto amazônico, com as regiões de fronteiras e não menos importante, com a saúde coletiva. Ancorada em uma pesquisa social qualitativa, esta investigação possibilitou acessar não apenas os percursos institucionais e aportes de efetividade da rede, mas também os sentidos produzidos nas experiências e práticas das profissionais.

Considerando que não se sustenta a ideia de uma fórmula pronta para um “saber-fazer” integralizado na atenção às mulheres em situação de violência de gênero, este estudo parte do reconhecimento de que é no cotidiano dessas profissionais que o cuidado pode ser efetivamente produzido. Aqui elas se configuram como protagonistas na construção, tensionamento e reinvenção da assistência, atuando entre limites institucionais, lacunas da Rede e demandas urgentes, o que permitiu apreender a complexidade do fenômeno estudado.

Durante o processo, foi possível constatar que as rotas críticas são fenômenos socialmente construídos, atravessados por relações, contradições, instituições e desigualdades. Ainda, não se configuram como trajetórias individuais, lineares ou organizadas, mas movimentos marcados por interrupções, retornos, silenciamentos e múltiplas formas de negação de direitos humanos. Ao olhar para a realidade através dos dados coletados, sejam eles do diário de campo ou das próprias conversas, foi possível identificar tanto os caminhos institucionais mobilizados na busca por cuidado quanto os pontos de ruptura que fragilizam – e, em alguns casos, inviabilizam – o acesso, a permanência e/ou a continuidade.

Nesse sentido, retomamos os objetivos do estudo para evidenciar que os repertórios temáticos construídos não apenas respondem às questões propostas, mas também revelam dimensões que as extrapolam, ao explicitar os atravessamentos estruturais, institucionais, sociais e profissionais que conformam o atendimento às meninas e mulheres em situação de violência sexual no Estado do Amazonas.

Constatamos que os deslocamentos que marcam as trajetórias das meninas e mulheres não se restringem à travessia entre países, mas se estendem entre serviços, línguas, instituições e formas de reconhecimento, configurando corpos em constante trânsito. Geralmente lidam com maternidades precoces, redes familiares instáveis, mobilidade forçada e inserções laborais

precarizadas. Isso nos permite evidenciar que o trabalho, cuidado e deslocamento se entrelaçam como dimensões indissociáveis em suas vidas. Para além disso, são aspectos que influenciam diretamente na maneira como buscam (ou deixam de buscar) o cuidado.

Ainda no que diz respeito às “vozes em travessia” deste estudo, são elas que operam cotidianamente os dispositivos de cuidado no Amazonas, estando inseridas em diferentes pontos da rede. Suas práticas se constroem em contextos marcados por escassez de recursos, instabilidade institucional e demandas complexas, não se restringindo à aplicação de protocolos fechados, mas sendo permanentemente atravessadas por negociações, interpretações, improvisações e dilemas éticos, que se articulam às histórias das meninas e mulheres atendidas. Destaca-se, ainda, que as participantes atuam como mediadoras linguísticas e culturais, especialmente no atendimento a usuárias estrangeiras e, em alguns casos, são elas as próprias migrantes. Tal achado evidencia a centralidade e benefícios dessas experiências concretas na produção do cuidado e aponta para a necessidade de seu reconhecimento e fortalecimento no âmbito dos serviços no nosso Estado.

Outro elemento relevante refere-se à dependência dos municípios do interior e/ou fronteiriços em relação à capital, o que explicita desigualdades no acesso e na organização da rede. Ainda que o Brasil tenha sido identificado como um lócus de busca por cuidado, especialmente quando comparado às condições dos países de origem das migrantes, persistem limites importantes na garantia de uma atenção contínua e equânime no interior do SUS, evidenciados, por exemplo, pela necessidade de deslocamento até a capital para acesso a determinados serviços e, em alguns casos, pela dependência do retorno ao país de origem para viabilizar o acesso ao aborto previsto em lei. Ao mesmo tempo, observam-se limites de estratégias centradas exclusivamente na autonomia individual e dificuldades do Estado em garantir políticas públicas estáveis, em um contexto em que a governança do cuidado se articula a dinâmicas transnacionais e à atuação de organismos internacionais. Assim, evidencia-se a coexistência de diferentes lógicas de cuidado no interior da rede.

Sobre às rotas críticas propriamente ditas, os achados deste estudo reafirmam que são processos dinâmicos e instáveis, marcados por deslocamentos sucessivos, tempos de espera prolongados, encaminhamentos incertos e negociações contínuas com profissionais, instituições e redes informais. Portanto, vulnerabilização e agência coexistem, evidenciando que o cuidado, especialmente em contextos fronteiriços e para populações vulneráveis (meninas/mulheres e migrantes, neste caso), se organiza como uma trama em constante reconfiguração.

A recorrência da violência sexual, especialmente contra crianças e adolescentes, também se impõe como um dado incontornável desta pesquisa. Embora existam esses fluxos institucionais relativamente definidos dentro dos campos empíricos, sua operacionalização se mostra fragmentada, com fragilidades importantes na continuidade do cuidado, em especial após o retorno das usuárias aos seus territórios. No entanto, trata-se de um problema de saúde pública persistente, que não apenas se mantém presente nos serviços, mas que também interpela continuamente diferentes atores – pesquisadores, profissionais da saúde, trabalhadores da rede de atenção, famílias e comunidades – quanto à necessidade de respostas efetivas e articuladas.

No que se refere à interrupção da gravidez, as análises demonstram que o deslocamento do cuidado para redes informais, circuitos comunitários e transnacionais não podem ser compreendidos como escolha livre, mas como resposta situada frente às limitações e barreiras impostas pelos serviços formais. Ainda que tais redes operem como estratégias alternativas de apoio e acesso, sua existência revela, sobretudo, a insuficiência do Estado em garantir o direito ao aborto legal, seguro e oportuno.

Mais do que mostrar a existência dos serviços em si, os achados indicam que a efetividade dessas rotas depende, em grande parte, da qualidade das conexões que se estabelecem entre eles. Isto nos mostra que a integralidade do cuidado não se garante apenas pela presença dos dispositivos, mas pela capacidade da rede em operar de forma articulada e contínua, mesmo sem existir um “saber-fazer” rotulado/postulado.

A atuação multiprofissional e a articulação intersetorial emergem como elementos fundamentais para a sustentação do cuidado, especialmente quando ancoradas em espaços coletivos de diálogo, como reuniões, grupos de trabalho e instâncias de discussão de casos. Tais estratégias, ao favorecerem a circulação de informações e a construção compartilhada de respostas, mostram-se caminhos possíveis para o enfrentamento da fragmentação institucional e para o fortalecimento da capacidade de resposta da rede no contexto amazônico.

No que se refere às dificuldades comunicacionais, evidenciou-se que a ausência de mediação linguística, de informações compreensíveis e de abordagens culturalmente sensíveis não se configura como um obstáculo pontual, mas como um elemento estruturante que compromete todo o percurso assistencial. Nesse sentido, a comunicação deixa de ser um aspecto acessório e passa a operar como condição fundamental para o acesso aos direitos, especialmente em contextos marcados pela migração e pela diversidade linguística.

No que diz respeito aos determinantes do acesso e da integralidade do cuidado, as análises apontam para a existência de hierarquizações entre sistemas de saúde e para a produção

de desigualdades que se expressam tanto no plano institucional quanto nas práticas cotidianas dos serviços. As fronteiras, nesse contexto, não operam apenas como limites geográficos, mas como espaços de intensificação de desigualdades, nos quais o acesso aos serviços se torna condicionado por fatores como nacionalidade, documentação, idioma e reconhecimento institucional.

Já no que tange à desarticulação da rede, observou-se que a fragmentação entre os serviços compromete a continuidade do cuidado, produzindo lacunas que recaem diretamente sobre as meninas e mulheres em situação de violência. A ausência ou insuficiência de serviços especializados, como os Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual (SAVVIS) em municípios do interior do Amazonas, evidencia a desigual distribuição de recursos e a concentração de serviços em determinados territórios, reforçando dinâmicas de exclusão e dificultando o acesso à atenção integral.

Diante desse conjunto de achados, torna-se evidente que o enfrentamento da violência sexual em contextos amazônicos e fronteiriços não pode ser compreendido a partir de respostas isoladas ou exclusivamente institucionais. Trata-se de um fenômeno multifacetado, que exige a articulação entre diferentes políticas públicas e a atuação conjunta de múltiplos atores, especialmente frente às desigualdades que estruturam os territórios. Nesse cenário, chama atenção a emergência, ainda que incipiente, de falas que relacionam os eventos climáticos (como secas e cheias dos rios) às condições de vida das populações e às dinâmicas de vulnerabilização, indicando a urgência de incorporar essa dimensão às análises e às respostas institucionais, particularmente no contexto amazônico. Assim, mais do que a existência formal de leis e serviços, o que está em jogo é a capacidade da rede em operar de forma articulada e intersetorial, de modo a garantir um cuidado contínuo, resolutivo e sensível à complexidade das trajetórias das meninas e mulheres em situação de violência.

Ao mesmo tempo, este estudo reafirma a potência das práticas construídas no cotidiano das profissionais da rede de atenção, especialmente daquelas que, também em condição de migração, atuam como mediadoras linguísticas, culturais e institucionais nos territórios de fronteiras. Longe de ocuparem um lugar secundário, essas “vozes em travessia” se constituem como agentes fundamentais na produção do cuidado, tensionando limites institucionais e criando possibilidades concretas de acesso, acolhimento e continuidade. Nesse sentido, fortalecer a rede implica não apenas ampliar serviços, mas reconhecer, valorizar e investir nessas experiências situadas, que sustentam, no cotidiano, respostas possíveis frente às lacunas do Estado. Assim, reafirma-se que o cuidado, especialmente em contextos fronteiriços, se

constrói como prática relacional, coletiva e em permanente (re)invenção, exigindo compromisso ético e político com a garantia de direitos e com a construção de respostas mais justas e equânimes, especialmente para aquelas cujas trajetórias seguem sendo atravessadas por múltiplas fronteiras.

REFERÊNCIAS

AGIER, Michel. **Borderlands: Towards an Anthropology of the Cosmopolitan Condition**. Cambridge: Polity Press, 2016. Disponível em: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2025-07/010082498.pdf.

AGUIAR, F. A. R. *et al.* FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO INTEGRATIVA. **SANARE**, Sobral, (online). v. 2, p. 57-68. jul./dez. 2020. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1476/732>. Acesso em: 17 out. 2024.

ALCANTARA, P. P. T. D. *et al.* Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, e08992023. 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024299.08992023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QrCh6D3w4hVmzBnb6DbcvKB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2024.

ALELUIA, Í. R. S.; MEDINA, M. G.; VILASBÔAS, A. L. Q. Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 20, nº 2, p. 104-120, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rgplp/article/view/83387/80555>. Acesso em: 03 jan. 2026.

ALEXANDER, K. L. Tarana Burke. Washington, DC: National Women's History Museum, 2020. Disponível em: <https://www.womenshistory.org/education-resources/biographies/tarana-burke>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ALLEYNE, G. A. O. A saúde pública internacional e global: governança e questões éticas. **Ethos Gubernamental**, 2006-2007. Disponível em: https://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/biogeografia_saude_publica/saude_publica_internacional.pdf. Acesso em: 08 mar. 2026.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). *Organizações parceiras*. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/sobre-o-acnur/acnur-no-brasil/organizacoes-parceiras>. Acesso em: 16 nov. 2025.

ALVES, C. D. L.; QUEVEDO, A. L. A.; BELLINI, M. I. B. Gestão em Saúde na visão de gestores municipais de duas regiões de saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 67-79, 2021. DOI: 10.18310/2446-4813.2020v6n3p67-79. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/2782>. Acesso em: 10 jan. 2026.

ALVES, E. R. Pierre Bourdieu: a distinção de um legado de práticas e valores culturais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 179-184, jan./abr. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/6P4kKbPHYgjJpHYtDYPfnfy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2025.

AMAZONAS. Lei nº 5.143, de 26 de março de 2020. Institui o Programa de Enfrentamento à Violência contra a Mulher no Estado do Amazonas e dá outras providências. *Governo do*

Amazonas, 2020. Disponível em: <https://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/LEI-N.-5.143-de-26-de-mar%C3%A7o-de-2020.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

_____. Secretaria de Estado do Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação – Seplancti. Anuário Estatístico do Amazonas, v. 30. Amazonas: Secretaria de Estado do Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação, 2025.

ANDRADE, C. B. *et al.* “Eu tenho que lutar, não posso deixar-me cair no chão”: mulheres migrantes e o trabalho de cuidado. **Revista Internacional de Estudios Migratorios**, v. 15, n. 2, p. 109-138. 2025. Disponível em: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/RIEM/article/view/10769/8989>. Acesso em: 27 jan. 2026.

AMORIM, N. D. D. S. UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO EM CONSEQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO -BRASIL. **Revista de Políticas Públicas**, p. 1-15, [s.d.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/politicaspUBLICAS/article/view/243357/33769>. Acesso em: 02 nov. 2024.

ANJOS, L. A. *et al.* Guerreiras Project: futebol e empoderamento de mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 1, e44154, 2018. DOI: 10.1590/1806-9584.2018v26n144154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/8shcQYnCjtZTFXmP3pbZRNng/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2026.

ANZALDÚA, Gloria. **Borderlands/La Frontera: The New Mestiza**. 1. ed. San Francisco: Aunt Lute Books, 1987.

APPROACH COMUNICAÇÃO. *O que é release?* Approach Comunicação, 18 set. 2023. Disponível em: <https://www.approach.com.br/blog/o-que-e-release/>. Acesso em: 02 mar. 2026.

ARAÚJO, M. D. F. DIFERENÇA E IGUALDADE NAS RELAÇÕES DE GÊNERO: REVISITANDO O DEBATE. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 41–52, 2005. ISSN 0103-5665. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pc/a/BVXTfbqbzJJYh7pwSkjdzpN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2024.

ARBOIT, J. **ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM SANTA MARIA – RS**. Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin. 2019. 177 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/19867>.

ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. D. M.; PAULA, C. C. D. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, ed. supl. 3, p. 321-332, 13 dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SFYnH3R8cDZJFRtbfBBxXcD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2024.

ARCHIVES OF WOMEN'S POLITICAL COMMUNICATION. Rigoberta Menchú. Ames: Iowa State University, s.d. Disponível em: <https://awpc.cattcenter.iastate.edu/directory/rigoberta-menchu/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

ARUNDA, M. O. *et al.* Climate change and sexual and reproductive health and rights research in low-income and middle-income countries: a scoping review. **BMJ Public Health**, Londres, v. 2, e001090, 2024. DOI: 10.1136/bmjph-2024-001090. Acesso em: 18 nov. 2024.

ASSIS, T. F. **ROTAS CRÍTICAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO A PARTIR DAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO E DAS MULHERES**. Orientadora: Suely Ferreira Deslandes. 224 f. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro – RJ, 2018. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/6da57bb5-787a-4a32-9cd0-2720547a1294/content>. Acesso em: 28 fev. 2026.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G. W. S.; Minayo M. C. S.; Akerman M.; Drumont Júnior M.; Carvalho Y. M. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2ª ed. 2012; p. 375-417.

BARAGATTI, D. Y. *et al.* Critical path of women in situations of intimate partner violence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3025, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2414.3025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hgqLF7mdqth3g65GdsfXXzm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2024.

_____. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.43, e34, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.34>. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50552/v43e342019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 nov. 2024.

BARBOSA, V. R. A. *et al.* Revitimização da mulher em situação de violência sexual: rota crítica e desafios na rede intersetorial. **Revista Eletrônica do Ministério Público do Estado do Piauí**, Ano 4, Edição 2, p. 265-280, jul./dez. 2024. Disponível em: <https://www.mppi.mp.br/internet/wp-content/uploads/2025/02/15-Revitimizacao-da-mulher-em-situacao-de-violencia-sexual-rota-critica-e-desafios-na-rede-intersetorial.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2026.

BARSTED, L. L. **Direitos sexuais e reprodutivos: o direito ao aborto legal e seguro**. [s.d.]. p. 140-154. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/assets/upload/anais/272.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2026.

BISOL, C. A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, 29(Supl.), p. 719–726, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/YVK8vN6zrs86PSDHPzyvnnh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BORCHERS, A. *et al.* Employment Maintenance and Intimate Partner Violence. **Workplace Health & Safety**, v. 64, n. 10, p. 469–478, out. 2016. DOI: 10.1177/2165079916644008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27194558/>. Acesso em: 27 jan. 2026.

BORIS, G. D. J. B.; CESÍDIO, M. D. H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 451–478, set. 2007. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v7n2/12.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2024.

BRAGA, M. H. N. **ASSISTÊNCIA NA LÓGICA DA (DES)PROTEÇÃO SOCIAL: desafios da rede de atendimento e enfrentamento da violência contra a mulher em Manaus**. Orientadora: Lidiany de Lima Cavalcante. 174 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2019. Disponível em: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/7495/6/Disserta%03%a7%0c3%a3o_M%0c3%a1rciaBraga_PPGSS.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos pagu**, v. 26, p. 329–376, jan./jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/B33FqnvYyTPDGwK8SxCPmhy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRANCO, J. G. D. O. **ASSISTÊNCIA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL SOB A ÓTICA DE GESTORES E TRABALHADORES**. Orientadora: Luiza Jane Eyre de Souza Vieira. 2019. 193 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 dez. 2025.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 30 dez. 2025.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 03 jan. 2026.

_____. Decreto nº 7.958, de 15 de março de 2013. Regulamenta a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a assistência às pessoas em situação de violência sexual. *Portal da Legislação do Governo Federal*, 2013a. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 14 nov. 2024.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e a recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Portal da Legislação do Governo Federal*, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 nov. 2024.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

_____. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre a assistência às pessoas em situação de violência sexual. *Portal da Legislação do Governo Federal*, 2013b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 10 nov. 2024.

_____. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, para incluir o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 mar. 2015a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm. Acesso em: 11 nov. 2024.

_____. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Código Penal para tipificar crimes relacionados à violação sexual e outros crimes contra a dignidade sexual. *Portal da Legislação do Governo Federal*, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113718.htm. Acesso em: 12 nov. 2024.

_____. Lei nº 14.188, de 26 de julho de 2021. Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. *Portal da Legislação do Governo Federal*, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114188.htm. Acesso em: 12 nov. 2024.

_____. Ministério das Mulheres. *Casa da Mulher Brasileira*. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas-1/casa-da-mulher-brasileira>. Acesso em: 11 nov. 2024. **[s.d.a]**

_____. Ministério das Mulheres. *Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180*. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/ligue180>. Acesso em: 11 nov. 2024. **[s.d.b]**

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.393, de 11 de novembro de 2016*. Institui a Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 14 nov. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2393_11_11_2016.html. Acesso em: 10 nov. 2024.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: norma técnica*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 16 nov. 2024.

_____. Ministério das Mulheres. *Programa Mulher, Viver sem Violência*. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas-1/programa-mulher-viver-sem-violencia-1>. Acesso em: 11 nov. 2024. [s.d.c]

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 288, de 25 de março de 2015*. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde das Mulheres em Situação de Violência. *Portal da Saúde*, 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0288_25_03_2015.html. Acesso em: 03 nov. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade; Coordenação de Acesso e Equidade. *Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS: orientações e diretrizes de boas práticas para acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2026.

_____. Ministério da Saúde. *Violência sexual. Saúde da Mulher – Governo Federal*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/violencia-sexual>. Acesso em: 15 nov. 2024. [s.d.d]

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011b. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 31 out. 2024.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, DF: Presidência da República, 2011c. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 14 nov. 2024.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54/DF**. Relator: Min. Marco Aurélio Mello. Julgado em 12/04/2012. Brasília: STF, 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954>. Acesso em: 30 dez. 2025.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,

v. 26, n. 7, p. 2673-2682, 2021a. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/wDjVt3n5DNQGPtZ7qHr9x7M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2024.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 25, Supl. 1, e200762, 2021b. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.

BROSEGUINI, G. B.; IGLESIAS, A. Revisão integrativa sobre redes de cuidados aos adolescentes em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4991–5002, dez. 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202512.19282018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/gFJHMvxKj6xbnFtZBmHsrBn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2026.

BRUHN, M.; LARA, L. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. **Revista Polis e Psique**, v. 6, n. 2, p. 70 – 86, jul. 2016.

Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v6n2/n6a05.pdf>. Acesso em: 31 out. 2024.

BUZZERIO, L. F. (Des)conhecimento da população internacional sobre o sistema de saúde brasileiro: experiências de profissionais e migrantes. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 26, e94260, 2025. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/rene/v26/1517-3852-rene-26-e94260.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2026.

CADIOLI, L.; PÉRCIA, M.; CARDIERI, L. A QUEM INTERESSA O ABORTO INSEGURO? **Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde**. [s.d.]. Disponível em:

<https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Resenha-A-quem-interessa-o-aborto-inseguro-pdf.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CALDAS, M. E. S. *et al.* PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES AMAZÔNIDAS RIBEIRINHAS: ROTAS DE ACESSO, INFLUÊNCIAS E INCERTEZAS. **FRAGMENTOS DE CULTURA**, Goiânia, v. 34, n. 5, p. 331-341, 2024. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/14618/7088>. Acesso em: 09 mar. 2026.

CALLOU, J. L. L. **ROTAS PERCORRIDAS POR MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DO MUNICÍPIO DE JUAZEIRO/BA**. Orientadora:

Silvia Lúcia Ferreira. 2012. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15022>. Acesso em: 28 fev. 2026.

CAMPERO, L. *et al.* Challenges in preventing unions and pregnancies among adolescents in rural and Indigenous communities ruled by customs and traditions in Mexico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 11, e00220223, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN220223>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/dBdNWM3tWYRSfcpZ4hQkNwF/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 1 mar. 2026.

CAMPOS, D. S.; SARAIVA, V. C. S. VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA INTERFACE COM AÇÕES DO CONSELHO TUTELAR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES. **Revista de Pedagogia Social da UFF**, [S. l.], v. 18, n. 1, 2024. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/pedagogiasocial/article/view/65693>. Acesso em: 06 mar. 2026.

CARGNIN, J. S. S. *et al.* Violência sexual em mulheres na Amazônia Ocidental. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 92-105, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003069>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Bfqj7cdf3HSQpW7pFNyjjSr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2024.

CARNUT, L. Pesquisa social ou pesquisa qualitativa? Uma dis(des)cu(constru)ss(ç)ão em pauta na saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 170–180, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xCr3PNHC7KPN38kNyCTYbFQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2025.

CARNEIRO, S. A mulher negra na sociedade brasileira: o papel do movimento feminista na luta anti-racista. In: MUNANGA, Kabengele, (Org.). **O negro na sociedade brasileira: resistência, participação, contribuição**. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2004. p. 286 (História do negro no Brasil).

CARVALHAES, F. F. DE; MANSANO, S. R. V. Mulheres e lutas políticas: conquistas e limites vividos na segunda metade do Século XX. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 141, 15 jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2016v13n2p141>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2016v13n2p141/31898>. Acesso em: 16 out. 2024.

CARVALHO, L. P.; ELIAS, M. L. G. R. Justiça reprodutiva nos debates sobre a esterilização de mulheres e sobre o vírus Zika. **Revista Sociedade e Estado**, [online], v. 39, n. 01, e49724, p. 1–28, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/b5LzzqFmsVbYGkvcq6smHbr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CAVALCANTE NETO, A. S.; OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. Vulnerability of Venezuelan immigrants living in Boa Vista, Roraima. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, spe., e20230074, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0074en>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reecusp/a/hsp4C3Hw7vmYLMgTmGCxmzc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2026.

CAZOLA, L. H. O. *et al.* Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 3, p. 185-190, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/1314/1/Atendimentos%20a%20brasileiros%20residentes.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2026.

CENTRO CULTURAL ANASTÁCIA. **História de uma princesa Bantu**. Disponível em: <https://ccea.org.br/institucional/>. Acesso em: 25 out. 2024.

CENTRO DE LIDERANÇA PÚBLICA – CLP. *O que é Advocacy e como usá-lo*. CLP, 16 abr. 2024. Disponível em: <https://clp.org.br/o-que-e-advocacy-e-como-fazer-sc2/>. Acesso em: 11 mar. 2026.

CHAVES, K.; BAPTISTA, T. H. C. O drama invisível das mulheres atingidas pela seca na Amazônia. *Nexo Jornal*, 14 nov. 2024. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/ponto-de-vista/2024/11/14/o-drama-invisivel-das-mulheres-atingidas-pela-seca-na-amazonia>. Acesso em: 14 nov. 2024.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n9/4021-4032/pt>. Acesso em: 27 mar. 2025.

COÊLHO, R. F. C.; ROSA, C. M. HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL E O SEU ENFRENTAMENTO PELO DIREITO PÁTRIO. **Humanidades & Inovação**, Palmas, v. 10, n. 7, p. 101–112, 9 nov. 2023. ISSN 2358-8322. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/9013>. Acesso em: 15 out. 2024.

COLLINS, P. H. Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro. p. 99–134. In: JABARDO, M. *et al.* **Feminismos Negros. Una Antología**. Madri, 2012. ISBN 13: 978-84-96453-70-8.

_____. **Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment**. 2. ed. New York: Routledge, 2000.

COLLINS, P. H. ; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONCEIÇÃO, N. L. M. **Barreiras na atenção à saúde sexual e reprodutiva enfrentada por mulheres migrantes: revisão integrativa**. Orientadora: Elen Petean Parmejiani. 2024. 60 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2024. Disponível em: <https://ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/5143/1/Barreiras%20na%20aten%c3%a7%c3%a3o%20c3%a0%20sa%c3%bade%20sexual%20e%20sa%c3%bade%20reprodutiva%20enfrentadas%20por%20mulheres%20migrantes%20revis%c3%a3o%20integrativa%20-%20Natalia%20LM%20da%20Concei%c3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2025

CONTE, C. H. ESPAÇO DE MOVIMENTO: OS DESLOCAMENTOS PENDULARES NA FRONTEIRA. **Revista Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, vol. 17, n. 1, jan.-jul., 2024.

Disponível em:

<https://periodicoscientificos.ufmt.br/territoriosefronteiras/index.php/v03n02/article/view/1309/352352667>. Acesso em: 07 fev. 2026.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

COULIBALY, I. G. S. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis e a vulnerabilidade da população do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Saúde e Sociedade - São Paulo**, v. 26, n.1, p.51–60, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017162948. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/thgg6tYJbSVB5N3gXqvZsTm/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 22 nov. 2024.

COUTO, M. C. A.; SAIANI, C. C. S.; KUWAHARA, M. Y. Contracepção e autonomia das mulheres na decisão pela gravidez: efeitos do Programa Bolsa Família. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 31, n. 1 (74), p. 229-255, jan./abr. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ecos/a/bT8GDjhj74gBpXNsgc8VLCF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2026.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, v. 1989, n. 1, p. 139–167, 1989.

CUNHA, A. G. D. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

CUSTÓDIO, A. V.; MOREIRA, R. B. R. O Programa Bolsa Família no contexto da política pública de assistência social do Brasil: medidas estratégicas para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. **Revista de Estudos Jurídicos da UNESP**, v. 23, n. 38, 2019.

Disponível em:

<https://periodicos.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/article/view/2788/2850>.

Acesso em: 05 jan. 2026.

DARUWALLA, N *et al.* Conflict, crisis, and abuse in Dharavi, Mumbai: experiences from six years at a centre for vulnerable women and children. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, e1000088, jul. 2009. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000088&type=printable>. Acesso em: 19 fev. 2026.

DAVIS, A. **As mulheres negras na construção de uma nova utopia**. 2011. Disponível em:

<https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>. Acesso em: 18 out. 2024.

_____. **A liberdade é uma luta constante**. Organização de Frank Barat. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2018.

DAVY, C. *et al.* Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 163, p. 1-9. 2016. DOI: 10.1186/s12939-016-0450-5. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-016-0450-5>. Acesso em: 29 dez. 2025.

DEPIETRO, T. A. **GESTÃO SOCIAL NA REDE DE ATENDIMENTO E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM MANAUS – AM.** Orientadora: Lucilene Ferreira de Melo. 2023. 96. f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2023. Disponível em: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/9563/8/DISS_ThamyresDepietro_PPGSS.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

DIAS, D. S. Soberania: a legitimidade do poder estatal e os novos rumos democráticos. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 48, n. 192, p. 55–66, out./dez. 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/48/192/ril_v48_n192_p55.pdf. Acesso em: 03 mar. 2026.

DÍAZ-MILLÓN, M.; OLVERA-LOBO, M. D. Systematic meta-review on migrant healthcare access: Language barriers and the role of translation. **Journal of Migration and Health**, v. 12, n. 100358, p. 1-10, 2025. Disponível em: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/106901/1-s2.0-S266662352500056X-main.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 dez. 2025.

DINIZ, D.; AMBROGI, I. O “perigo da demora” no acesso ao aborto legal no Brasil: a experiência de 111 mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**. 42:e00230925. 2026. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nwyn3LkYNnKLWZCvjHsfkNF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2026.

DINIZ, D. *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética (Impressa)**, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/M8yjbPkBpfLNKvrHJrtmBHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2024.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, São Paulo. v. 92, n. 2, p. 134–40, abr./jun. 2013. Disponível em: https://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/GP_14.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

DOLZANE, R. S.; SCHWEICKARDT, J. C. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288. Acesso em: 03 nov. 2024.

DOMINGOS, S. C. AS MÚLTIPLAS FORMAS DE OPRESSÃO E DOMINAÇÃO IMPOSTAS ÀS MULHERES NEGRAS E O DIREITO À AUTORREPRESENTAÇÃO. **Revista Debates Insubmissos**, Caruaru, v. 6, n. 23, p. 255–273, set./dez. 2024. ISSN: 2595-2803. DOI: <https://doi.org/10.32359/debin2023.v6.n23.p255-273>. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/debatesinsubmissos/article/view/256753/45813>. Acesso em: 18 out. 2024.

DUARTE, N. I. G.; MORAES, L. L.; ANDRADE, C. B. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade *online*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3337-3346, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tbw7jP4ZMYSxsLWQ9pjkk9D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2026.

DURAND, M. K. *et al.* Autonomia das mulheres frente a situações de violência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e5410413746, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13746>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/13746>. Acesso em: 09 fev. 2026.

EVANGELISTA, I. S.; MENDES, M. A. **ROTAS CRÍTICAS: ENTRE IDAS E VINDAS ATÉ A RUPTURA DO CICLO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**. In: XX REDOR (Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero). 2018. Disponível em: <https://www.sinteseeventos.com/site/redor/GT4/GT4-45-Ianara.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2026.

FERNANDES, A. C. D. R. A voz dissonante de Lélia Gonzalez e o feminismo negro no Brasil. **Amérique latine histoire et mémoire**, [s. l.], v. 42, 2021. DOI 10.4000/alhim.10346. Disponível em: <https://journals.openedition.org/alhim/10346>. Acesso em: 15 out. 2024.

FERREIRA, J. M. D. S. **A saúde mental materna no SUS: uma análise da construção de uma agenda de cuidados**. Orientadora: Munique Therense Costa de Moraes Pontes. 2024. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2024. Disponível em: <https://ri.uea.edu.br/server/api/core/bitstreams/9c05f162-e375-4554-b506-c74fc325fe3d/content>.

FIGUEIREDO, L. V. S. VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA FRONTEIRA: AS CIDADES GÊMEAS DE CORUMBÁ/PORTO QUIJARO E PONTA PORÃ/PEDRO JUAN CABALLERO. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v.12, n. 2, p. 262–278, jul./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2015v12n2p262>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2015v12n2p262/30986>. Acesso em: 25 out. 2024.

FIGUEREDO, L. O.; ZANELATTO, J. H. Trajetória de migrações no Brasil. **Acta Scientiarum. Humam and Social Sciences**, Maringá, v. 39, n. 1, p. 77–90, jan./apr. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3073/307350907009.pdf>. Acesso em: 27 out. 2024.

FILHO, M. P.; BORGES, T. P.; CANÇADO, A. C. **Migrações internas no Brasil: os professores da Universidade Federal do Tocantins**. In: XVII ENANPUR, 2017, São Paulo. Atas do XVII Encontro Nacional da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional. Tema: Desenvolvimento, crise e resistência: quais os caminhos do planejamento urbano e regional? Sessão temática 1: novas dinâmicas de estruturação urbano-regional, p. 1–16. Disponível em:

https://xviiienanpur.anpur.org.br/publicacoes/XVII.ENANPUR_Anais/ST_Sessoes_Tematicas/ST%201/ST%201.7/ST%201.7-07.pdf. Acesso em: 27 out. 2024.

FLOGIATTO, D. QUANDO ELAS MIGRAM: INTERSECCIONALIDADE EM PESQUISA COM MULHERES MIGRANTES. *Aedós*, Porto Alegre, v. 14, n. 31, p. 29–44, jul./dez. 2022. ISSN 1984-5634. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/aedos/article/view/108429/84862>. Acesso em: 24 out. 2024

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025a. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/09/anuario-2025.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2025.

_____. *Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. 5. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025b. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2025/03/relatorio-visivel-e-invisivel-5ed-2025.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2026.

FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS - DRA. ROSEMARY COSTA PINTO. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Governo do Estado do Amazonas, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP). Ano 4, n. 9, ago. 2025.

_____. *Painel de Dados – Nascimentos*. Manaus: FVS-RCP, 2025b. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/ver_painel/16. Acesso em: 09 mar. 2026.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPJNj9XwDftbgS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2026.

GARNSEY, C. *et al.* Cross-country abortion travel to England and Wales: results from a cross-sectional survey exploring people’s experiences crossing borders to obtain care. *Reproductive Health*, v. 18, n. 103, p. 1-13, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8141157/pdf/12978_2021_Article_1158.pdf. Acesso em: 20 fev. 2026.

GIL, P. H. C. *et al.* O “sujeito migrante venezuelano” no Brasil: concepções de gestoras de serviços de saúde do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 34, n. 1, e240523pt, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240523pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dXPdcYXDN7wcMjRLDS9KHgg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2026.

GOES, E. F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. e00189618, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40251?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 mar. 2025.

GOMES, R. N.; BALESTERO, G. S.; ROSA, L. C. F. Teorias da dominação masculina: uma análise crítica da violência de gênero para uma construção emancipatória. **Libertas**, Ouro Preto, v. 2, n. 1, jan./jun. 2016. ISSN 2319-0159. Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/libertas/article/view/292/269>. Acesso em: 16 out. 2024.

GONDIN, K. D. C.; GONDIN, G. D.; CHAVES, A. B. P. Gravidez na adolescência e evasão escolar na Amazônia Marajoara: a realidade da comunidade Turé. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 8, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15433/12705>. 09 mar. 2026.

GONSALVES, E.; SCHRAIBER, L. B. Intersetorialidade e Atenção Básica à Saúde: a atenção a mulheres em situação de violência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 958–969, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2021.v45n131/958-969/pt>. Acesso em: 19 fev. 2026.

GUIMARÃES, A. F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, e202000178, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v11/2176-6223-rpas-11-e202000178.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.

GUMPERZ, John J. (Ed.). **Language and social identity**. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

HADDAD, L. B.; NOUR, N. M. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. **Reviews in Obstetrics & Gynecology**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 122–126, 2009. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2709326/pdf/RIOG002002_0122.pdf. Acesso em: 11 mar. 2026.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). *Glossary on migration*. International Migration Law, n. 34. Geneva: International Organization for Migration, 2019. Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf. Acesso em: 15 out. 2024.

KAVANAUGH, M. L.; JERMAN, J.; FROHWIRTH, L. “It's not something you talk about really”: information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care. **Contraception**, v. 100, p. 79–84, 2019. Disponível em: <https://www.contraceptionjournal.org/action/showPdf?pii=S0010-7824%2819%2930126-X>. Acesso em: 20 dez. 2025.

KAWAR, M. **Gender and Migration: Why are women more vulnerable?** In: Femmes en mouvement: Genre, migrations et nouvelle division internationale du travail [online]. Genève: Graduate Institute Publications, p. 71-87, 2004. Disponível em: <http://books.openedition.org/iheid/6256>. Acesso em: 18 nov. 2024.

KETZER, L. S. H. *et al.* Imigração, identidade e multiculturalismo nas organizações brasileiras. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, v. 19, n. 3, p. 679-696, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/7BKMW74vvSjk3nrfzvLS9Rv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27. jan. 2026.5.

KISS, T. Cultura mixteca: resumo, costumes e características. Enciclopédia Humanidades, 2023. Disponível em: <https://humanidades.com/br/cultura-mixteca/>. Acesso em: 12 fev. 2026.

KROEF, R. F. D. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 464–480, 2020. DOI: 10.12957/epp.2020.52579. ISSN 1808-4281. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v20n2/v20n2a05.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

LEITÃO, M. R. F. A. Divisão sexual do trabalho na pesca artesanal. **Amazônica: Revista de Antropologia**, Belém, v. 5, n. 1, p. 98–115, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/1307/1718>. Acesso em: 9 mar. 2026.

LEMES, M. F. D. S.; SILVA, W. F. D. S. A APLICAÇÃO DA LEI DO MINUTO SEGUINTE COMO INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL. **Revista Interfaces do Conhecimento**, v. 03, n. 01, p. 74–92, jan./abr. 2021. ISSN - 2674-998X. Disponível em: <https://periodicos.unicathedral.edu.br/index.php?journal=revistainterfaces&page=article&op=view&path%5B%5D=630&path%5B%5D=457>. Acesso em: 15 nov. 2024.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 5, p. 490–500, 2011. Disponível em: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/4e1e4187-c9e3-458d-8b46-fc23d4b8fd4f/content>. Acesso em: 03 mar. 2026.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 787 – 800, 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000300005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MBMn7yF9zwrXDsfVKBHbnPK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2024.

LOPES, V. D. S. Porque um feminismo negro. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 13, n. 41, p. 90–104, jan./jun. 2020. ISSN: 2674-5704. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/9502/6829>. Acesso em: 18 out. 2024.

LURGAIN, J. G. *et al.* Exploring cultural competence barriers in the primary care sexual and reproductive health centres in Catalonia, Spain: perspectives from immigrant women and healthcare providers. **International Journal for Equity in Health**, v. 23, n. 206, p. 1-15. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02290-5>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-024-02290-5>. Acesso em: 21 dez. 2025.

LUSTOSA, R. Sob o Signo da Morte: itinerários de abandono e a produção social da mortalidade materna em Recife. In: CASTRO, R.; RODRIGUES, A. C. (org.). **Racismo e Saúde: perspectivas antropológicas contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2025. p. 49 – 74.

LUSTOSA, R. Depois da morte materna: interpretações de profissionais da vigilância epidemiológica sobre os óbitos e as reconfigurações familiares em Pernambuco. **Revista**

Antropolítica, v. 58, n. 1, Niterói, e68294, 1. quadri., jan./abr., 2026. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/68294/41036>. Acesso em: 25 jun. 2026.

MACHADO, L. Z. *Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea*. Série Antropologia, nº 290. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Antropologia, 2001. 33 p.

MACIEL, L. A. R. M. **O serviço de cuidado à saúde de crianças e adolescentes atendidas no SAVVIS em Manaus**. Orientadora: Yoshiko Sassaki. 2015. 165 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5008/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Lilian%20Augusta%20R.%20M.%20Maciel.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.10352015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L6XSyzXN7n4FgSmLPpvcJfB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2026.

MAGLIANO, M. J. Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 691–712, set./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/LjMTvCSNGL3xR4NJM8gttPB/?format=pdf&lang=es>. Acesso em: 23 out. 2024.

MAIA, J. N. **REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**. Orientadora: Marselle Nobre de Carvalho. 2022. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022. Disponível em: https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2022/06/Dissertacao_Josi_02.06.2022_ultima-revisao-1-enviar.pdf.

MARINHO, L. S. **Barreiras de acesso ao aborto legal no Brasil**. 2024. 49 f. Orientadora: Dandara Pimentel Freitas. 2024. 49 f. Manuscrito (Produção Científica – Especialização) – Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Medicina, Ouro Preto, 2024. Disponível em: https://www.monografias.ufop.br/bitstream/35400000/6671/3/MONOGRAFIA_BarreirasAcessoAborto.pdf. Acesso em: 01 mar. 2026.

MARKUS, M. H. B. B. *et al.* Descentralização dos serviços de saúde no estado do Amazonas: uma pendência inadiável. **Revista Amazônia Moderna**, p. 1–20, ago. 2024. ISSN 2594-7494. DOI: https://doi.org/10.20873/ago2024_3. Acesso em: 28 jan. 2026.

MARQUES, C. M. F. L. *et al.* Migrantes e acesso à saúde no Brasil: Políticas públicas como enfrentamento da barreira linguística. **Salão do Conhecimento**, [S. l.], v. 9, n. 9, 2023. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/24424>. Acesso em: 29 dez. 2025.

MARTINEZ, L. A. The Latina reproductive rights movement. *Hastings Journal of Gender and Law*, San Francisco, v. 3, n. 1, p. 89–95, 1992. Disponível em: <https://repository.uclawsf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=hwlj>. Acesso em: 11 jan. 2026.

MARTINS, L. C. A. *et al.* Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0030, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yw38MP5QwhDFVqP5x4HS4gC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2026.

MEDEIROS, G. P. A. **Conselho Tutelar e o combate à violência sexual: tipos e indicadores da violência sexual infanto-juvenil**. Teresina: Ministério Público do Estado do Piauí, [s.d.]. Disponível em: <https://www.mppi.mp.br/internet/wp-content/uploads/2021/06/Modulo-VIII-%E2%80%93-Conselho-Tutelar-e-o-combate-a-violencia-sexual.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2026.

MELLO, G.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p.1139-1150, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JCpjVSbmMXxY3xnD3zrYFYb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2026.

MENDONÇA, A. L. P. **O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES INDÍGENAS DA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL, COLÔMBIA E PERU À LUZ DO NOVO CONSTITUCIONALISMO LATINO-AMERICANO**. Orientadora: Ana Maria D Ávila Lopes. 2024. 313 f. Tese (Doutorado em Direito Constitucional) – Universidade de Fortaleza, Centro Universitário de Ensino Superior do Amazonas, Manaus, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/586093>.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimento de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr. 2011. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49622/000777649.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 nov. 2024.

_____. Feminicídios em municípios de fronteira no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 493–502, 2022. DOI: [10.1590/1413-8123202272.37412020](https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.37412020). Disponível em: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/pdf/10.5555/20220064293>. Acesso em: 24 out. 2024.

MENEZES, P. R. DE M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 778–786, set. 2014. DOI: [10.1590/S0104-12902014000300004](https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/43DhBf74XtmrbRQGgMhPDDJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2026.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2024.

_____. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 18–34, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gvk6bsw36SPbzckFxMN6Brp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2024.

_____. Violência e saúde [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2024.

MOON, S. *et al.* Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. **Lancet**, v. 386, p. 2204–2221, 2015. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2900946-0>. Acesso em: 03 mar. 2026.

MOTA, G. G. V. **HISTÓRIA DAS PRÁTICAS DE INTERFERÊNCIA DA POLÍTICA NO MEIO AMBIENTE DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS EM MANAUS E PROGRAMA SOCIAL E AMBIENTAL DOS IGARAPÉS DE MANAUS – PROSAMIM: DO “BARRIGA D’ÁGUA” AO SUJEITO RESILIENTE**. Orientadora: Silvana Maria Corrêa Tótor. 2019. 237 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais - Política) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/22503/2/Guilherme%20Gustavo%20Vasques%20Mota.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2025.

MÜLLER, M. R.; LIMA, R. C.; ORTEGA, F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 3, e210731pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rc9rMfCfBphp45CHRwmjJFk/?format=pdf&lang=pt>. DOI: 10.1590/S0104-12902023210731pt. Acesso em: 29. dez. 2025.

NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, M. G. Direitos, Fronteiras e Desigualdades em Saúde. **Revista em Pauta**, v. 6, n. 4, p. 83-98. 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/521/581>. Acesso em: 05 jan. 2026.

NOVELLINO, M. S. F. MOVIMENTO FEMINISTA NO BRASIL NO SÉCULO XX. **Revista Feminismos**, v. 6, n. 1, p. 57–66. jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30362/17894>. Acesso em: 16 out. 2024.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. D. VIOLÊNCIA SEXUAL E GRAVIDEZ: PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS DAS VÍTIMAS. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, n. 17, v. 2, p. 21–36. 2016. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n2/v17n2a03.pdf>. Acesso em: 28 out. 2024.

NUSSBAUM, M. C. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (ONU-DH). Hermelinda Tiburcio: incansable defensora de los derechos de las mujeres indígenas. México: ONU-DH, [s. d.]. Disponível em: <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/hermelinda-tiburcio-incansable-defensora-de-los-derechos-de-las-mujeres-indigenas-2/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

OLIVEIRA, A. P. R. D. *et al.* VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: FACILIDADES E DIFICULDADES RELACIONADAS À ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 8, p. 54-61, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2094/2921>. Acesso em: 03 nov. 2024.

OLIVEIRA, H. F.; BRITO, L. M. T. B.; SIQUEIRA, M. “Direito tinha, o que faltava era o acesso”: uma análise da judicialização do aborto legal no Brasil. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 16-34, 2024. DOI: 10.5102/rbpp.v14i2.8676. Acesso em: 04 mar. 2026.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Razões da rotatividade das equipes da ESF e seus impactos para a longitudinalidade do cuidado. **Interfaces**, v. 12, n. 3, p. 4441-4449, 2024. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/b4e75cf8-19c7-4d12-88ba-7e172e22fc0c/FRACOLLI__L_A_doc_281e.pdf. Acesso em: 06 jan. 2026.

OLIVEIRA, M.; CAVALCANTI, F. M. C.; NASCIMENTO, J. F. Revisitando conceitos e dados sobre violência sexual contra crianças e adolescentes: o Amazonas em debate. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 19, e22680, p. 1-21, 2024. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/praxeduc/v19/1809-4309-praxis-19-e22680.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2026.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013. Suplemento. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2018. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

_____. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres**. Nova York, 1993. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>. em: 08 nov. 2024.

_____. **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim: IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 08 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará.

Belém do Pará, 1994. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Violência contra as mulheres**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. [s.d.]

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Editado por Etienne G. Krug *et al.* Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 27 out. 2024.

_____. **Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003**. 5. ed. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafeabortion_2003/ua_estimates03.pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 158 p. ISBN 85-232-0395-8.

PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PAIVA, L. F. S. Nas margens do Estado-nação: as falas da violência na tríplice fronteira amazônica. **Tomo**, São Cristóvão, n. 27, p. 183-207, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/tomo/article/view/4651>. Acesso em: 10 jun. 2025.

PÉREZ-SÁNCHEZ, M. *et al.* Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. **Midwifery**, v. 139, p. 1-12. 2024. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661382400250X?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=9bb946869f588309. Acesso em: 10 jan. 2026.

PESTANA, B. A. D. **Violência ginecológica e obstétrica em mulheres migrantes no município de Uberlândia, MG**. Orientadora: Vivianne Peixoto da Silva. 2024. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/43408?utm_source=chatgpt.com. Acesso: 09 mar. 2026.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15–23, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/GW9TMRsYgQNzxNjZNcSBf5r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2024.

POLÍCIA MILITAR DO AMAZONAS. Ronda Maria da Penha. *PMAM*, [s.d.]. Disponível em: https://pm.am.gov.br/portal/pagina/ronda_maria_da_penha. Acesso em: 12 nov. 2024.

PRESSER, A. D.; MENEGHEL, S. N.; HENNINGTON, E. A. Mulheres Enfrentando as Violências: a voz dos operadores sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.126–137, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kfz4cjd7GM4QVNxQLyXGnDp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2024.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). *Amazonaids: na fronteira de uma epidemia*. 1. ed. Brasília: UNAIDS, abr. 2016.

PROJURIS. *Judicialização: o que é, cenário no Brasil e como reduzir*. Projuris, [s.d.]. Disponível em: <https://www.projuris.com.br/blog/judicializacao/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

REIS, L. S. *et al.* Health-disease processes among women agriculturalists in Central Amazon: workand environmental vulnerabilities. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 12, e00098324, 2025. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/12115/20745>. Acesso em: 9 mar. 2026.

RIBEIRO, D. **O que é: lugar de fala?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2017. 112 p. ISBN: 978-85-9530-073-6.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.403-412, 2015. Disponível em: <https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/104814/103594>. Acesso em: 04 jan. 2026.

RODRIGUES, C. G. *et al.* “Não(s) de cara” na Tentativa de Acesso à Laqueadura Tubária: Mulheres sem Filhos e a Invalidez do Consentimento. **Runa**, v. 45, n. 2, p. 77-96, jul.-dez. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org.ar/pdf/runa/v45n2/1851-9628-run-45-02-77.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2026.

ROTHMAN, E. F. *et al.* How employment helps female victims of intimate partner violence: a qualitative study. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 12, n. 2, p. 136–143, abr. 2007. DOI: 10.1037/1076-8998.12.2.136. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17469996/>. Acesso em: 27 jan. 2026

ROSS, L. J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. **Souls**, v. 19, n. 3, p. 286-314, 2017. DOI: 10.1080/10999949.2017.1389634.

RUSCHEL, A. E. *et al.* Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, p. 1-12. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2022.v38n10/e00105022/pt>. Acesso em: 19 nov. 2024.

RUSCHEL, A. E. **Aborto Legal em decorrência de Violência Sexual - As rotas críticas de mulheres em busca do atendimento em um hospital público de Porto Alegre**. Orientador: Frederico Viana Machado. 2020. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/218231>. Acesso em: 02 nov. 2024.

SAGOT, M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. Washington, DC: OPAS, 2000.

SAFFIOTI, H. **Gênero patriarcado violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015. 160p. ISBN 978-85-7743-262-2.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter. 1995.

SANTIAGO, R. A.; COELHO, M. T. A. D. **A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA E CULTURAL**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES: Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura, Salvador, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5234/1/A%20VIOL%C3%8ANCIA%20CONTRA%20A%20MULHER%20NUMA%20PERSPECTIVA%20HIST%C3%93RICA%20E%20CULTURAL.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024.

SANTOS, D. L. A.; BRITO, R. S. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1293-1313, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/FHK3yNQNPrijRcFQdqX635wt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2026.

SANTOS, D. L. A. D. **Mulheres na busca pelo Aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas**. Orientadora: Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. 2019. 226 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

SANTOS, J.; DREZETT, J.; ALVES, A. D. L. Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014. **Reprodução e climatério**, v. 30, n. 1, p. 25–32. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000266>. Acesso em: 28 out. 2024.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015. Disponível em: <https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/104817/103600>. Acesso em: 03 jan. 2026.

SANTOS, N. C. **O CONSELHO TUTELAR FRENTE À QUESTÃO DO ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**. Orientadora: Karina Aparecida Figueiredo. 2016. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Católica de Brasília (UCB), 2016. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br:9443/jspui/bitstream/123456789/8987/1/NiviadeCastroSantosTCCgraduacao2016.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2026.

SANTOS, P. F. S. D.; KURPEL, D. D. F. **OBJETIFICAÇÃO DOS CORPOS DAS MULHERES: O SER-EM-SI E O OBJETO, UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**. In: V DESFAZENDO GÊNERO – V SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESFAZENDO GÊNERO, Online. Anais do V Seminário Internacional Desfazendo Gênero. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79336>. Acesso em: 15 out. 2024.

SCHILLER, N. G.; SALAZAR, N. Regimes of mobility across the globe. **Journal of Ethnic and Migration Studies**, v. 39, n. 2, p. 183–200, 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1369183X.2013.723253>. Acesso em: 07 fev. 2026.

SCOTT, J. GÊNERO: UMA CATEGORIA ÚTIL DE ANÁLISE HISTÓRICA. **Educação & Realidade**, v. 20, n.2, P. 71–99 jul./dez. 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 06 nov. 2024.

SEBALDELI, A. C. G.; IGNOTTI, E.; HARTWIG, S. V. Violência contra a mulher em uma cidade da fronteira do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e0910312941, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12941>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12941/11662>. Acesso em: 19 nov. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA DO AMAZONAS. Em dois anos, aplicativo Alerta Mulher cadastrou 510 mulheres em situação iminente de violência doméstica. *Sejusc - Governo do Amazonas*, 2020. Disponível em: <https://www.sejusc.am.gov.br/em-dois-anos-aplicativo-alerta-mulher-cadastrou-510-mulheres-iminentes-a-violencia-domestica/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

_____. No Amazonas, mulheres vítimas de violência contam com atendimento especializado. *Sejusc - Governo do Amazonas*. 2019. Disponível em: <https://www.sejusc.am.gov.br/no-amazonas-mulheres-vitimas-de-violencia-contam-com-atendimento-especializado/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO AMAZONAS. Polícia Militar do Amazonas amplia serviços da Ronda Maria da Penha no interior do estado. *SSP-AM*, 2024. Disponível em: <https://www.ssp.am.gov.br/policia-militar-do-amazonas-amplia-servicos-da-ronda-maria-da-penha-no-interior-do-estado/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS (SES-AM). Rede de saúde mantém serviço de atendimento a vítimas de violência sexual. *Secretaria de Saúde do Amazonas*, 2017. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/rede-de-saude-mantem-servico-de-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

SEGATO, R. L. **LAS ESTRUCTURAS ELEMENTALES DE LA VIOLENCIA**: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes. Prometeo. 2003. 264 p. ISBN 987-558-018-X.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SILVA, J. *et al.* VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SUAS FORMAS DE ENFRENTAMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O AGOSTO LILÁS. **Revista Ciência Plural**. v. 9, n. 2, p. 1–17 e31413, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31413/17421>. Acesso em: 18 out. 2024.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.

38, n. 103, p. 805-816, out./dez. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140073. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6BgBmDLztSMYGcqdMRJfdwd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2026.

SILVA, R. M. D. *et al.* USOS E POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS PARA OS ESTUDOS QUALITATIVOS EM ADMINISTRAÇÃO: EXPLORANDO A ANÁLISE TEMÁTICA. **Revista Pensamento Contemporâneo Administrativo**, v. 14, n. 1, p. 111–123, jan./mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12712/rpca.v14i1.38405>. ISSN 1982-2596. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/pca/article/view/38405/pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SILVA, S. R. O.; CASTRO, C. M.; MONTEIRO, I. F. Da Síria ao Brasil: dimensões culturais de mulheres imigrantes nas percepções do cuidado e assistência à gestação, parto e pós-parto. **Idéias**, Campinas, São Paulo, v. 12, p. 01-28, e021004, 2021. DOI: 10.20396/ideias.v12i00.8658527. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8658527/26292>. Acesso em: 26 dez. 2025.

SOARES, M. F. Ticuna. *Enciclopédia dos Povos Indígenas no Brasil*. 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Ticuna>. Acesso em: 08 fev. 2026.

SOEIRO, R. E. *et al.* A neglected population: Sexual and reproductive issues among adolescent and young Venezuelan migrant women at the northwestern border of Brazil. **International Journal Gynecology Obstetrics**, v. 157, n. 1, p. 1–8. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34161606/>. Acesso em: 09 jan. 2026.

SOUZA, E. N. D. C. *et al.* Competências do enfermeiro de saúde pública em região fronteira: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, eAPE00552, 2023b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/apae/a/nNK8kNsmKfZgpCZBqG9gZgJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SOUZA, C. D. M. E.; ADESSE, L. (Org.). **VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188 p.

SOUZA, J. D. D.; BILLACRÊS, M. A. R.; SCHOR, T. Sabores sustentáveis no Alto Solimões: estruturas de mercado transfronteiriços, gênero e etnicidade. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n.10, p. 66113-66140, oct., 2022. DOI:10.34117/bjdv8n10-087. ISSN: 2525-8761. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52849/39405>. Acesso em: 23 nov. 2024.

SOUZA, L. Mulheres de diferentes continentes relatam realidade da imigração. **Agência Brasil**, São Paulo, 2023a. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-03/mulheres-de-diferentes-continentes-relatam-realidade-da-imigracao>. Acesso em: 27 out. 2024.

SOUZA, L. K. D. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v71n2/05.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2024.

SOUZA, S. L. **FORMAÇÃO E DIRETRIZES DO PODER JUDICIÁRIO E DO MINISTÉRIO PÚBLICO PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO ABORTO HUMANITÁRIO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE CRIMES SEXUAIS NO AMAZONAS**. Orientadora: Munique Therense Costa de Moraes Pontes. 2025. 170 f. Dissertação (Mestrado em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

RUSCHEL, A. E. **Aborto Legal em decorrência de Violência Sexual - As rotas críticas de mulheres em busca do atendimento em um hospital público de Porto Alegre**. Orientador: Frederico Viana Machado. 2020. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/218231>. Acesso em: 02 nov. 2024.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WYSmY7VydBZwrwVByGd4qnQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2026.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: STARFIELD, B. (Org.). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. p. 207-245.

TASSINARI, G. D. R.; KOCOUREK, S.; FRAGA, C. K. Uma abordagem feminista sobre a rede de enfrentamento à violência contra mulheres. **Textos & Contextos Porto Alegre**, v. 23, n. 1, p. 1–16, jan./dez. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2024.1.45627>. e-ISSN: 1677-9509. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/45627/28813>. Acesso em: 17 nov. 2024.

TEIXEIRA, C. S. *et al.* “O SUS é para todos!”: percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 2, p. 237-249, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n2p237-249>. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/2262/pdf>. Acesso em: 10 fev. 2026.

TEIXEIRA, F. F. *et al.* Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.32, n.3, e220253, 2023. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2023.v32n3/e220253pt/pt>. Acesso em: 20 nov. 2024.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2025.

UNFPA e Instituto Patrícia Galvão. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres: um guia para compreender e comunicar melhor. UNFPA, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. *Boletim Atlas ODS Amazônia*, v. 5, n. 1. Manaus: UFAM, 2025. Disponível em: <http://riu.ufam.edu.br/handle/prefix/8848>. Acesso em: 10 mar. 2026.

VASCONCELOS, N. M. D. *et al.* Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 10, p. 1–10. 2024. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2024.v29n10/e07732023/pt>. Acesso em: 30 out. 2024.

VENÂNCIO, K. E. A. **SUBGENTES E INVISIBILIZADAS: MULHERES ABRIGADAS PELOS SEUS DIREITOS (OU PELA FALTA DELES)**. In: VII CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA DA UEM, Maringá. Anais VII Congresso Internacional de Psicologia da UEM, 2018. Disponível em: https://npd.uem.br/eventos/assets/uploads/files/evt/6/trabalhos/6_369_1522766374.pdf. Acesso em: 09 nov. 2024.

VENTURA, D. C. **O aborto no caso de gravidez resultante de estupro: a falsa ideia da necessidade de comprovação do crime**. S.l., 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/38683/o-aborto-no-caso-de-gravidez-resultante-de-estupro-a-falsa-ideia-da-necessidade-de-comprovacao-do-crime>. Acesso em: 01 mar. 2026.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3957-3965, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sJtr5C56L4nftLLNCHnymmx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2026.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 471–475, 1 fev. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5qT8C38hBFgXT4hpM4TrcPL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.

ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho

Pesquisador: CRISTIANE BATISTA ANDRADE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 78845224.6.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.891.551

Apresentação do Projeto:

Este parecer se refere a análise de resposta à pendência, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 6.875.423, em 07/06/2024.

O projeto de pesquisa em tela obteve anteriormente o seguinte parecer consubstanciado do CEP/ENSP: - 6.799.853, de 02/05/2024 (parecer de pendências).

Projeto individual da pesquisadora CRISTIANE BATISTA ANDRADE, intitulado "Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho" financiado pelo CNPq, no valor de R\$ 663.240,00.

Segundo informações obtidas no projeto, "As situações de vulnerabilidade de mulheres migrantes nas fronteiras, especialmente na migração forçada, fazem com que se insiram em trabalhos precários e de baixa valorização social e salarial, em redes de exploração sexual, trabalho escravo contemporâneo (TEC) e no tráfico de pessoas. As mulheres em deslocamento

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2541 **E-mail:** cep.ensp@fiocruz.br

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 6.891.551

sofrem diversas violências, sendo seus corpos marcados pelo racismo, patriarcado, sexismo e pelas desigualdades de classe social; enfrentam violências sexuais e o tráfico de pessoas para a exploração sexual, o que as colocam em constantes riscos à saúde e à vida. Ademais, enfrentam os desafios diante do trabalho reprodutivo (remunerado ou não), as questões vinculadas à maternidade e os (des) arranjos familiares diante da migração. Portanto, quais são as problemáticas de saúde/cuidado, violências e trabalho de mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras? A hipótese é que vivenciam dificuldades na entrada e na permanência em empregos seguros, estando vulneráveis à exploração sexual e vítimas de trabalho escravizado e/ou outras violências, além das dificuldades na inserção no sistema de saúde/assistência social. O objetivo geral desta pesquisa é: Produzir evidências científicas sobre as interfaces entre saúde, violências e trabalho entre mulheres migrantes e refugiadas nas fronteiras brasileiras (Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Amazonas) sob a perspectiva interseccional e decolonial, propondo uma ação de educação permanente para trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de Organizações da Sociedade Civil (OSC)."

Metodologia Proposta:

"Os locais de fronteiras a serem estudados são: Amazonas, Mato Grosso e Rio Grande do Sul para a produção de informações através de entrevistas com interlocutores: migrantes/refugiadas, gestores/as e trabalhadores/as do SUS, SUAS e OSC. Como produtos pretende-se: Produção de evidências científicas sobre o estado da arte e resultados empíricos sobre mulheres migrantes e interfaces com o trabalho, cuidado e violências; Sumário Executivo; Seminário internacional; Elaboração de material educativo (ebook); Materiais educativos (cartilhas) e de divulgação científica (podcast) em cinco línguas para a comunidade migrante sobre o tema da área do trabalho (direitos trabalhistas, prevenção de Trabalho Escravo Contemporâneo e tráfico de pessoas), saúde (direito e acesso ao SUS) e prevenção de violências (de gênero, doméstica, xenofobia etc.); produção de vídeos curtos. Além disso, pretende-se elaborar um curso de atualização profissional e de formação política para migrantes/refugiadas, gestores/as e trabalhadores/as do SUS, SUAS e OSC (40 horas, EAD) que poderá colaborar para a divulgação dos conhecimentos científicos e técnicos para atendimentos em saúde e na assistência social. A ideia de fazer um levantamento nacional sobre pessoas que possam ser mediadoras culturais no SUS tem a finalidade de obter um banco de dados de migrantes, que possam ser contactadas para esse tipo de atividade. Para

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2541 **E-mail:** cep.ensp@fiocruz.br

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 6.891.551

isso, foi elaborado um questionário com informações sobre o nome completo, endereço eletrônico e físico, idade, raça/cor, telefone, estado civil, gênero, profissão, nacionalidade, domínio de línguas, experiência no SUS, desejo e disponibilidade de realizar cursos sobre migração e saúde. O preenchimento do formulário dura em média uns seis minutos. Os relatos das mulheres serão obtidos seguindo um roteiro semiestruturado com questões abertas sobre as características gerais (nome, idade, estado civil etc.) e trajetórias educacionais e de trabalho (empregos anteriores, vínculos trabalhistas, as decisões pela profissão); e as motivações e dificuldades no processo migratório. Sobre o trabalho serão investigadas a entrada na profissão/emprego, as tarefas e as atividades realizadas, as rotinas diárias (no trabalho e em casa), salários, vínculos trabalhistas, dificuldades e desafios no trabalho, vivência ou não de constrangimentos e/ou humilhações no trabalho, situações de violência e de assédios (moral e/ou sexual), xenofobia, racismo, violências de gênero, propensão ao trabalho escravo contemporâneo e exploração sexual. Além disso, os aspectos de saúde, ou seja, as percepções sobre a sua saúde, acesso ao SUS, SUAS ou OSC, impactos da pandemia na vida individual e familiar, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, adoecimentos, impactos da Covid-19 na vida etc., também serão levantados, assim como a inserção em programas e ações da assistência social. Da mesma maneira, é necessário compreender a perspectiva de gestores/as e de profissionais de saúde, assistência social e da sociedade civil, ou seja, pessoas que estão envolvidas com as ações governamentais e não governamentais para a atenção, assistência e cuidado às mulheres migrantes e que estão em contato direto e/ou indireto com elas. Serão entrevistados os gestores(as) da secretaria municipal de saúde/assistência social, trabalhadores(as) do SUS/SUAS (atenção primária em saúde: coordenadores(as), enfermeiras(as), médicas(os), ACS, dentre outros; atenção hospitalar: coordenadores(as), enfermeiras(as), médicas(os), dentre outros."

"Embora a pesquisa priorize as entrevistas na modalidade presencial, em caso da impossibilidade de realizá-las, ela será conduzida através do modelo virtual. Sendo assim, as entrevistas serão realizadas na plataforma do Google Meet¹, pois a coordenadora do projeto possui a versão paga na qual é possível a gravação delas. Elas serão gravadas nas modalidades áudio e vídeo, e todo o conteúdo será armazenado em uma nuvem do Google, com acesso privado e exclusivo das pesquisadoras envolvidas. Tal procedimento se justifica pelo fato de evitar o acúmulo de dados na memória dos computadores pessoais das pesquisadoras, e pelo risco de furto ou dano, comprometendo o acervo dos materiais da

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2541 **E-mail:** cep.ensp@fiocruz.br

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 6.891.551

pesquisa e o sigilo das informações obtidas. Todo o material, após finalizada a coleta de dados, será baixado para um HD externo da coordenadora e apagado da nuvem.

"O convite às pessoas participantes se dará através do seu endereço eletrônico ou presencialmente, para que dúvidas e possíveis questionamentos possam ser esclarecidos. Exceto o formulário de dados sobre mediadores(as) culturais que serão enviados pela internet através de grupos de whatsapp, emails públicos de instituições de acolhida e cuidado de migrantes."

"Importante ressaltar que todos os TCLE serão traduzidos para a língua inglesa, espanhola, francesa, crioulo, árabe e outras, de acordo com as necessidades linguísticas das migrantes entrevistadas."

"Os(as) gestores(as) e as(os) profissionais dessas instituições serão abordados através de contato telefônico, por e-mail ou presencialmente, a partir de suas instituições de pertencimento. O contato destes participantes será buscado através dos endereços eletrônicos disponíveis nas páginas oficiais de suas instituições, ou seja, são contatos públicos."

"Critérios de inclusão e exclusão:

As entrevistas serão realizadas com dois públicos:

I) Migrantes/refugiadas

-Critérios de inclusão: desejarem participar da pesquisa; estarem vivendo na região de fronteiras: Amazonas, Mato Grosso e Rio Grande do Sul; terem mais de 18 anos.

-Critérios de exclusão: dificuldades da migrante em entender a língua portuguesa;

II) Gestores/as e profissionais dos serviços de atendimento às migrantes

-Critérios de inclusão: desejarem participar da pesquisa; trabalhar com o tema da migração há mais de um ano.

-Critérios de exclusão: profissionais que estejam afastados do trabalho."

Tamanho da Amostra: 72

Gestores e profissionais = 36

Mulheres Migrantes = 36

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 6.891.551

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora:

"Objetivo Primário:

Produzir evidências científicas sobre as interfaces entre saúde, violências e trabalho entre mulheres migrantes nas cidades de fronteiras e nas capitais brasileiras (Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Amazonas) sob a perspectiva interseccional, propondo uma ação de educação permanente para trabalhadores(as) e gestores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de Organizações da Sociedade Civil (OSC)

Objetivo Secundário:

Sob a perspectiva das percepções das mulheres migrantes nas fronteiras, dos profissionais do SUS, SUAS e OSC, pretendemos:

- . Identificar e analisar as vivências de violências, como a xenofobia, as discriminações raciais/racismo, as desigualdades de gênero, os assédios moral e sexual, o trabalho escravo contemporâneo e a exploração sexual;
- . Identificar e analisar as condições de vida, de saúde, de trabalho (incluindo o de cuidado familiar) e as representações sobre o processo de adoecimento físico e mental relativo ao estresse e às emoções de mulheres migrantes nas fronteiras;
- . Identificar os desafios de acesso às políticas públicas de saúde e de assistência social;
- 5. Investigar as (re)inserções laborais e educacionais, seus desafios e avanços;
- 6. Identificar e discutir as formas de agenciamentos e resistências exercitadas pelas mulheres migrantes;
- . Identificar as particularidades das vivências por regiões de fronteira brasileiras de migração e refúgio;
- 8. Propor um curso de atualização profissional para profissionais do SUS, SUAS e OSC visando colaborar com a construção de subsídios científicos e técnicos para atenção e cuidado à população migrante/refugiada, que vise o fomento à perspectiva de cuidado em rede intersetorial e colaborar na criação de uma linha de cuidado;
- . Elaborar material didático (e-book) para o curso de atualização profissional e para divulgação científica;
- . Desenvolver estratégias de comunicação e divulgação científicas sobre os principais resultados da pesquisa;
- . Realizar um mapeamento de potenciais migrantes que possam ser mediadores culturais para o trabalho no SUS e SUAS, com a criação de um banco de dados a ser enviado ao Ministério da

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 6.891.551

Saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

"Consideramos que toda pesquisa tem riscos potenciais. Identificamos, na presente pesquisa, risco de constrangimento ou desconforto na abordagem de algum tema. Para minimizá-lo, a entrevista será realizada por pesquisadoras experientes em pesquisas que envolvem o tema da violência e estarão em diálogo permanente com toda a equipe. No caso da pessoa se sentir emocionalmente desconfortável e precisar de auxílio médico e/ou psicológico, as pesquisadoras poderão encaminhá-la a serviços de saúde da rede municipal ou serviços conveniados. As pesquisadoras estarão munidas de uma lista de serviços de saúde para encaminhar a/o participante.

Benefícios:

Porém, como benefício indireto da participação das pessoas, acreditamos que suas experiências poderão contribuir para o melhor conhecimento do tema e com a formulação de ações que visem garantir seus direitos, reduzir as vulnerabilidades e enfrentar dificuldades como discriminações e violências no âmbito do trabalho e da vida em sociedade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e a pendência emitida no parecer anterior foi atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para responder ao parecer anterior, foi submetido o formulário de resposta às pendências nomeado "aFormularioRespPendencia6875423.doc", postado em 08/06/2024;

O Formulário da Plataforma Brasil apreciado na elaboração deste parecer está nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2310566.pdf, com data de 08/06/2024.

Destacam-se os seguintes documentos aprovados:

- TCLE, nomeado aTCLEParticipacaoVideoMODIFICADO.docx, postado em 08/06/2024;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 6.891.551

- TCLE, nomeado aTCLEMigrantesVirtualMODIFICADOs.docx, postado em 08/06/2024;
- TCLE, nomeado aTCLEMigrantesPresencialMODIFICADO.docx, postado em 08/06/2024;
- TCLE, nomeado aTCLEMediadoresCulturaisMODIFICADO.docx, postado em 08/06/2024;
- TCLE, nomeado aTCLEGestoresProfissionaisVirtualMODIFICADO.docx, postado em 08/06/2024;
- TCLE, nomeado aTCLEGestoresProfissionaisPresencialMODIFICADO.docx, postado em 08/06/2024;
- Projeto de Pesquisa, nomeado aprojetoenviadoModificado.docx, postado em 08/06/2024.

Obs: Todos os documentos apresentados para a análise deste protocolo de pesquisa constam listados ao final deste parecer. Para documentos replicados, foram considerados aqueles com postagem mais atual.

Recomendações:

"Vide item "Considerações Finais a critério do CEP"

Os termos de anuência das instituições deverão ser entregues no CEP em suas vias originais e, os mesmos, deverão ser anexados na Plataforma Brasil e enviados ao CEP por meio de "notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para elaboração deste parecer, a pendência emitida no parecer consubstanciado número 6.875.423, de 07 de Junho de 2024, foi analisada conforme abaixo:

Pendência 2: Concordância dos riscos descritos nos TCLE/RCLE

Ajustar os riscos apresentados nos TCLE/RCLE em conformidade com a avaliação apresentada na Plataforma Brasil, bem como as estratégias de mitigação, de modo que em todos os documentos apresentados, contenham uma mesma definição (Norma Operacional nº 001/2013, item 3.4.1.12).

Resposta da pendência 2:

"De acordo com a indicação de parecer, foi acrescida a informação em amarelo no documento TCLEMediadoresCulturais.docx: Consideramos que toda pesquisa tem riscos potenciais. Na

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 6.891.551

presente pesquisa, existe o risco de identificação da sua pessoa, pois será preciso identificá-la para um possível contato posterior. Para minimizá-lo, ressaltamos que os seus dados estarão apenas à disposição da equipe de pesquisa e do Ministério da Saúde para futuros diálogos. No caso de você se sentir emocionalmente desconfortável e precisar de auxílio médico e/ou psicológico, as pesquisadoras poderão encaminhá-la a serviços de saúde da rede municipal ou serviços conveniados. As pesquisadoras estarão munidas de uma lista de serviços de saúde para encaminhar a/o participante."

Análise anterior do CEP: Verificou-se que nos arquivos TCLEParticipacaoVideoModificadosem marcas.docx, postado em 09/05/2024 e no TCLEMigrantesVirtualMODIFICADO.docx, postado em 09/05/2024, que não foi realizada a inclusão da frase que fala da mitigação dos riscos da pesquisa, a saber: "No caso de você se sentir emocionalmente desconfortável e precisar de auxílio médico e/ou psicológico, as pesquisadoras poderão encaminhá-la a serviços de saúde da rede municipal ou serviços conveniados. As pesquisadoras estarão munidas de uma lista de serviços de saúde para encaminhar a/o participante." Ressalta-se que foi solicitado que esta informação deve estar presente em TODOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, e não somente no TCLEMediadoresCulturais.docx. Corrigir. PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

Resposta da pendência 2:

"Para uniformizar os TCLEs, foi inserida a seguinte informação em amarelo em todos eles, conforme recomenda a indicação de relatoria:

No caso de você se sentir emocionalmente desconfortável e precisar de auxílio médico e/ou psicológico, as pesquisadoras poderão encaminhá-la(o) a serviços de saúde da rede municipal ou serviços conveniados. As pesquisadoras estarão munidas de uma lista de serviços de saúde para encaminhar a/o participante. A informação acima foi inserida também no projeto submetido ao CEP (em amarelo)"

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

O protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 6.891.551

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS COM A INCLUSÃO DA NOVA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA AO ENVIO DO REFERIDO COMPROVANTE DE APROVAÇÃO, COMO NOTIFICAÇÃO NA PLATAFORMA BRASIL, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deverá ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na página eletrônica do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>)

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 6.891.551

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2310566.pdf	08/06/2024 18:12:30		Aceito
Outros	aFormularioRespPendencia6875423.docx	08/06/2024 17:42:29	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	aprojetoenviadoModificado.docx	08/06/2024 17:40:56	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEParticipacaoVideoMODIFICADOsem marcas.docx	08/06/2024 17:40:04	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEMigrantesVirtualMODIFICADOsem marcas.docx	08/06/2024 17:39:51	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEMigrantesPresencialMODIFICADOsem marcas.docx	08/06/2024 17:39:32	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEMediadoresCulturaisMODIFICADOsem marcas.docx	08/06/2024 17:39:10	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEGestoresProfissionaisVirtualMODIFICADOsem marcas.docx	08/06/2024 17:38:51	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEGestoresProfissionaisPresencialMODIFICADOsem marcas.docx	08/06/2024 17:38:35	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEParticipacaoVideoMODIFICADO.docx	08/06/2024 17:38:04	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 6.891.551

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEMigrantesVirtualMODIFICADO.docx	08/06/2024 17:37:46	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEMigrantesPresencialMODIFICADO.docx	08/06/2024 17:37:29	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEMediadoresCulturaisMODIFICADO.docx	08/06/2024 17:37:14	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEGestoresProfissionaisVirtualMODIFICADO.docx	08/06/2024 17:36:53	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	aTCLEGestoresProfissionaisPresencialMODIFICADO.docx	08/06/2024 17:36:31	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	formularioRespPend6799853.doc	09/05/2024 11:01:57	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoenviadoModificado.docx	09/05/2024 10:59:36	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	TAdeclaracaoassinadoModificado.pdf	09/05/2024 10:59:19	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Orçamento	OrcamentoenviadoModificado.docx	09/05/2024 10:58:15	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEParticipacaoVideoModificadosemmarcas.docx	09/05/2024 10:56:56	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMigrantesVirtualModificadosemmarcas.docx	09/05/2024 10:56:31	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMigrantesPresencialModificadosemmarcas.docx	09/05/2024 10:56:09	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMediadoresCulturaisModificadosemmarcas.docx	09/05/2024 10:55:49	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEGestoresProfissionaisVirtualModificadosemmarcas.docx	09/05/2024 10:55:31	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Mangueiras

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 6.891.551

Justificativa de Ausência	TCLEGestoresProfissionaisVirtualModificadosemmarcas.docx	09/05/2024 10:55:31	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestoresProfissionaisPresencialModificadosemmarcas.docx	09/05/2024 10:55:21	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEParticipacaoVideoMODIFICADO.docx	09/05/2024 10:54:46	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMigrantesVirtualMODIFICADO.docx	09/05/2024 10:54:36	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMigrantesPresencialMODIFICADO.docx	09/05/2024 10:54:11	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMediadoresCulturaisMODIFICADO.docx	09/05/2024 10:53:54	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestoresProfissionaisVirtualMODIFICADO.docx	09/05/2024 10:53:39	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGestoresProfissionaisPresencialMODIFICADO.docx	09/05/2024 10:47:44	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folharostoenviada.pdf	08/04/2024 18:16:58	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folharostoenviada.pdf	08/04/2024 14:21:17	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	RoteiroVideo.docx	05/04/2024 20:50:19	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	FormularioMediadoresCulturais.docx	05/04/2024 20:50:01	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	RoteiroGestoresProfissionais.docx	05/04/2024 20:49:19	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	RoteiroMigrantes.docx	05/04/2024 20:48:49	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Declaração do Patrocinador	TermoOutorga.pdf	05/04/2024 20:45:28	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	folharostoenviada.pdf	05/04/2024 11:03:26	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado	projetoenviado.docx	03/04/2024	CRISTIANE	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ**



Continuação do Parecer: 6.891.551

/ Brochura Investigador	projetoenviado.docx	06:44:56	BATISTA ANDRADE	Aceito
Orçamento	Orcamentoenviado.docx	02/04/2024 12:38:21	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	ANEXORoteiroMigrantes.docx	02/04/2024 12:30:59	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	AnexoRoteiroVideo.docx	02/04/2024 12:30:32	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	AnexoRoteiroGestoresProfissionais.docx	02/04/2024 12:29:26	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	formulario_de_encaminhamento_23ago 23assinado.pdf	02/04/2024 12:27:57	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	TAI_declaracao_assinado.pdf	02/04/2024 12:27:16	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Outros	TermoOutorga.pdf	02/04/2024 12:26:48	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito
Cronograma	Cronogramaenviado.docx	02/04/2024 12:23:30	CRISTIANE BATISTA ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Junho de 2024

Assinado por:

**Cassius Schnell Palhano Silva
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

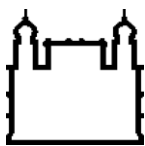
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2541

E-mail: cep.ensp@fiocruz.br



APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) para gestores(as)
e profissionais de assistência a migrantes do SUS, SUAS e OCS - MODALIDADE
PRESENCIAL**

Prezado/a participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho**”, coordenada pela Profa. Dra. Cristiane Batista Andrade, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

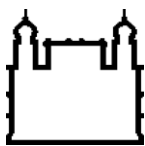
O objetivo central do estudo é analisar a saúde, violências e trabalho de mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras (Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Amazonas com a finalidade de produção de evidências científicas sobre esses temas e promover um curso de formação para trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de Organizações da Sociedade Civil (OSC) que cuidam da comunidade migrante no país.

O convite a sua participação se deve a ser um(a) gestor(a) que presta assistência direta ou indireta à comunidade migrante/refugiada. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Porém, como benefício indireto de sua participação, acreditamos que suas experiências poderão contribuir para o melhor conhecimento do tema e com a formulação de ações que visem garantir os direitos da comunidade migrante/refugiada, reduzir as vulnerabilidades e enfrentar obstáculos como discriminações e violências no âmbito do trabalho e da vida em sociedade.

A confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas serão garantidas através da tomada das seguintes medidas: apenas as pesquisadoras do projeto, que se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; todo o material coletado será armazenado em local seguro, com acesso apenas das pesquisadoras envolvidas.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista com as pesquisadoras do projeto, que terá em média 60 minutos de duração, em local a combinar. Caso você precise ir até o local onde será feita a entrevista, a equipe da pesquisa ficará responsável



por pagar o seu transporte e a sua alimentação. A entrevista somente será gravada se houver a sua autorização. A gravação pode ser pausada ou interrompida a qualquer momento a seu pedido. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais e terão acesso às mesmas as pesquisadoras.

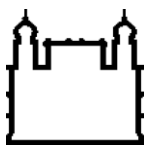
A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar das pesquisadoras informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Consideramos que toda pesquisa tem riscos potenciais. Identificamos, na presente pesquisa, risco de constrangimento ou desconforto na abordagem a algum tema. Para minimizá-lo, a entrevista será realizada por pesquisadoras experientes em pesquisas que envolvem o tema da violência e estarão em diálogo permanente com toda a equipe. No caso de você se sentir emocionalmente desconfortável e precisar de auxílio médico e/ou psicológico, as pesquisadoras poderão encaminhá-la(o) a serviços de saúde da rede municipal ou serviços conveniados. As pesquisadoras estarão munidas de uma lista de serviços de saúde para encaminhar a/o participante. Ressaltamos que caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa terá direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto no Código Civil Lei 10,406 de 2002, artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016, art. 19.

As(os) participantes da pesquisa, o Ministério da Saúde, Ministério das Mulheres, Ministério do Trabalho e Ministério da Igualdade Racial e demais interessadas(os) receberão os resultados por meio de um documento resumido, convite de encontros virtuais (*lives*), produção de um vídeo curto e de um livro virtual (ebook) - em linguagem acessível - sintetizando os achados da pesquisa. Também poderão obter os resultados por meio de artigos científicos e apresentação em congressos/seminários.

Este TCLE é redigido em duas vias, sendo uma para a(o) participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pela pesquisadora responsável, ou pessoa por ela delegada e sob sua responsabilidade, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863. E-Mail: cep.ensp@fiocruz.br. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Horário de atendimento ao público: das



9h às 16h”. Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Contato com a pesquisadora responsável: Cristiane Batista Andrade, pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ). Tel: (21) 38829151/9155/ 21 96865-9130. E-mail: cristiane.batista.andrade@gmail.com

Endereço: Avenida Brasil 4036 sala 700, CEP:21040-361, Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ.

_____, ____ de _____ de 202__.

Nome e Assinatura da pesquisadora de campo

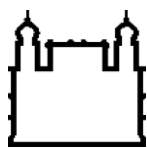
Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho**” e concordo em participar.

☐
☐

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura e nome da(a) participante da pesquisa)



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) para
gestores(as) e profissionais de assistência a migrantes do SUS, SUAS e OCS -
MODALIDADE VIRTUAL**

Prezado/a participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho”**, coordenada pela Profa. Dra. Cristiane Batista Andrade, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo central do estudo é analisar a saúde, violências e trabalho de mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras (Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Amazonas com a finalidade de produção de evidências científicas sobre esses temas e promover um curso de formação para trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de Organizações da Sociedade Civil (OSC) que cuidam da comunidade migrante no país.

O convite a sua participação se deve a ser um(a) gestor(a) que presta assistência direta ou indireta à comunidade migrante/refugiada. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

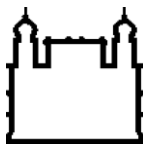
Porém, como benefício indireto de sua participação, acreditamos que suas experiências poderão contribuir para o melhor conhecimento do tema e com a formulação de ações que visem garantir os direitos da comunidade migrante/refugiada, reduzir as vulnerabilidades e enfrentar obstáculos como discriminações e violências no âmbito do trabalho e da vida em sociedade.

A confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas serão garantidas através da tomada das seguintes medidas: apenas as pesquisadoras do projeto, que se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades; qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; todo o material coletado será armazenado em local seguro, com acesso apenas das pesquisadoras envolvidas.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista com as pesquisadoras do projeto, que terá em média 60 minutos de duração. A entrevista individual será realizada e gravada através da plataforma virtual do programa Google Meet (<https://meet.google.com>). A gravação será na modalidade áudio e vídeo, e todo o conteúdo será armazenado em uma nuvem do Google Drive, com acesso privado e exclusivo dos(as) pesquisadores(as) envolvidos(as). Este material, após finalizada a coleta de dados, será baixado para um HD externo da coordenadora e apagado da nuvem. Este Termo de Consentimento Livre

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



e Esclarecido, enviado para o seu endereço eletrônico para que você tenha uma cópia, também será lido ao início da entrevista e sua anuência verbal constará na gravação como concordância na participação da pesquisa.

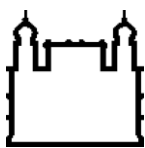
A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar das pesquisadoras informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS no 466/12 e no 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado OU Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do/a pesquisador/a coordenador/a, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa que será submetida a avaliação do Comitê de Ética.

Consideramos que toda pesquisa tem riscos potenciais. Identificamos, na presente pesquisa, risco de constrangimento ou desconforto na abordagem a algum tema. Para minimizá-lo, a entrevista será realizada por pesquisadoras experientes em pesquisas que envolvem o tema da violência e estarão em diálogo permanente com toda a equipe. Se você se sentir emocionalmente desconfortável e precisar de auxílio médico e/ou psicológico, as pesquisadoras poderão encaminhá-la a serviços de saúde da rede municipal ou serviços conveniados.

As(os) participantes da pesquisa, o Ministério da Saúde, Ministério das Mulheres, Ministério do Trabalho e Ministério da Igualdade Racial e demais interessadas(os) receberão os resultados por meio de um documento resumido, convite de lives, produção de um vídeo curto e de um livro virtual (ebook) - em linguagem acessível – sintetizando os achados da pesquisa. Também poderão obter os resultados por meio de artigos científicos e apresentação em congressos/seminários.

Este TCLE é redigido em duas vias, sendo uma para a participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pela pesquisadora responsável, ou pessoa por ela delegada e sob sua responsabilidade, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863. E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210. Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”. Acesse <https://cep.enasp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.



Contato com a pesquisadora responsável: Cristiane Batista Andrade, pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ).

Tel: (21) 38829151/9155/ 21 96865-9130. E-mail: cristiane.batista.andrade@gmail.com.

Endereço: Avenida Brasil 4036 sala 700, CEP:21040-361, Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ.

_____, ____ de _____ de 202__.

Nome e Assinatura da pesquisadora de campo

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Mulheres migrantes nas fronteiras brasileiras: interfaces entre saúde, violências e trabalho” e concordo em participar.

☐
☐

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura e nome da(a) participante da pesquisa)

APÊNDICE B - Roteiro semiestruturado para entrevistas com trabalhadoras(es) e gestoras(es) dos SUS, SUAS e OSC – primeira fase

Poderia começar a nossa entrevista se apresentando, dizendo em qual instituição onde atua, idade, nacionalidade e a sua formação profissional?

1. Assistência às mulheres migrantes/refugiadas e o processo de migração

- Poderia me falar sobre o seu trabalho? (começo/interesse/indicação; tempo de serviço; quais atividades que realiza)
- Quais são as ações de cuidado que são desenvolvidas pelo serviço? (pessoas e instituições participantes; cuidado, articulação e encaminhamentos para serviços - assistência social, saúde, OSC, área jurídica)
- Poderia falar sobre as mulheres migrantes atendidas? (nacionalidade, idade, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, local de residência, entrada nos serviços, acompanhadas ou não pela família)
- Quais são os motivos pela procura dos serviços?
- Como foi o seu trabalho durante a emergência climática/as enchentes vividas no ano passado?

2. Aspectos de trabalho e educação

- Quais são os locais onde as migrantes trabalham e as atividades que elas realizam?
- Quais são os problemas que elas enfrentam no mercado de trabalho? (voltar a estudar, validação de diploma, língua, salários, jornadas de trabalho, vínculo empregatício-carteira assinada, contrato, informalidade)
- Na sua opinião, as mulheres migrantes enfrentam desafios para conciliar maternidade, família, trabalho e estudo?
- Vocês ou o município realizam alguma atividade para apoiá-las? (creche, educação infantil, escola, formação de cuidadoras, outras pessoas da família que cuidam)
- Essas mulheres participam de algum movimento social ou de algum grupo de migrantes?
- Quais são as ações que o município/serviço realizam para políticas de transferência renda? (bolsa família, auxílio emergencial, outras políticas/iniciativas)

3. Saúde

- Poderia falar sobre o funcionamento e a estrutura dos serviços de saúde/ assistência para essas mulheres? (acesso, cobertura, ESF, CREA, conselho tutelar, hospitais gerais/mulheres, exames, acompanhamentos, encaminhamentos, serviços específicos para mulheres)
- Quais são as principais demandas de saúde das mulheres migrantes? (doenças, programas de prevenção)

- E sobre a saúde sexual e reprodutiva delas? (métodos contraceptivos, câncer de colo de útero, IST's, planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, nascimento, puerpério, parteiras, exames preventivos - mama e colo de útero, distribuição de absorventes/outras cuidados com a menstruação)
- Elas apresentam demandas de saúde mental? (histórico de saúde mental, episódios de saúde mental, principais sintomas/doenças, uso de álcool/drogas)

4. Violências

- Elas sofrem violências? Quais? (xenofobia, violência doméstica, violência institucional, as discriminações raciais/racismo, as desigualdades de gênero, violência sexual, os assédios moral e sexual, o trabalho escravo contemporâneo, a exploração sexual, tráfico de drogas, violência obstétrica)
- Quem são as mulheres que sofrem violências? Elas procuram os serviços de saúde, assistência social, OSC, grupos de migrantes, vizinhos ou outras redes de apoio?
- Como são os cuidados a essas mulheres em situação de violências? (atendimento médico, enfermagem, psicologia, assistência social; notificação/registro da violência; encaminhamento/contato com serviços intra e intersectorial: DEAM, conselho tutelar, segurança pública, hospitais, serviços especializados, escolas)
- Como você percebe que a emergência climática/as enchentes vividas no ano passado afetaram a vida dessas mulheres?

5. Desafios e avanços

- Na sua percepção existem dificuldades no cuidado às mulheres migrantes? Quais? (oferta e acesso aos serviços, número de profissionais e rotatividade, precariedade de contrato, formação de profissionais para o cuidado, dificuldades com língua e cultura de migrantes, questão política = **SENSÍVEL**)
- E sobre as mulheres migrantes, quais são as dificuldades que elas enfrentam? (documentação, língua portuguesa, desemprego, acesso aos serviços de saúde, mercado de trabalho, comunicação da violência, família (filhos, companheiros))
- Houve avanços no cuidado às mulheres migrantes? Você teria sugestões para a melhoria deste cuidado?
- Você gostaria de falar algo que não perguntei sobre o cuidado de mulheres migrantes?

APÊNDICE C – Roteiro semiestruturado para entrevista – segunda fase

Antes de começar, gostaria de dizer que as perguntas que serão feitas a partir de agora, referem-se ao contexto de mulheres/mulheres migrantes/violência sexual/aborto/direitos sexuais e reprodutivos. Então, sempre iremos pensar nesse sentido para conduzir a nossa conversa... Tudo bem?

1) Você poderia me contar um pouco sobre sua formação?

- Qual curso? Em qual país/estado/cidade cursou? Precisou revalidar diploma? Caso a formação tenha sido em outro local, como foi para chegar aqui no Amazonas?

2) Quem são os profissionais que trabalham junto com você?

- Qual formação? Vínculos empregatícios/instituições? Há outros profissionais migrantes também?

3) Você ou outros profissionais migrantes são uma referência pela questão do idioma? Você percebe uma certa preferência por isso?

4) Você(s) já atendeu(ram) demandas de mulheres em situação de violência sexual? Ou em busca de realizar uma interrupção de gravidez (aborto) fruto dessa violência? Se sim, como são essas pessoas que você atende?

- Quem são elas? Crianças? Adolescentes? Mulheres? Geralmente advindas de quais cidades/países?

5) CASO POSITIVO PARA RESPOSTA ANTERIOR,

Pensando em mulheres migrantes advindas de outros locais, elas precisaram se deslocar do seu lugar de origem para conseguir os acessos aos serviços de atendimento a violência sexual/interrupção da gravidez aqui em Manaus/no Brasil? E algum caso relacionado aos eventos climáticos extremos?

- Esses eventos levaram a esses deslocamentos? Esses eventos aumentam os números de violências?

6) Como você percebe os atendimentos dos profissionais que trabalham junto com você e atendem essas demandas de violência sexual/necessidade da interrupção da gravidez fruto da violência?

- Há diferença entre os profissionais que não são daqui com os brasileiros? Há diferença entre categorias profissionais? Há algum desafio relacionado a categoria profissional?
- 7) O que você fez/faz enquanto profissional? / E o que vocês fizeram/fazem enquanto instituição?**
- Condutas, encaminhamentos, comunicação com a rede? Existe um fluxo padrão? Algum procedimento operacional padrão (POP)?
- 8) Como fica a continuidade do serviço quando essas pessoas em situação de violência sexual/aborto são encaminhadas a outras instituições?**
- Existe um acompanhamento? Se não, você, sendo uma profissional de OSC, como acha que deveria ser/ter? Quais são os principais desafios? O que pode ser mantido? O que precisa ser reformulado/melhorado?