

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO  
CURSO DE MEDICINA

CATARINA GASPAR SILVA E SILVA

**PERCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES  
VENEZUELANAS, ADULTAS E ADOLESCENTES, EM SÃO LUÍS - MA**

PINHEIRO – MA

2024

CATARINA GASPAR SILVA E SILVA

**PERCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES  
VENEZUELANAS, ADULTAS E ADOLESCENTES, EM SÃO LUÍS - MA**

Pesquisa apresentada ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, como parte dos requisitos para a obtenção do título de médico.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Sara Fiterman Lima

PINHEIRO - MA

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Gaspar Silva e Silva, Catarina.

PERCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE  
MULHERES VENEZUELANAS, ADULTAS E ADOLESCENTES, EM SÃO LUÍS  
- MA / Catarina Gaspar Silva e Silva. - 2024.

40 p.

Orientador(a): Sara Fiterman Lima.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,  
Pinheiro, 2024.

1. Migração. 2. Gênero. 3. Direitos Sexuais. 4.  
Saúde Pública. 5. Maranhão - Brasil. I. Fiterman Lima,  
Sara. II. Título.

**CATARINA GASPAR SILVA E SILVA**

**PERCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES  
VENEZUELANAS, ADULTAS E ADOLESCENTES, EM SÃO LUÍS – MA**

Monografia apresentada ao Curso de Medicina  
da Universidade Federal do Maranhão, para  
obtenção do grau de médico.

Aprovada em / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dra. Sara Fiterman Lima (Orientador)**  
Doutor em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Me. Maria Hilda Araujo Ribeiro**  
Mestre em Saúde Materno Infantil  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dra. Amanda Namíbia Pereira Pasklan**  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Jomar Diogo Costa Nunes**  
Doutor em Ciências da Saúde  
Universidade Federal do Maranhão

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, inicialmente, a **Deus e Nossa Senhora de Fátima**, por terem sido minha verdadeira luz em meio a escuridão, acompanhando meus passos e me mantendo firme em meio as lutas diárias. A minha mãe, **Diana**, por ser meu grande exemplo, uma verdadeira guerreira que nunca soltou minha mão ou me deixou desistir dos meus sonhos. Dedico também aos meus avós maternos, **José** (in memoriam) e **Madalena**, pilares e alicerces em minha criação física, emocional e espiritual.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Nossa Senhora de Fátima, por terem sido minha verdadeira força e refúgio em todos os momentos.

A minha mãe, Diana, por ser meu grande amor, exemplo e espelho. Por ser eternamente o meu lar e refúgio, mesmo com a distância física de casa. Por ser uma inspiração em todas as instâncias e, principalmente, por acreditar mais em mim do que eu mesma.

Aos meus avós maternos, Madalena e José (in memorian), por serem pilares primordiais em minha criação física, espiritual e emocional. Por serem a extensão de um amor genuíno e incondicional.

Aos meus amigos de São Luís que, mesmo com a distância, se fizeram presentes e acompanharam cada fase e dificuldade enfrentada.

Aos meus amigos de jornada na Universidade Federal do Maranhão, por terem sido, em muitas ocasiões, minha família e parte do meu suporte.

A minha orientadora Dr<sup>a</sup> Sara Fiterman Lima, por, desde o primeiro período, ter sido um exemplo de profissional em quem me inspirei. Bem como por ter confiado a mim parte deste projeto grandioso.

Aos meus professores do ciclo básico e clínico, primordiais na construção da minha trajetória acadêmica.

Aos médicos que me ofereceram, durante o internato, acompanhar parte das suas vidas, histórias e ensinamentos.

A todos aqueles que contribuíram, torceram e estiveram ao meu lado durante todos esses anos.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”  
(Arthur Schopenhauer)*

## RESUMO

O contexto da migração corrobora para um cenário de exposição de diversas mulheres, adultas e adolescentes. A vulnerabilidade ocasiona sérios riscos referentes à saúde, incluindo estupros, tráfico, agressão sexual, abusos e discriminação social. Tal fator pode ser ainda mais presente em uma cidade pertencente a um dos estados mais pobres do país. O presente estudo possui o intuito de analisar a saúde sexual e reprodutiva de mulheres migrantes em São Luís – Maranhão. Consiste em uma investigação de abordagem qualitativa realizada em São Luís; com amostra do tipo intencional, composta por 11 mulheres venezuelanas que migraram para o Brasil, tendo como critérios de inclusão serem adultas e adolescentes, em idade reprodutiva, entre 15 e 49 anos, em residência prolongada no Maranhão e tendo vivido no interior do Estado. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas individuais e semiestruturadas. As questões envolveram a caracterização sociodemográfica, condições migratórias e estado de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Considerando as entrevistas realizadas com mulheres de língua espanhola e procurando respeitar - e mesmo valorizar tal especificidade - estas foram realizadas e transcritas em língua nativa, sendo posteriormente traduzidas para o português. Dessa forma, ao final deste estudo, considerando a avaliação das condições de saúde materna e infantil das mulheres venezuelanas, incluindo cuidados durante a gravidez, taxas de parto seguro e acompanhamento pós-natal, espera-se apoiar o desenvolvimento de melhorias para os cuidados de saúde sexual e reprodutiva para as mulheres venezuelanas. Além de contribuição para o debate sobre políticas públicas relacionadas à saúde das mulheres migrantes no Brasil.

**Palavras-chave:** Migração. Gênero. Direitos Sexuais. Saúde Pública. Maranhão – Brasil;



## ABSTRACT

The context of migration corroborates a scenario of exposure for several women, adults and adolescents. Vulnerability causes serious health risks, including rape, trafficking, sexual assault, abuse and social discrimination. This factor may be even more present in a city belonging to one of the poorest states in the country. The present study aims to analyze the sexual and reproductive health of migrant women in São Luís – Maranhão. It consists of a qualitative investigation carried out in São Luís; with an intentional sample, composed of 11 Venezuelan women who migrated to Brazil, with the inclusion criteria being adults and adolescents, of reproductive age, between 15 and 49 years old, living in Maranhão for a long time and having lived in the interior of the State. Data collection took place through individual and semi-structured interviews. The questions involved sociodemographic characterization, migratory conditions and health status, including sexual and reproductive health. Considering the interviews carried out with Spanish-speaking women and seeking to respect - and even value such specificity - these were carried out and transcribed in the native language, and later translated into Portuguese. Thus, at the end of this study, considering the assessment of maternal and child health conditions of Venezuelan women, including care during pregnancy, safe birth rates and postnatal follow-up, it is expected to support the development of improvements to child care. sexual and reproductive health for Venezuelan women. In addition to contributing to the debate on public policies related to the health of migrant women in Brazil.

**Key-words:** Migration. Gender. Sexual Rights. Public health. Maranhão – Brazil;

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
2.1 LOCAL DE ESTUDO.....	13
2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	13
2.3 COLETA DE DADOS .....	13
2.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	14
2.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
<b>7. APÊNDICE I .....</b>	<b>36</b>
<b>8. APÊNDICE II .....</b>	<b>39</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Estima-se que, desde meados de 2015, diversos países da América – principalmente no que diz respeito a Central e Sul – enfrentam um intenso fluxo de refugiados e imigrantes; cerca de 3,7 milhões de venezuelanos e meio milhão de migrantes de El Salvador, Honduras e Guatemala, têm fugido para países vizinhos (UNHCR ACNUR, 2019). No final de 2020, em relatório de migração exposto pela ACNUR, havia 20,7 milhões de pessoas refugiadas. Os números abundantes exemplificam que, mesmo com a ocorrência da pandemia, a perseguição contra esses indivíduos se fez presente e, devido a isso, houve a necessidade de os mesmos procurarem outras moradias (UNHCR ACNUR, 2020). O Brasil, seguindo a mesma tendência mundial, também se tornou abrigo de milhares de migrantes. Inclusive, dados exemplificam que esse número foi o mais alto até então, com cerca de 61.660 indivíduos refugiados reconhecidos e, dentre estes, 48.477 venezuelanos (UNHCR ACNUR, 2020).

Não obstante, grande parte desses migrantes são mulheres, representando um valor de 30% referente as que vão da América Central para o México e cerca de 50% da Venezuela para o Brasil e Colômbia (OIM, 2018). Decerto, observa-se que essas mulheres, principalmente as adolescentes, encontram-se extremamente vulneráveis nesse cenário. Diversas evidências demonstram que deslocamentos longos contribuem para desafios à saúde e, inclusive, para situações de risco acerca de estupros, tráfico, pobreza, discriminação e exclusão social, principalmente no que tange as diferenças culturais (TEMIN et al., 2013; VALDEZ; VALDEZ; SABO, 2015; BAROT, 2017). Nesse interim, torna-se importante salientar que tais desafios citados anteriormente afetam de maneira direta a saúde sexual e reprodutiva dessa população.

Apesar de parte da literatura relaciona a migração ser escassa no que se refere a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, principalmente no contexto da América Central e Venezuela (OPAS, 2019); há publicações que, mesmo sendo referentes a outros contextos, exemplificam que há diversas vulnerabilidades relacionadas as migrantes. Riscos como exploração e violência sexual contribuem para um cenário crescente de gestações indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) – como o HIV, por

exemplo -, morte materna e precariedade de vida como um todo (JAMIESON; MEIKLE; HILLIS, 2000; WHELAN; BLOGG, 2007; WARD; MARSH, 2016; IVANOVA; RAI; KEMIGISHA, 2018; OPAS, 2018). Ademais, torna-se oportuno citar que a literatura, em sua maioria, aborda a dimensão econômica, principalmente no que tange ao trabalho informal e a questão da desigualdade social (CASTLES; WISE, 2008; DELGADO WISE; COVARRUBIAS; PUERTES, 2010; BASTIA, 2013; BARBELET; WAKE, 2017; GRAWERT; MIELKE, 2018; BASTIA; PIPER, 2019).

A principal rota corresponde a entrada desses migrantes através do estado de Roraima, mais precisamente da cidade de Pacaraima. A partir dela, há a busca por melhoria de vida em diversos estados, sendo um deles o Maranhão. Segundo dados da Plataforma RV4 (Plataforma Regional de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela), a maioria dos migrantes correspondem a etnia WARAO e, no estado do Maranhão, migram, principalmente, para São Luís – a capital do estado -, São José de Ribamar e Imperatriz. Devido a especificidade dessa etnia, diversos agravantes contribuem para uma condição mais precária, devido a existência de questões culturais relevantes na vida dessas mulheres (STARRS et al., 2018; WICKRAMAGE; ANNUNZIATA, 2018). Podendo se considerar, deste modo, a migração como um determinante na escassa condição de saúde dessas indivíduos.

Diante do exposto, observa-se que há a necessidade de um olhar mais crítico a respeito das demandas que as migrantes venezuelanas enfrentam, principalmente no que tange a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Decerto, há a carência de pesquisas sobre os desafios enfrentados pelas mesmas, bem como pela falta de um atendimento de saúde adequado e equitativo. Tal fator se torna ainda mais desafiador quando enquadrado no cenário de um dos estados mais pobres do país, o Maranhão.

## 2. METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, o qual faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Percepções sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres venezuelanas, adultas e adolescentes, que se deslocaram para o Brasil”.

### 2.1 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado na realizada na cidade de São Luís – MA, capital do estado. Inicialmente, o estudo visava sediar a pesquisa no município de Pinheiro, entretanto não houve quantitativo expressivo de participantes venezuelanas, devido as suas características nômades de não permanecer no mesmo município durante a construção do trabalho.

A coleta de dados ocorreu em ruas e semáforos da capital, local o qual a maioria das venezuelanas buscavam auxílio financeiro.

### 2.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As protagonistas foram mulheres venezuelanas adultas e adolescentes, em situação de migração no Brasil, onde possuem como critério de inclusão estar em idade reprodutiva, considerando o conceito da OMS que define tal período como aquele compreendido entre 15 e 49 anos (OMS, 2011). A pesquisa foi composta por 11 mulheres.

Como critério de exclusão, adotou-se a barreira referente ao idioma, excluindo do projeto as mulheres que não falassem português ou espanhol.

Foi definido o critério de saturação teórica para delimitar o número de participantes. O qual consiste na suspensão de demais participações quando os dados alcançados, de acordo com a avaliação do próprio pesquisador, causar redundância (GLASER, STRAUSS, 1967; DENZIN, LINCOLN, 1994).

### 2.3 COLETA DE DADOS

Tais mulheres foram identificadas e entrevistadas de maneira individual, respeitando o tipo semiestruturado. Foram abordadas questões referentes a imigração, desde o momento da decisão até o atual, através de um roteiro previamente elaborado (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). As entrevistas foram realizadas com mulheres de língua espanhola e

respeitaram tal especificidade, sendo, portanto, realizadas em língua nativa com adolescentes e mulheres adultas que residam em São Luís – MA. Algumas das entrevistadas falavam português, outras espanhol. Acerca das que falavam espanhol, consta-se em parênteses a tradução para a língua portuguesa. Ademais, as entrevistas foram gravadas e transcritas na língua de origem para, posteriormente, serem traduzidas para o português caso haja necessidade.

## 2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com base nas falas de cada entrevistada e organizados em categorias de análise, para melhor discussão acerca da temática.

## 2.5 ASPECTOS ÉTICOS

O seguinte projeto faz parte de um estudo intitulado “Percepções sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres venezuelanas, adultas e adolescentes, que se deslocaram para o Brasil” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, CAAE nº 3561 7020.9.1001.5087 e segue todos os princípios delineados na Resolução 466/12 e Resolução CNS 580/2018. O sigilo das entrevistadas foi garantido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado, em língua espanhola, para todas as participantes.

### 3. RESULTADOS

O quadro 1 apresenta os dados de caracterização das 11 entrevistadas. Observa-se que as participantes eram mulheres adultas e adolescentes, com idades entre 14 e 55 anos. A maioria delas eram casadas, não possuía vinculação religiosa e não estudou de maneira completa. Todas elas eram da etnia indígena Warao.

Identificação da entrevistada	Idade	Estado civil	Religião	Cor da pele	Estudo
MM01	Não sabe	Casada	Evangélica	Indígena	Não
MM02	38 anos	Casada	Católica	Indígena	Não
MM03	16 anos	Solteira	Não possui	Indígena	“Sim, por 8 anos, mas não fui para escola. Meu tio me ensinou.”
MM04	45 anos	Casada	Não possui	Indígena	Não
MM05	50 anos	Casada	Católica	Indígena	Só até o ensino primário
MM06	55 anos	Viúva	Não possui	Indígena	Não
MM07	14 anos	Solteira	Não possui	Indígena	“Sim. Estudei por seis anos, mas em casa”
MM08	52 anos	Viúva	Evangélica	Indígena	Não
MM09	22 anos	Viúva	Não possui	Indígena	Sim. Até a educação secundária
MM10	Não sabe	Casada	Não possui	Indígena	Não
MM11	52	Casada	Não possui	Indígena	Não

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, os resultados traduzem o conjunto dos dados obtidos através das entrevistas e das impressões dos investigadores sobre os fenômenos investigados, extraídas dos diários de campo. Assim, inicia-se a apresentação dos dados revelando que para os pesquisadores, a aproximação com as entrevistadas foi permeada por diferentes dificuldades. Destaca-se dentre estas, a barreira idiomática, pois todas são indígenas Warao e possuem dialeto original de

sua comunidade. Algumas já arriscam palavras em português, mas observou-se um predomínio do espanhol como língua alternativa para comunicação. As de mais idade apresentaram maior dificuldade, pois conheciam apenas seu dialeto, necessitando da ajuda de um familiar presente para intermediar a comunicação. Tal intermediação quando realizada por uma filha, transcorreu de forma mais tranquila. Entretanto em algumas abordagens, havia a presença do seu cônjuge no local com uma postura de extrema vigilância sobre as perguntas e respostas, assumindo a intermediação. Em muitas situações, houve a impressão de que este influenciava nas respostas, numa perspectiva de omissão. Além disso, observou-se que, quando o esposo estava presente, mesmo que a mulher venezuelana soubesse falar um pouco da língua espanhola, era ele quem respondia as perguntas realizadas. Diante do exposto, nota-se que a cultura relacionada ao patriarcalismo Warao se faz presente até os dias atuais e configura um cenário onde a figura masculina ainda perpetua como caráter de chefe familiar.

A idade das mulheres venezuelanas observada foi inversamente proporcional a habilidade da língua espanhola, pois enquanto as mais velhas possuíam pouco ou nenhum domínio, as adolescentes e crianças não somente falavam espanhol, mas também entendiam parte do português e auxiliavam suas mães traduzindo tal linguagem para o Warao. Ainda que este auxílio tenha permitido a realização da entrevista, em muitas ocasiões as filhas eram crianças, que traduziam e indagavam suas mães tentando ajudar, mas acredita-se que houve perda das informações.

Além disso, mesmo com o incentivando-as para que as respostas fluíssem de maneira abrangente, para a obtenção de maiores informações, todas as dificuldades já descritas levaram a respostas pouco elaboradas e com fraco conteúdo.

Outro ponto que merece destaque é que todas as aproximações aconteceram quando as mulheres estavam realizando a coleta, uma prática comum nesta etnia, que consiste em pedir dinheiro nos semáforos. Mesmo tentando garantir um local



reservado para entrevista, esta acabou acontecendo em lugares com muito barulho e uma privacidade não ideal (destacando que se garantiu privacidade que permitisse a coleta, dentro do que foi possível).

### **Condições de vida e migração para o Brasil**

A migração é, por suas próprias características, um desafio que passa a ser enfrentado pelas mulheres de acordo com as condições de vida e as expectativas diante da nova realidade. Assim, imersas nas dificuldades decorrentes da crise econômica da Venezuela, as entrevistadas revelam que viviam em cenário de fome, desemprego e queda de poder aquisitivo:

*“Simplesmente recogí mis cosas y vine a Brasil. Vinimos cuando se había acabado todo el dinero. Vinimos toda mi familia y yo. En Venezuela el problema no era sólo la comida, sino también el valor de las cosas.” (Simplesmente peguei as coisas e vim para o Brasil. Viemos quando todo dinheiro acabou. Eu e toda a minha família viemos. Na Venezuela, o problema não era só a comida, mas também o valor das coisas) MM05.*

*“Tudo acabou. Nós sentimos fome e decidimos vir” (MM06)*

Revelam ainda que a troca de país ocorreu de maneira súbita e não planejada, incentivada pela busca por melhores condições de vida e saúde:

*“No me prepare. Mi marido y yo decidimos. La situación en Venezuela no es fácil. Solo tomamos nuestra ropa.” (Não me preparei. Meu marido e eu decidimos. A situação na Venezuela não é fácil. Só pegamos nossas roupas) MM02*

Diante das dificuldades vividas na Venezuela, as mulheres relatam que as condições de saúde da população também são desafiantes e que muitas chegam ao Brasil já com problemas de saúde:

*“En Venezuela todos están enfermos y no tienen salud. Yo también llegué enfermo” (Todo mundo está doente na*

*Venezuela e não tem saúde. Eu também cheguei doente) MM08*

Ademais, devido ao Brasil ter um sistema de saúde gratuito e universal e a Venezuela possuir uma falha existente acerca desse serviço, parte dessas mulheres admite que a expectativa por acesso a saúde foi um dos motivos que incentivou a decisão de migrar:

*“Minha mãe tem pressão alta e diabetes e não tinha como se cuidar na Venezuela. Me disseram que no Brasil ela teria atendimento e de graça. Então a gente veio” MM11*

Uma vez no Brasil e, mais especificamente no Maranhão, diversas entrevistadas relataram não se sentirem acolhidas e bem vistas, demonstrando que suas expectativas por melhores condições não se torna uma realidade concreta:

*“No tenemos ayuda No se preocupan” (Não temos ajuda. Não se importam) MM03*

*“Me sinto triste. As pessoas não nos dão atenção” MM06*

### **Descrevendo sua vida sexual e reprodutiva**

Ao questionar-se os dados relacionados a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, relativamente a menarca, temos na tabela 1 a associação entre a idade em que ocorreu, correlacionada com a idade das mesmas por ocasião da entrevista. Diante do exposto, nota-se que, quanto mais velha a entrevistada, mais difícil se torna lembrar com quantos anos houve a primeira menstruação. Entretanto, observa-se que a MM08, apesar de possuir 52 anos e estar, dentre as entrevistadas, em um patamar de idade mais avançada, relatou lembrar a idade que menstruou. Em contrapartida, a MM02 possui idade intermediária dentre as entrevistadas e, mesmo assim, não possui lembranças acerca da sua menarca. O que ainda foi possível realizar foi tentar identificar algumas idades em que, comumente, ocorrem a menarca. Entretanto, por fim, a mesma admitiu não lembrar a idade correspondente:

*“No recuerdo, yo era muy joven” (não me recordo, eu era muito jovem) [exemplificou-se idades como 11 ou 12 anos] “no sé, no recuerdo” (não sei, não lembro) MM02*

*“Creo que eran 13. Si, fue a la edad de 13 años” (Acho que foi com 13 anos. Sim, foi aos 13 anos) [Como foi?] “Me manche de sangre y me di cuenta de que me había quedado” (Me manchei de sangue e me dei conta que havia ficado) MM08*

Torna-se importante citar a MM01 e a MM10 que, infelizmente, não sabem sua própria idade atual, corroborando para que também não saibam a idade da sua menarca.

*“No me recuerdo” (Não me lembro) MM10*

**Tabela 1 - Relação entre idade e ocorrência da menarca**

ENTREVISTADA	IDADE ATUAL	IDADE DA MENARCA
MM01	Não sabe	Não sabe
MM02	38 anos	Não lembra
MM03	16 anos	12 anos
MM04	45 anos	Não lembra
MM05	50 anos	Não lembra
MM06	55 anos	Não lembra
MM07	14 anos	13 anos
MM08	52 anos	13 anos
MM09	22 anos	11 anos
MM10	Não sabe	Não lembra
MM11	-	-

Fonte: autoria própria

Na tabela 2, demonstra-se a relação entre a idade que ocorreu a primeira relação sexual e a ocorrência de relações sexuais atuais. Verifica-se que, tanto a MM03 quanto a MM07, relatam nunca ter tido relações sexuais. Ao correlacionar a

tabela 1 com a tabela 2, observa-se que as entrevistadas possuem 16 e 14 anos respectivamente.

Além disso, é oportuno salientar que a maioria das entrevistadas relatam não lembrar a idade em que tiveram a primeira relação sexual, bem como que não há mais realização da atividade sexual. Entre as que lembram, o início da vida sexual está associado ao casamento, e das que estão sem atividade sexual, algumas relatam como motivo o fato de o parceiro ainda estar na Venezuela:

*“Fue con mi esposo, cuando me casé. Yo tenía 18 años” (Foi com meu esposo, quando eu casei. Eu tinha 18 anos) MM02.*

*“... meu namorado ainda está na Venezuela” e, por esse motivo, não há a realização da prática atualmente” MM09.*

Ademais, identifica-se que, ao comparar a tabela 1 e a tabela 2, a MM01 e a MM10 são as únicas entrevistadas que não lembram sua idade atual e, surpreendentemente, são também as únicas que ainda possuem relações sexuais. Tal fator pode estar relacionado a idade das mesmas ou apenas a rotina que ainda possuem com seus respectivos cônjuges.

*“Sim, tenho” [Indagada sobre a frequência e com quem realizava o ato, respondeu] “Faz 5 dias, com meu marido” MM10*

**Tabela 2 - Início da vida sexual e vida sexual atual**

ENTREVISTADA	PRIMEIRA RELAÇÃO	RELAÇÃO SEXUAL ATUAL
MM01	Não lembra	Ainda realiza
MM02	18 anos	Não realiza mais
MM03	Não teve	-
MM04	Não lembra	Não realiza mais
MM05	Não lembra	Não realiza mais
MM06	Não lembra	Não realiza mais
MM07	Não teve	-
MM08	15 anos	Não realiza mais

MM09	18 anos	Não realiza no momento
MM10	Não lembra	Ainda realiza
MM11	-	-

Fonte: autoria própria

No que se refere a violência sexual, todas as entrevistadas relatam nunca terem sofrido algum tipo de violência, em contrapartida, quando esta resposta é associada com prazer durante o sexo, emerge a necessidade de reflexões, pois duas das entrevistadas revelam prática sexual sem desejo, apenas para satisfazer a vontade do parceiro, demonstrando seu desconhecimento sobre este fato ser um tipo de violência:

*“... es solo que a veces me gustaba, pero no siempre era” (é que as vezes eu gostava, mas nem sempre) [e após ser questionada se, ainda assim, o ato sexual continuava sendo praticado expõe] “si, mi marido queria” (sim, meu marido queria) MM08.*

*[Questionada se todas as vezes ela sentia prazer durante o ato, responde] “É assim, nem todas as vezes, né?” [perguntou-se se, ainda assim, ela realizava o ato. A mesma relatou] “quando meu namorado quer, eu faço” MM09*

**Tabela 3 - Violência sexual, prazer e dor no sexo**

ENTREVISTADA	VIOLÊNCIA SEXUAL	PRAZER NO SEXO	DOR NO SEXO
MM01	NÃO	SIM	NÃO
MM02	NÃO	SIM	NÃO
MM03	NÃO	NÃO PRATICA	NÃO PRATICA
MM04	NÃO	SIM	NÃO
MM05	NÃO	SIM	NÃO
MM06	NÃO	SIM	NÃO
MM07	NÃO	NÃO PRATICA	NÃO PRATICA
MM08	NÃO	AS VEZES	NÃO
MM09	NÃO	SIM	NÃO

MM10	NÃO	SIM	NÃO
MM11	NÃO	SIM	NÃO

Fonte: autoria própria

No que se refere a educação sexual e meios contraceptivos, conforme demonstrado na Tabela 4, nota-se que a maioria das entrevistadas não utilizam preservativo e não sabem como utilizar. Destacam-se que algumas falas demonstram que as mulheres sabem o que é a camisinha, mas não possuem o hábito de utiliza-la. O seu uso, segundo elas, está associado ao ato contraceptivo, servindo para evitar uma possível gravidez, o que culturalmente não é uma preocupação para sua etnia. No que se refere a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, o fato de manterem relações sexuais apenas com o parceiro faz deste item algo dispensável, uma vez que não possuem comportamento de risco:

*“... Nunca tive cuidados para não engravidar” (MM06).*

*“...porque solo lo hice com mi marido” (porque só fiz isso com meu marido). [sobre saber utilizar] “no sé” (não sei). MM08*

**Tabela 4 - Uso de camisinha**

ENTREVISTADA	USO DE CAMISINHA	SABE UTILIZAR?
MM01	NÃO	NÃO
MM02	NÃO	NÃO
MM03	NÃO	NÃO
MM04	NÃO	NÃO
MM05	NÃO	NÃO
MM06	NÃO	NÃO
MM07	NÃO	NÃO
MM08	NÃO	NÃO
MM09	SIM	SIM
MM10	NÃO	NÃO
MM11	NÃO	NÃO

Fonte: autoria própria

Considerando que a maioria das entrevistadas não fazem uso de preservativo ou de qualquer outro método contraceptivo, justificam-se os achados da Tabela 5, em que a muitas registram ter engravidado e, parte delas, tiveram mais de 6 gestações. No tocante aos abortos, o número também é preocupante pois a maioria perdeu pelo menos um filho. Entretanto, pelas falas também é possível perceber que algumas perdas estão associadas a problemas de saúde com baixa procura por atendimento.

*[Quantas vezes engravidou?] “Doce” (doze) [Perdeu algum filho antes dele nascer?] “Três” MM09*

*“Tuve siete hijos. Tres murieron en Venezuela y uno em Brasil” (Tive sete filhos. Três morreram na Venezuela e um no Brasil), [sobre os motivos] “Uma gripe. No vamos muy al hospital” (Uma gripe. Não vamos muito ao hospital) MM02*

**Tabela 5 - Relação entre gravidez, aborto e filhos vivos**

ENTREVISTADA	Nº GRAVIDEZ	ABORTO	FILHOS VIVOS
MM01	2	1	1
MM02	7	0	4
MM03	0	0	0
MM04	3	0	3
MM05	4	0	2
MM06	13	0	7
MM07	0	0	0
MM08	12	3	5
MM09	0	0	0
MM10	6	0	-
MM11	-	-	-

Fonte: autoria própria

O hábito pela busca dos serviços de saúde não é comum entre as entrevistas, e de acordo com dados da Tabela 6, esta situação não modifica durante a gestação,

pois a maioria relata não ter feito pré-natal, até mesmo nos casos em que tiveram mais de uma gestação:

*“[pré-natal] Não fiz em nenhuma gravidez” MM10*

Da mesma forma, os partos costumam ser feitos em domicílio, não havendo o hábito da busca de serviços de saúde para fazê-lo de forma assistida, o que pode em determinados casos, já que não existe pré-natal, transcorrer com complicações e aumentar os riscos para mulher e criança:

*“Todo el mundo era normal, em casa” (Todo mundo era normal, em casa) MM08*

**Tabela 6 - Realização do Pré-Natal**

ENTREVISTADA	REALIZAÇÃO DE PRÉ NATAL
MM01	NÃO
MM02	NÃO
MM03	NUNCA FICOU GRÁVIDA
MM04	SIM
MM05	NÃO
MM06	NÃO
MM07	NUNCA FICOU GRÁVIDA
MM08	NÃO
MM09	NUNCA FICOU GRÁVIDA
MM10	NÃO
MM11	NÃO

Fonte: autoria própria

### **Acesso à educação e saúde sexual e reprodutiva no Brasil**

A descrição da saúde sexual e reprodutiva das entrevistadas aponta para várias questões que precisam ser acompanhadas e melhoradas através de educação em saúde. No entanto, quando observados os dados da Tabela 7, percebe-se uma grave lacuna, pois todas as entrevistadas negam ter recebido qualquer tipo de acesso à educação sexual no Brasil:



*“No temos educacion aqui” (Não temos educação aqui) MM03*

*“Não tenho educação sexual. Nunca tive acesso a nada” MM07*

Durante as entrevistas, questionou-se ainda sobre o acesso aos serviços de saúde no Maranhão e observou-se que as mulheres seguem com a prática de não buscar atendimento em serviços de saúde também no Brasil:

*“No voy al hospital aqui” (Não vou ao hospital aqui) MM02*

Porém, apesar da fala de MM02, houve entrevistadas que afirmaram buscar o serviço de saúde quando houve necessidade. Entretanto, referente a saúde sexual e reprodutiva como um todo, MM05 também relata não ter tido acesso.

*“Cuendo sinto dolor, voy a la UPA do Parque Victoria” (Quando sinto dor, vou a UPA do Parque Vitória) MM05*

*[Questionada sobre o acesso à educação sexual no Brasil, expôs]  
“no sé, no tengo” (não sei, não tenho) MM05*

Além disso, tentou-se durante as entrevistas obter informações sobre as necessidades acerca da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres como um todo, incluindo a possibilidade de haver algum tipo problema ginecológico; visto que, caso fosse possível, houvesse uma orientação adequada de como prosseguir. Fato este que ocorreu com MM08:

*“Tengo una carne que sale” (Eu tenho uma carne que sai)  
[questionou-se como era] “Tengo algo de carne bajando)”  
(Tenho um pouco de carne caindo) [ao ser questionada sobre  
a busca por tratamento, a mesma respondeu] “todavía no” (ainda não) MM08  
[após a entrevista, orientou-se a entrevistada sobre como dar  
prosseguimento para ter um atendimento ginecológico].*

**Tabela 7 - Acesso à educação e saúde sexual e reprodutiva no Brasil**

ENTREVISTADA	ACESSO A EDUCAÇÃO SEXUAL NO MA	ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL/REPRODUTIVA
MM01	NÃO	NÃO
MM02	NÃO	NÃO
MM03	NÃO	NÃO
MM04	NÃO	NÃO
MM05	NÃO	NÃO
MM06	NÃO	NÃO
MM07	NÃO	NÃO
MM08	NÃO	NÃO
MM09	NÃO	NÃO
MM10	NÃO	NÃO
MM11	NÃO	NÃO

Fonte: autoria própria

Além deste fato, destaca-se também o medo por parte dessas mulheres ao buscar ajuda e sofrer com o preconceito, descaso e maus tratos. Não obstante, levanta-se a hipótese que parte delas pode não possuir a documentação correta, mesmo que todas tenham relatado que são documentadas; em suma, tal fator também corrobora para que a busca ao acesso a saúde seja ínfima.

*“Não tive acesso devido ao medo de ser deportada para a Venezuela” MM10*

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos no presente estudo, observa-se que a saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes venezuelanas se configura realmente como uma intempérie. Entretanto, vale-se ressaltar a diferença acerca da cultura se comparada a brasileira, principalmente no que diz respeito a etnia Warao. Ademais, nota-se que a dificuldade e desconforto oferecidas através de respostas não advém apenas do dialeto, mas, principalmente, da presença do cônjuge ou dos próprios filhos ao lado dessas mulheres; fator este que corroborou para resistência, de certo modo, de exemplificar mais situações ocorridas.

Entretanto, os desafios encontrados por estas mulheres não se resumem apenas ao caráter sexual e reprodutivo, mas afetam sua qualidade de vida como um todo. Há evidências que demonstram que deslocamentos longos – como este ocorrido com a troca abrupta de país – contribui para que haja desafios acerca da saúde, envolvendo, desde modo, situações de risco, ocorrências de tráfico, pobreza e discriminação social, principalmente quando se compara diferentes culturas (TEMIN et al., 2013; VALDEZ; VALDEZ; SABO, 2015; BAROT, 2017). Além disso, o cenário de fome e desemprego vivido por essas mulheres, corrobora para que a troca de país ocorra de maneira súbita e não planejada. A busca por melhores condições de vida e saúde são uma realidade preponderante na vida das migrantes entrevistadas.

De acordo com dados do ACNUR e do Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), o Brasil registrou, até novembro de 2022, a entrada de 8653 indivíduos indígenas venezuelanos de diferentes etnias. Dentre eles, cerca de 4,2 mil são mulheres, majoritariamente da etnia Warao. Segundo informações do CONARE, cabe as mulheres de etnia Warao o processo de produção da alimentação, cuidado com os filhos, organização da família e, por muitas vezes, tais indivíduos assumem o papel de provedora financeira familiar. O protagonismo feminino dessa etnia decorre, em parte, da prática da coleta – ato de pedir dinheiro e doações - realizada por essas mulheres.

Desse modo, surge, cada vez mais, a necessidade de discutir acerca da feminização das migrações e das adversidades encontradas por elas mesmas, bem como sobre a correlação entre o gênero e os fatores ligados a saúde como um todo, visto que não há um olhar adequado destinado para tal problemática.

Nota-se que há um verdadeiro desafio humanitário, principalmente relacionada a questão sanitária. Não obstante, a barreira cultural corrobora para que diversas dessas mulheres não sejam incluídas nos sistemas de informações, prevenções e tratamentos, buscando serviços de saúde somente em situações emergenciais ou, em alguns casos, nem se quer buscando auxílio. Diversas entrevistadas relataram não se sentirem acolhidas e bem vistas no Maranhão, o que, em parte, também justifica a busca tardia por atendimentos relacionados a saúde.

Entretanto, de acordo com relatos adquiridos nas entrevistas, a prática de ir aos hospitais e buscar ajuda, não fazia parte do cotidiano de algumas dessas mulheres. Em suma, isso ocorre porque a medicina tradicional desses povos se sobressai se comparada a medicina convencional. Além disso, a ausência de um atendimento diferenciado e humanizado em saúde faz com que, diversas dessas mulheres, enxerguem a experiência como negativa; visto que não há a preocupação do profissional em explicar adequadamente o procedimento médico que será realizado ou as medicações que serão prescritas; o que corrobora para que, em diversas ocasiões, as migrantes se sintam inseguras e não busquem mais auxílio (ACNUR, 2020). Cabe destacar também a barreira linguística, fator esse que se torna um desafio considerável na busca por cuidados de saúde, principalmente porque a adaptação a uma nova língua e cultura, compromete uma comunicação mais efetiva entre as migrantes e os profissionais de saúde (BITTAR; FREITAS, 2019). Além deste fato, é oportuno salientar também o medo por parte dessas indivíduos ao buscar ajuda e sofrer com o preconceito, descaso e maus tratos. Decerto, tais fatores contribuem para que a busca ao acesso a saúde seja ínfima.

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a integralidade, equidade e universalidade como suas três principais diretrizes. Partindo-se desse pressuposto, destaca-se a universalidade e a sua proposta de oferecer acesso igualitário aos serviços e ações de saúde para todos que estejam em território brasileiro. Ademais, ressalta-se também a equidade, diretriz que leva em consideração as necessidades diferenciadas de cada indivíduo – incluindo o caráter cultural – visando, de certo modo, combater possíveis desigualdades sociais. Embora tais citações sejam direitos de todo e qualquer indivíduo, é de suma importância reiterar isso quando se correlaciona o caráter migratório e o gênero feminino.

Visando endossar tal atendimento universal, o Ministério da Saúde, em abril de 2024, lançou uma nota voltada sobre a saúde associada a migração, envolvendo,

principalmente, migrantes, refugiados, apátridas ou vítimas de tráfico de pessoas. O documento é direcionado para atenção primária – principal porta de entrada do SUS – e visa orientar os profissionais de saúde, incluindo os agentes comunitários (ACS), uma melhor abordagem a esse público diverso. Busca-se com essa proposta, aproximar mais os migrantes da saúde pública brasileira e, com isso, evitar situações exemplificadas na tabela 5 (Relação entre gravidez, aborto e filhos vivos).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde sexual é um estado que correlaciona o bem estar físico, mental e social, relacionado a sexualidade; para que isso seja alcançado e mantido, os direitos sexuais dos indivíduos devem ser protegidos, exercidos e respeitados. Nesse interim, inclui-se não somente o direito ao ato sexual em si, mas aos métodos contraceptivos modernos e seguros, bem como ao estado de liberdade do indivíduo. Entretanto, a interface gênero-migração, corrobora para que diversas mulheres migrantes não tenham seus direitos atendidos. Inclusive, com o aumento da migração feminina, estudos apontam maior vulnerabilidade acerca da saúde sexual e reprodutiva, incluindo indicadores envolvendo gestações indesejadas, menor uso de contraceptivos e consequências referentes ao período perinatal – como a mortalidade – e pós natal, onde destaca-se o baixo peso (ROCHA; DIAS; GAMA, 2010).

Correlaciona-se a isso, a tabela 6 (Realização do pré-natal) em que todas as entrevistadas que já tiveram alguma gestação não tiveram acesso a esse acompanhamento. Apesar das gestações não se limitarem ao Brasil, nota-se que no próprio país de origem dessas migrantes, não há uma preocupação em oferecer um serviço adequado acerca da saúde sexual e reprodutiva das mesmas, o que endossa ainda mais a necessidade de ofertar mais saúde a estas indivíduos.

Tal prerrogativa se torna ainda mais fidedigna quando se observa que todas as entrevistadas correspondem a etnia Warao, um grupo étnico e intimista específico, onde os recursos são ainda mais limitados.

Em uma revisão integrativa acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes na América Central, Sul e os EUA, identificou-se que a dificuldade ao acesso a saúde possui ligação com a falta de domínio do idioma específico (Warao), discriminação, preconceito e xenofobia dos profissionais de saúde com o grupo em questão. Além disso, destaca também que as mulheres indígenas – onde a etnia Warao se inclui – possui ainda menos acesso,

principalmente se não há um fator como a gravidez ligada a elas. Reflete-se, dessa forma, a falta de autonomia sobre o planejamento reprodutivo, incluindo intervenções acerca das contracepções desejadas e a carência de orientações relativas à saúde e controle menstrual (SOBREIRA, 2021).

Abre-se, desse modo, lacunas acerca das orientações sobre as infecções sexualmente transmissíveis, bem como dificuldades referentes a adoção comportamental de mulheres aos métodos contraceptivos. Devido a isso, a exacerbação da suscetibilidade feminina em meio as IST's (infecções sexualmente transmissíveis) se tornam ainda mais preocupante. Inclusive, publicações em estudos referentes a esse contexto, identificaram diversas vulnerabilidades para as mulheres migrantes. Dentre elas, um número crescente de gestações indesejadas, infecção por HIV e outras transmissíveis, comportamento sexual de risco, morte materna e precariedade de vida em geral (JAMIESON; MEIKLE; HILLIS, 2000; WHELAN; BLOGG, 2007; WARD; MARSH, 2016; IVANOVA; RAI; KEMIGISHA, 2018; OPAS, 2018).

Em um estudo conduzido pela médica Rachel Soeiro, em 2021, intitulado “Avaliação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para venezuelanos nas fronteiras venezuelanas com o Brasil e a Colômbia”, financiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cita que as principais reclamações realizadas pelas migrantes foram referentes ao atendimento médico e ao acesso aos produtos de higiene. Segundo Soeiro, 91% das venezuelanas que procuraram o serviço de saúde em busca de contraceptivos, nem se quer foram atendidas. Cita-se também que parte dessas indivíduos não tinham conhecimento sobre medicações que poderiam aliviar a cólica menstrual e garantir uma experiência menos dolorosa. Além disso, o estudo demonstrou que a menstruação é considerada um tabu e, conseqüentemente, motivo de constrangimento por parte dessas migrantes; cerca de 93,2% das entrevistadas demonstraram preocupação com a possibilidade dos seus descartes menstruais serem vistos por alguém. Evidencia-se, desse modo, uma situação de pobreza menstrual vivenciado por essas indivíduos.

Ademais, fatores como o patriarcalismo e a cultura machista ainda enraizada nessa sociedade, principalmente relativa ao grupo étnico Warao, corrobora para que situações de violência sexual sejam ocorridas sem que houvesse noção da vítima sobre o ato. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), define-se violência sexual como “todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações

sexuais indesejadas”. Cabe destacar que as mulheres refugiadas e migrantes encontram-se em maior vulnerabilidade, não somente pela questão do deslocamento, mas, principalmente, por perder parte de sua rede de proteção. Além desse fator, com o processo de deslocação, muitos homens perdem seu status como “provedor”, podendo se tornar violentos; o que, em síntese, contribui para que haja um aumento da violência e agressões (inclusive domésticas) contra mulheres e meninas (ACNUR, 2019).

A Lei de Migração nº13.684, de 21 de junho de 2018, dispõe de medidas assistencialistas emergenciais para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade oriundas do fluxo migratório; em suma, tal decreto é oferecido através do SUS (Sistema Único de Saúde). Entretanto, apesar de tal medida possuir o objetivo de amenizar as adversidades vividas por esses migrantes, diversas mulheres não são abrangidas nos sistemas de informação, prevenção e tratamento (NIELSSON; STURZA; WERMUTH, 2019). Tal situação se torna ainda mais preocupante quando correlacionada a um dos estados mais pobres do país, o Maranhão. Mesmo com a capital, São Luís, sendo o município com o maior número de migrantes no estado (OIM, 2020); observa-se que o descaso relativo à educação sexual e reprodutiva das mulheres migrantes é uma realidade preponderante. Não obstante, nota-se, através das entrevistas – sobretudo na tabela 7 (Acesso a educação sexual e reprodutiva no Brasil) - que todas as indivíduos nunca tiveram alcance informativo relacionado a isso.

Corroborando, de tal modo, para que o estudo realizado na capital São Luís seja mais um fator comparativo de divergências no oferecimento de um olhar mais empático e humanitário a essa população.

## 5. CONCLUSÃO

Decerto, é notável que a saúde sexual e reprodutiva das imigrantes venezuelanas é um problema de saúde pública. Discussões acerca da correlação entre as questões de gênero e os fluxos migratórios são de suma importância para endossar mais responsabilidades ao Estado. Apesar do Maranhão se enquadrar como um dos estados mais pobres do país, é parte importante da rota de imigração dessas indivíduos e, devido a isso, deve estar apto para recebê-las, a fim de oferecer um mínimo de dignidade. Observou-se, durante todo o estudo, a falta de instrução dessas mulheres, bem como a dificuldade de buscar melhorias de vida.

A pesquisa como um todo, demonstra que o grupo étnico Warao possui inúmeros costumes próprios, assim como o seu dialeto. A barreira não é apenas linguística, mas também educacional, econômica e social. Devido a isso, adentrar em um país desconhecido traz consigo medos e anseios, estampados nos rostos de cada mulher venezuelana entrevistada. A cultura enraizada nessa sociedade é um fator preponderante e dificultador no acesso aos serviços de saúde, visto que parte dos profissionais podem não saber lidar com tais diferenças. Entretanto, a busca por mais condições financeiras, saúde e proteção dos filhos era algo notável. Dificilmente foi encontrado mulheres sozinhas, a maioria delas sempre estavam acompanhadas de filhos e da família como um todo, demonstrando a força e união entre eles. Porém, a desinformação também era tão notável quanto. Paralelo a isso, o medo de buscar serviços de saúde e sofrerem consequências por essa ação, como a volta para o seu país de origem, a Venezuela.

Neste cenário, falar em saúde sexual e reprodutiva é, cada vez mais, uma adversidade. A maioria delas nem se quer sabe o que o termo significa ou, nem tampouco, entendem que a saúde sexual e reprodutiva deveria ser prioridade e, principalmente, direito de cada uma delas. Não só no que concerne aos métodos contraceptivos em si, mas também compreender o direito das mesmas em realizar atos sexuais apenas quando realmente sentirem vontade para tal. Não obstante, estender a saúde sexual que deveriam receber para os seus futuros filhos, obtendo gestações mais tranquilas, com um pré-natal e acompanhamento adequado, visto que isso pode ser um fator preponderante de prevenção para mortes futuras.



Nesse interim, cabe destinar um olhar mais minucioso e empático para essas migrantes que enfrentam tantas intempéries. Entende-se que essas indivíduos estão no Brasil e, principalmente, em São Luís, por busca de melhores condições de vida para si e para os seus filhos; situação esta que não é concebida na Venezuela. Enquanto Estado, deve-se oferecer mais acesso a saúde sexual e reprodutiva das imigrantes venezuelanas, bem como serviços de imunização, consultas, apoio psicológico e, principalmente, orientações. As explicações devem incluir doenças que abrangem a sociedade, como diabetes e hipertensão, bem como patologias relacionadas a vida sexual, como as IST's. Os programas de saúde devem ser contextualizados de acordo com a realidade de cada migrante, avaliando e valorizando sua etnicidade. Destaca-se, por fim, que disponibilizar mais saúde e informação para essas mulheres é garantir uma melhor qualidade de vida para elas e um olhar mais empático para a população.

## 6. REFERÊNCIAS

- ABUBAKAR, I. et al. The UCL-Lancet Commission on migration and health: the health of a world on the move. **The Lancet** (2018), v. 392, p. 2606-54, 2018.
- UNHCR ACNUR. Agência da ONU para Refugiados. Disponível em: <https://www.acnur.org>. Acesso em: 4 jan. 2024.
- ANGULO-PASEL, C. The journey of Central America women migrants: engendering the mobile commons. **Mobilities**, v. 13, n. 6, p. 894-909, set. 2018.
- ASCHIDAMINI, I.; SAUPE, R. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2004.
- BARBELET, V.; WAKE, C. Meios de subsistência em deslocamento: das perspectivas dos refugiados à resposta da agência de ajuda. **Overseas Development Institute (ODI)**, 2017. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/5a2a63c94.html>. Acesso em: 20 mar. 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAROT, S. In a State of Crisis: Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs of Women in Humanitarian Situations. **Gutmacher Policy Review**, v. 20, p. 24-30, 2017.
- BASTIA, T. **Migration and Inequality**. 1. ed. London: Routledge, 2013.
- BASTIA, T; PIPER, N. Women migrants in the global economy: a global overview (and regional perspectives). **Gender and Development**. v. 27, n. 1, p. 15-30, Mar 2019
- CANTOR, D. J. The new wave: Forced displacement caused by organized crime in Central America and Mexico. **Refugee Survey Quarterly**. 3. ed., v. 33. n. 22, p. 34-68, 2014.
- CASTLES, S.; WISE, R. D (Ed.). **Migration and development: perspectives from the South**. Geneva: International Organization for Migration (IOM), 2008.
- DELGADO WISE, R.; COVARRUBIAS, H. M.; PUERTES, R. **Reframing the debate on migration, development and human rights: fundamental elements**. 2010. Disponível em: <http://ricaxcan.uaz.edu.mx/jspui/handle/20.500.11845/48>. Acesso em: 28 mar. 2024.
- GRAWERT, E.; MIELKE, K. **Coping with protracted displacement: How Afghans secure their livelihood in Afghanistan, Iran and Pakistan**. Bonn International Center for Conversion (BICC), out. 2018.
- HUMAN RIGHT WATCH (HRW). **The Venezuelan exodus: the need for international protection and the region's response**. Nova York: HRW, Set. 2018. Disponível em: [encurtador.com.br/jpsK5](https://www.hrw.org/report/2018/09/20/venezuela-exodus). Acesso em: 6 abr. 2024.

IVANOVA, O.; RAI, M.; KEMIGISHA, E. A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and Access to services among Refugee, migrant and displaced girls and Young women in Africa. **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 8, p. 1583, 2018.

SAÚDE DOS IMIGRANTES VENEZUELANOS: REVISÃO DE ESCOPO. **Cienc Cuid Saude**, [s. l.], 2021. DOI 10.4025/cienc cuidsaude.v20i0.56000. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/56000/751375153460>. Acesso em: 6 abr. 2024.

NIELSSON, Joice Graciele; STURZA, Janaína Machado; WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi. O acesso direto à saúde reprodutiva das mulheres migrantes: revelando processos de precariedade na vida. **Revista Direito e Saúde**, Córdoba, v. 3, n. 3, p. 109-119, out. 2019

SOBREIRA, Joyce Veceli Barros da et al. Migração, refúgio e saúde sexual e reprodutiva na América Central, Sul e EUA: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 16, e5101623698, 2021

**Agências da ONU trabalham pelo empoderamento econômico de mulheres indígenas venezuelanas.** Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/agencias-da-onu-trabalham-pelo-empoderamento-economico-de-mulheres-indigenas-venezuelanas>>. Acesso em: 22 jun. 2024.

**Campanha pelo fim da violência contra a mulher dá voz a refugiadas e migrantes venezuelanas em Roraima.** Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2019/12/12/campanha-pelo-fim-da-violencia-contr-a-mulher-da-voz-a-refugiadas-e-migrantes-venezuelanas-em-roraima/>>. Acesso em: 23 jun. 2024.

**Jovens migrantes na fronteira do abandono.** Disponível em: <<https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/685/jovens-migrantes-na-fronteira-do-abandono>>. Acesso em: 25 jun. 2024.

**Os Warao no Brasil.** Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/04/WEB-Os-Warao-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2024.

## 7. APÉNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y INFORMADO PARA MUJERES

**NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN:** “Necesidades y desafíos relacionados con la salud sexual y reproductiva de mujeres adultas y adolescentes migrantes”, parte de un proyecto más grande titulado “Redressing Gendered Health Inequalities of Displaced Women and Girls in Contexts of Protracted Crisis in Central and South America (ReGHID) (Reparación de las desigualdades de salud de género en mujeres y niñas desplazadas en contextos de crisis a largo plazo en América Central y del Sur)”.

Este es un documento que proporciona información y aclaraciones sobre la investigación a la que se refiere esta invitación. Después de leerlo, si acepta formar parte del estudio, es necesario que firme este documento al final. Si no está de acuerdo, simplemente no firme y su voluntad será respetada. Somos un grupo de investigadores de Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) y la Universidad Federal de Maranhão (UFMA), en asociación con la Universidad de Southampton (Inglaterra), que realiza una investigación con el objetivo de “Analizar las necesidades y desafíos de salud reproductiva de mujeres adultas y adolescentes migrantes, que se desplazan de Venezuela a Brasil.

#### ACLARACIONES:

**Antes de conocer la investigación, es importante saber lo siguiente:**

- No está obligado a participar en la encuesta, por lo que su participación es voluntaria;
- Puede decidir no participar o dejar de participar en cualquier momento;
- Si no quiere participar, no será perjudicada;
- Esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación. Destacamos que los Comités de Ética fueron creados de manera independiente, permitiendo una discusión entre diferentes profesionales sobre la propuesta de estudio, para evaluar y garantizar la protección, integridad y dignidad de los participantes de la investigación y asegurar que su desarrollo se de dentro de estándares éticos;
- Este consentimiento informado tendrá su firma en todas las páginas del documento y al final del mismo, además, contiene los contactos de los investigadores para cualquier inquietud en relación a la investigación, y del Comité de ética en investigación para que sea utilizado en caso de que sus inquietudes no sean resueltas por el equipo de investigadores.
- Este documento de consentimiento informado tiene dos copias. Una de ellas es suya para garantizar el acceso a la información, y la otra es del investigador responsable de llevar el registro de su consentimiento.
- Las dos copias deben contener su firma y la de los investigadores responsables.

#### ¿QUÉ HARÁ AL PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN?

Si acepta participar en esta investigación, le pediremos que responda algunas preguntas en un cuestionario impreso y participe de una conversación para discutir sobre sus necesidades de salud reproductiva como mujeres que migraron de Venezuela para Brasil. Esta conversación puede durar de 40 minutos a 2 horas, pero puede dejar de participar en cualquier momento. Su discurso nos

ayudará a entender estas necesidades, para que podamos saber cuáles son los problemas más importantes.

### **¿HAY RIESGOS EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

Esperamos que nuestro estudio no le genere problemas y estamos comprometidos en hacer todo lo posible para protegerlo de los posibles riesgos relacionados con la investigación. Por la forma en que se planificó el estudio, creemos que no existen riesgos para usted, sin embargo, admitimos que en nuestra conversación, es posible que experimente algún tipo de malestar asociado al tiempo de la conversación y/o las sensaciones que surgen de ella. Si surge alguna molestia durante nuestra conversación, le pedimos que hable con nosotros, pero también estaremos atentos para notarlo, y nos comprometemos a interrumpirlo si es su voluntad. Todas las personas involucradas en el estudio, son previamente capacitadas para llevar a cabo estas conversaciones de forma segura. Además, nos comprometemos a ayudarlo con todos y cada uno de los problemas cuya causa se haya demostrado que está asociada con nuestro estudio.

### **¿HAY BENEFICIOS EN ESTA INVESTIGACIÓN?**

Sí, participar en este estudio tiene beneficios. Como beneficio principal, esta investigación permitirá mejorar el conocimiento sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres migrantes de Venezuela a Brasil, y así, podrá ayudar en el desarrollo de políticas y acciones para mejorar la atención de otras mujeres que están en las mismas condiciones que usted se encuentra en este momento. Cuando termine este estudio, los resultados serán discutidos con otros investigadores y difundidos para que muchas personas se beneficien de este conocimiento.

### **¿QUÉ ES LA CONFIDENCIALIDAD?**

Esa palabra se refiere a la forma como se realizará la protección de su identidad y de la información proporcionada por usted. Así, le informamos que, en el caso de publicaciones resultantes de este estudio, no se utilizará su nombre o cualquier información que pueda llevar a las personas a identificarla. Además, sus datos serán accesibles sólo para el equipo de investigadores, que han sido capacitados para manejarlos de manera segura.

### **¿QUÉ DEBE HACER EN CASO DE DUDAS O PROBLEMAS?**

Si quiere saber más o si no entendió algo sobre esta investigación, puede entrar en contacto con los investigadores responsables llamando al (98) 32729604, a partir de las 8:00 am a 6:00 pm. Para más información sobre sus derechos como participante de la investigación, comuníquese con el Comité de Ética en Investigación de la UFMA al (98) 3272-8708, o en la dirección, UFMA, en Av. Dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, en el antiguo CEB Velho. Si comprende la explicación y acepta voluntariamente participar en este estudio, firme a continuación.

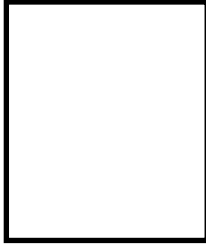
Nombre del voluntario:

---

Firma del voluntario:

---

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Huella del pulgar

Si no sabes firmar

---

Nombre del investigador:

---

Firma del investigador:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Los resultados de este estudio y el presente documento serán almacenados por los investigadores responsables por un período de 5 años, según lo previsto en la Res. CNS / MS 466/2012.

## 8. APÊNDICE II

## CUESTIONARIO PIBIC PINHEIRO

<b>CÓD:</b>
<b>Nombre de la entrevistada:</b>
<b>Dirección:</b>
<b>Teléfonos:</b>
<b>1. ¿Cuál es su edad? (años) _____</b>
<b>2. ¿Cuál es su estado civil?</b> (1) Casada; (2) Soltera; (3) Unión libre; (4) Separada/divorciada; (5) Viuda; (6) Otra: _____
<b>3. ¿Cuál es su religión?</b> (1) Católica; (2) Evangélica (Batista, Asamblea de Dios, Universal, Adventistas, Testigos de Jeová); (3) Espírita/Kardecista; (4) Ninguna; (6) Otra: _____; (9) No sabe
<b>4. ¿Cuál es su color de piel/raza?</b> (1) Blanca; (2) Negra; (3) Mestiza; (4) Amarela; (5) Indígena; (9) No Sabe
<b>5. ¿Usted estudió?</b> (1) Si ¿Cuántos años? _____ (2) No
<b>6. ¿Hasta dónde estudiaste?</b> (1) Educación Infantil; (2) Educación primaria; (3) Educación secundaria/técnica; (4) Educación terciaria; (5) Educación universitaria; (6) Graduado;
<b>7. ¿Cuál era su situación profesional antes de migrar?</b> (1) Empleada; (2) Desempleada; (3) Independiente/Autónoma; (4) Ama de casa; (5) Otro _____
<b>8. ¿Cuál es su situación profesional en Brasil?</b> (1) Empleada; (2) Desempleada; (3) Independiente/Autónoma; (4) Ama de casa; (5) Otro _____
<b>9. ¿De qué forma entró a Brasil?</b> (1) Bus; (2) Trochas; (3) Avión; (4) Auto; (5) Otro ¿Cuál? _____
<b>10. ¿Con quién migró?</b> (1) Sola (2) Acompañada. Describa con quién _____
<b>11. ¿Algún amigo o familiar migró antes que usted?</b> (1) Si (2) No Sí sí, ¿quién? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____
<b>12. ¿Quién es la persona de la familia que tiene algún ingreso económico actualmente em Brasil?</b> (1) Entrevistada (2) Compañero(a) (3) Otro _____
<b>13. ¿Cuánto es el ingreso total de la familia en el último mes en Brasil? (sumar los valores de todos los que tienen ingresos en la familia)</b> (1) Hasta un salario mínimo; (2) De 1 a 3 salarios mínimos; (3) Más de 3 salarios mínimos

<p><b>14. ¿Recibe alguna ayuda del Gobierno Brasileiro (Bolsa familia, bolsa da gestante etc)?</b></p> <p>(1) Sí      ¿Cuál? _____      (2) No</p>
<p><b>15. ¿Cuál es su situación migratoria en el puesto de recepción e identificación cuando entro a Brasil?</b></p> <p>(1) Refugiado    (2) Residencia temporal    (3) Tránsito    (4) Otra _____</p>
<p><b>16. ¿Cuál es su situación migratoria actual en Brasil?</b></p> <p>(1) Refugiado; (2) Residencia temporal; (3) Residencia permanente (ciudadanía?); (3) Tránsito;</p> <p>(4) Otra _____</p>
<p><b>17. ¿Usted donde vive?</b></p> <p>(1) Casa Alquilada;    (2) Casa própria;    (3) Abrigo ¿Cuál? _____    (4) en la calle; (5) Otro: _____</p>
<p><b>18. ¿Con quién vive actualmente?</b></p> <p>(1) Sola; (2) Con los hijos; (3) Con el esposo/pareja; (4) Con el esposo/pareja y los hijos; (6) Con los papás;</p> <p>(7) Con amigas(os); (8) otra _____</p>
<p><b>19. Cuéntanos un poco del proceso de salir de su casa en Venezuela: como te preparaste antes de salir? Que te llevaste?</b></p>
<p><b>20. Cuéntanos un poco del proceso de salir de su casa en Venezuela: como te preparaste antes de salir? Que te llevaste?</b></p>
<p><b>21. y llegar a Brasil: Cómo fue, cómo te sintió, tuviste ayuda de alguien y/o de alguna institución?</b></p>
<p><b>22. ¿Como era tu salud antes de salir?</b></p>
<p><b>23. ¿Cómo describe la forma en que la gente lo trata aquí?</b></p>
<p><b>24. ¿Edad de la primera menstruación?</b></p> <p><b>Dime como fue</b></p>
<p><b>25. ¿Cuando fue la ultima menstruacion?</b></p>
<p><b>26. ¿Tu ciclo menstrual es regular?</b></p>
<p><b>27. ¿Tener cólicos menstruales?</b></p>
<p><b>28. ¿Tienes relaciones sexuales?</b></p>
<p><b>29. ¿A qué edad ocurrió el primera relacion sexual?</b></p>
<p><b>30. ¿El acto sexual fue consentido?</b></p>
<p><b>31. ¿Tiene consentimiento familiar?</b></p>
<p><b>32. ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?</b></p>
<p><b>33. ¿Alguna vez has sufrido violencia sexual?</b></p>
<p><b>34. ¿Recibes toques no deseados?</b></p>
<p><b>35. ¿Sientes placer durante el sexo?</b></p>
<p><b>36. ¿Sientes dolor durante el sexo?</b></p>
<p><b>37. ¿Tu práctica sexual interfiere con tu bienestar? Como (salud mental relacionada con la sexualidad).</b></p>
<p><b>38. ¿Usas condones durante las relaciones sexuales?</b></p>



<b>39. ¿Sabes cómo usar un condón de la manera correcta?</b>
<b>40. Ha tenido cuidados para no quedar embarazada?</b> ¿Cuál? _____
<b>41. ¿Cuántas veces ya estuvo en embarazo?</b>
<b>42. ¿Ha tenido algún aborto?</b> (1) Sí    ¿Cuántos? _____    (2) No
<b>43. ¿ Tienes hijos vivos?</b> (1) Sí    ¿Cuántos? _____    (2) No
<b>44. ¿Ha tenido algún hijos en Brasil?</b> (1) Sí    ¿Cuántos? _____    (2) No
<b>45. Cuéntame sobre tus embarazos.</b>
<b>46. Planeaste el embarazo</b>
<b>46. Cuéntame sobre tus partos. ¿Cuántos hijos nacieron por parto normal? ¿Cuántos hijos nacieron por parto cesárea?</b>
<b>47. ¿Hace la prevención de enfermedades ginecológicas e enfermedad de transmisión sexual?</b> (1) Sí    (2) No ¿Cuál? _____
<b>48. Cuéntame sobre tus prenatal.</b>
<b>49. ¿Durante los controles prenatales busco atención en algún servicio de salud? ¿Como estuvo el servicio?</b>
<b>50. ¿Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo?</b> (1) Si    ¿Cuál? _____    (2) No
<b>51. ¿En algún momento durante el embarazo tuvo que ser hospitalizada?</b> (1) Si    (2) No <b>Si sí, responder:</b> ¿Por cuál motivo? ¿Cuánto tiempo? ¿Dónde?
<b>52. ¿Quién la acompañó durante el parto?</b> (1) Mamá (de la gestante)?; (2) Compañero/esposo; (3) No tuvo acompañante; (4) Otro _____
<b>42. ¿Fue hospitalizada durante el postparto?</b> (1) Si; (2) No ¿Por cuál motivo? ¿Cuánto tiempo? ¿Dónde?

**43. ¿Su hijo fue hospitalizado durante el postparto en UTI neonatal?**

(1) Si; (2) No

¿Por cuál motivo?

¿Cuánto tiempo?

¿Dónde?

**44. Cuéntame cómo fue tu acceso en Brasil a educación sexual**

**45. Cuéntame cómo fue tu acceso en Brasil a servicios de salud sexual y reproductiva;**

**46. ¿Quieres decir algo mas?**