

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Geociências  
Programa de Pós-Graduação em Geografia

Dissertação de Mestrado

Bruna Bianchi Cagliari

**A condição fronteiriça feminina:  
maternidade e cidadania em Sant'ana do Livramento**

Porto Alegre

2021

Bruna Bianchi Cagliari

**A condição fronteiriça feminina:  
maternidade e cidadania em Sant'ana do Livramento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, área de concentração Análise Territorial, como requisito para obtenção do título de Mestre em Geografia

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Dorfman

Porto Alegre

2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Cagliari, Bruna Bianchi

A condição fronteiriça feminina: maternidade e cidadania em Sant'ana do Livramento / Bruna Bianchi Cagliari. -- 2021.

162 f.

Orientadora: Adriana Dorfman.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Geociências, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. maternidade. 2. cidadania. 3. condição fronteiriça. 4. saúde da mulher. I. Dorfman, Adriana, orient. II. Título.

Bruna Bianchi Cagliari

**A condição fronteiriça feminina:  
maternidade e cidadania em Sant'ana do Livramento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, área de concentração Análise Territorial, como requisito para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Adriana Dorfman (Orientadora)

---

Dr. Marcos Aurélio Matos Lemões (UFPEL)

---

Prof. Dra. Paula Vanessa de Faria Lindo (UFFS)

---

Prof. Dra. Letícia Nuñez Almeida (UDELAR)

---

Porto Alegre

2021

## AGRADECIMENTOS

Terminar uma dissertação de mestrado num momento tão difícil me fez sentir ainda mais a importância das pessoas amigas na caminhada (assim como a falta que elas fizeram durante o isolamento social). Ninguém sobrevive à loucura desses tempos sem ter com quem contar. Isso nem faria sentido. Agradeço imensamente:

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por ter fornecido todas as condições para que eu tivesse uma formação de qualidade e por oportunizar a realização desta dissertação de mestrado, mantendo-se uma instituição pública que presta serviços de extrema relevância à sociedade. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa através da bolsa de mestrado e por fomentar a ciência brasileira. Às/aos professoras/res do Programa de Pós-Graduação em Geografia pelas aprendizagens significativas ao longo desses anos.

Ao Marcos Lemões por contribuir com este trabalho, sempre disposto a somar, desde o seu princípio. Às professoras Paula Lindo e Letícia Almeida pela disponibilidade em participar da banca de defesa deste trabalho. À Flávia Retamar, mulher, militante, ativista fronteiriça, por muitos motivos, sobretudo por partilhar suas experiências mais profundas comigo.

À minha orientadora, professora Adriana Dorfman, por ter dado tanto em dedicação, acompanhamento, preocupação e compreensão. Obrigada por acreditar no potencial desta pesquisa(dora).

Às “Powerpuff Girls”: Bibiana, Débora, Larissa, Priscila, Thamyres e Vanessa por terem construído uma rede de apoio, afeto, empatia e diálogo. Essa foi uma das experiências de vida mais bonitas que tenho guardada aqui comigo. Ao Dr. Guilherme pelo amparo nos momentos mais difíceis, pelo vínculo seguro e por ter me ajudar a criar as condições para que eu chegasse até aqui.

Às colegas de profissão que se tornaram amigas, Fabiane e Talize: encontrá-las pelo caminho fez toda a diferença! Ao Fernando, meu primeiro amigo da Geografia, que contribuiu para as correções deste trabalho. Às amigas da Geografia Cátia e Isabella, pelas nossas trocas intensas e à Bruna menos importante, que deixa saudades. Às/os amigas/os de longa data, Bianca, Isadora, Luis e Pedro, por estarem comigo a vida toda partilhando as angústias, os desafios e as alegrias de se estar

nesse mundo. Ao Marcelo, grande amigo, e à Bruna, por nossa amizade sincera, segura e sonhadora.

À minha família: à Amanda, ou melhor, “frô”, pela nossa genética forçada funcionar tão bem, à Bianca, à Gigi, à Natália, mesmo de longe, e ao Valdemar, meu dindo, por ressignificarem a palavra família. Agradeço especialmente à minha mãe e ao meu pai, Solange e Darci, por terem me amado tanto, demonstrando muito em preocupação e cuidado. Com vocês aprendi sobre solidariedade, generosidade e simplicidade e que é preciso seguir as nossas próprias escolhas, sempre com o suporte e o carinho da família. Ao Lucas, por ser tão engraçado e estar sempre ao meu lado: obrigada, mano!

## RESUMO

Este trabalho tem o propósito de tecer uma discussão sobre as práticas e os usos que as mulheres fazem da fronteira nas situações de maternidade. Dito isso, define-se como problema desta pesquisa compreender como os serviços de saúde são acionados por mulheres no exercício da maternidade na transposição/transição da fronteira Sant'ana do Livramento (Brasil)-Rivera (Uruguai). O estudo de caso permitiu analisar quais são os espaços, o país, as instituições responsáveis, os serviços oferecidos, as mulheres que tem acesso e sob quais condições nos processos de maternidade na fronteira Livramento-Rivera. A metodologia do trabalho se baseia na realização de saídas de campo e de entrevistas semiestruturadas com atrizes e atores que constituem, em rede, os processos de saúde da mulher e maternidade na fronteira. Com base nos materiais coletados e na análise de conteúdo conclui-se que os processos de maternidade atravessam a fronteira. A integração entre os países ocorre, sobretudo, em situações emergenciais, como no caso do fechamento do Hospital Santa Casa de Misericórdia em 2009. Há ainda uma integração que é feita pelas próprias mulheres que possuem o recurso da nacionalidade, em movimentos próprios. Além disso, as condições econômicas ditam a mobilidade para essas mulheres-mães na busca de serviços de saúde tanto em Rivera quanto em outras cidades do Rio Grande do Sul. Essas características nos informam que há uma fronteira vivenciada por mulheres-mães no cuidado de seus filhos, com imensas adversidades como a pobreza e a carência de certos serviços de saúde na região. Existe também o fato de as fronteiriças brasileiras não possuírem o direito ao aborto garantido, enquanto as mulheres uruguaias têm esse direito assegurado. Estes seriam os principais elementos que compõem, em síntese, a condição fronteiriça feminina na fronteira Livramento-Rivera.

**Palavras-chave:** maternidade, cidadania, saúde da mulher, condição fronteiriça, nacionalidade.

## ABSTRACT

This work aims to discuss women's border practices and the uses they make in maternity situations. With that said, the problem of this research is to understand how health services are requested/used by women in the exercise of maternity on the border between Sant'ana do Livramento (Brazil) and Rivera (Uruguay) for transposing/crossing the border. The general goal of this dissertation is to understand what are the spaces, the health services offered, the institutions, the women who have access, in which country and under what conditions on the Brazil-Uruguay border. The methodology of the work is based on field trips and semi-structured interviews with actresses and actors who constitute, in a network, the processes of women's health and maternity at the border. Based on the collected materials and content's analysis, it is concluded that the maternity processes cross the border. Integration between countries occurs, mostly, in emergency situations, as in the case of the Santa Casa de Misericórdia Hospital's closing in 2009. There is also an integration that is done by the women who can resource to nationality, in sole movements. In addition, economic conditions impose on these women-mothers to cross the border seeking for health services in Rivera and other cities in Rio Grande do Sul. These facts show that there is an experienced border for women-mothers caring for their children, with immense adversities such as poverty and the region's lack of certain health services. There is also the fact that Brazilian women do not have the right to abortion, while Uruguayan women have this right guaranteed. These would be the main elements that set, in summary, the female border condition at the Livramento-Rivera border.

**Keywords:** maternity, citizenship, women's health, border condition, nationality.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Gráfico da pirâmide etária de Santana do Livramento..	17
<b>Figura 2:</b> Gráfico da distribuição percentual da população recenseada por sexo e grupos de faixa etária de cinco anos. Censo 2004-Fase I e Censo 2011..	19
<b>Figura 3:</b> População residente, segundo sexo e os grupos de idade..	19
<b>Figura 4:</b> Rede de atrizes inicial. ....	25
<b>Figura 5:</b> Rede de atrizes possível.. ....	28
<b>Figura 6:</b> Protestos em Livramento-Rivera contra os feminicídios em julho de 2020 .....	33
<b>Figura 7:</b> Mulheres em protesto contra os feminicídios na região. ....	33
<b>Figura 8:</b> Jornada de Debate Feminista, com a presença de Lilian Celiberti.. ....	65
<b>Figura 9:</b> Mapa da fronteira Rivera (UY) e Sant'ana do Livramento (BR) e os pontos visitados na saída de campo.....	67
<b>Figura 10:</b> Organização dos serviços de saúde da mulher em Sant'ana do Livramento (2019).. ....	72
<b>Figura 11:</b> Sala do Programa Primeira Infância Melhor. ....	84
<b>Figura 12:</b> Prédio do Centro de Referência da Mulher e do Programa Primeira Infância Melhor.....	85
<b>Figura 13:</b> Dirección Departamental de Salud de Rivera. ....	104
<b>Figura 14:</b> Moradia de uma das mães entrevistadas – Bairro Simon Bolívar.....	113
<b>Figura 15:</b> Quadro de informações no Centro de Referência da Mulher. ....	1211
<b>Figura 16:</b> Cartaz na porta de entrada do Ministerio de Salud Publica. ....	122

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Comparativo populacional entre Rivera e Livramento, nos anos de 2011 e 2010 respectivamente .....	17
<b>Tabela 2:</b> População por área e sexo, segundo grupos de faixa etária de cinco anos no departamento de Rivera.....	18

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
A FRONTEIRA EM SANT'ANA DO LIVRAMENTO-RIVERA.....	16
CAPÍTULO 1: PESQUISANDO MULHERES NA FRONTEIRA .....	21
1.1. Metodologia .....	21
1.2 Mulheres em rede .....	24
1.3 O trabalho de campo e a rede de mulheres possível .....	27
CAPÍTULO 2: MULHERES PRODUZINDO NAÇÕES.....	30
2.1 Dimensionando a justiça de gênero .....	30
2.2. Feminismos descoloniais .....	35
2.3 Geopolítica Feminista.....	39
2.4. Cidadania para mulheres .....	41
CAPÍTULO 3: A FRONTEIRA DE GÊNERO, CIDADANIA E SAÚDE .....	48
3.1. Fronteirização .....	48
3.2 A Cidadania fronteiriça .....	53
3.3 Políticas de saúde para as mulheres: entre Brasil e Uruguai .....	57
3.4. Organização das Estratégias de Saúde da Família .....	61
CAPÍTULO 4: AS PRÁTICAS DE MATERNIDADE EM LIVRAMENTO-RIVERA.....	64
4.1 A saída de campo .....	64
4.2 As participantes da pesquisa.....	68
4.3 Saúde da mulher em Sant'ana do Livramento.....	70
4.3.1. O pré-natal .....	72
4.3.2. O atendimento ginecológico .....	76
4.3.3. O parto .....	78
4.3.4. Cuidando de mães e crianças .....	83
CAPÍTULO 5: PARA ALÉM DA FRONTEIRA .....	91
5.1 Nascimentos em Rivera .....	91

5.2 Integração dos serviços de saúde Livramento-Rivera .....	94
5.3. Livramento, Alegrete, Uruguaiana, Porto Alegre .....	101
5.4 Saúde da mulher em Rivera e as políticas públicas do Uruguai .....	104
5.5 Aborto na fronteira .....	106
CAPÍTULO 6: PRATICANDO A MATERNIDADE EM CONDIÇÃO FRONTEIRIÇA .....	112
6.1 As impressões durante as entrevistas .....	112
6.2 Maternidade e aborto na fronteira: discursos e práticas .....	115
6.3. Práticas fronteiriças femininas.....	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS: A CONDIÇÃO FRONTEIRIÇA FEMININA .....	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
ANEXOS.....	131
Anexo 1: <i>Recursos sociales de frontera</i> - Rivera/Livramento .....	131
Anexo 2: <i>Objetivos Sanitarios Nacional</i> .....	149
Anexo 3: <i>Las mujeres tenemos derechos</i> .....	153
APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas .....	159
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	161

## INTRODUÇÃO

A fronteira Brasil-Uruguaí tem seu desenvolvimento marcado por uma política de povoamento com interesses voltados para a segurança nacional e o controle do território. Os problemas relacionados à estagnação do crescimento populacional e baixa dinamicidade econômica são reconhecidamente enfrentados nesta fronteira. Segundo dados do último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sant'ana do Livramento contava com uma população de cerca de 82 mil habitantes, em 2010, sendo que as projeções para 2018 indicavam um decréscimo populacional para 78 mil pessoas. Na cidade de Rivera, por sua vez, residia uma população de aproximadamente 64 mil habitantes, com base no censo demográfico de 2011 do Instituto Nacional de Estadística (INE).

Nesse contexto, identificamos os cidadãos com dupla nacionalidade na fronteira. Segundo José Luiz Bica de Mélo “autoridades da Junta Departamental de Rivera estimavam, para 1998, em dez mil o número de cidadãos com dupla nacionalidade” (MÉLO, 2004, p. 133). Como a nacionalidade no Brasil é conferida pelo direito de solo, ou seja, para todos aqueles nascidos em território nacional, e no Uruguaí pelo direito de sangue, para todo descendente de uruguaios, temos aí uma diferenciação de regulamentação que tem um encontro particular na fronteira Brasil-Uruguaí, propiciando o uso de dispositivos de transição para acessar a outra nacionalidade e tirar proveito dessas distinções (DORFMAN, 2013).

A fronteira Brasil-Uruguaí apresenta processos locais de extrema relevância para a investigação, pois a região ainda é, em termos de fronteira, densamente ocupada por pessoas e instituições e expressiva em termos do número de cidades-gêmeas e municípios que compõem a faixa de fronteira, o que nos faz problematizar o quadro de estagnação. Diante de uma fronteira com histórica importância para a constituição do Brasil e do estado do Rio Grande do Sul e que apresenta vínculos e intensos fluxos de integração, desejamos discutir nacionalidade, cidadania e maternidade na fronteira Brasil-Uruguaí, com ênfase nas cidades-gêmeas de Sant'ana do Livramento (Brasil) e Rivera (Uruguaí), a partir de processos locais e dinâmicas particulares da fronteira. Assim, estudaremos a fronteira a partir do processo de fronteirização (YUVAL-DAVIS, 2018), ou seja, do seu movimento dinâmico de (re)produção das relações sociais, ligadas principalmente a certas práticas femininas,

bem como às ações de Estados, de entes privados e da população, que configuram esse espaço.

Desde pelo menos o Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, sancionado em 2004 e que instituiu a “Carteira de Fronteiriço”, as demandas de saúde são tratadas, em parte, de forma integrada na região. Em 2008, um ajuste é feito no Acordo, para prestação de serviços de saúde. A ampliação da cidadania fronteiriça para fins de acesso aos serviços de saúde ocorre pelas demandas da população local, pois as mulheres recorrem à maternidade no outro lado da fronteira para terem seus filhos. Acordos semelhantes foram negociados entre o Brasil e seus países vizinhos – Argentina, Paraguai e Bolívia – sendo a fronteira Brasil-Uruguai a primeira a implementá-lo, servindo de modelo para os demais casos.

No que tange à interrupção voluntária de gravidez, no Uruguai a descriminalização do aborto sancionada pelo governo em 2012 configura-se em um marco histórico para os direitos reprodutivos das mulheres uruguaias com repercussões para a América Latina e para o mundo. Essa política de caráter nacional suscita implicações para a fronteira com o Brasil. Ainda que os fronteiriços tenham a permissão para acessar a saúde pública no país vizinho, no que tange ao aborto, de acordo com Daniele Luersen, apenas as mulheres que residem no Brasil e possuem a dupla cidadania podem realizar abortos seguros no Uruguai (LUERSEN, 2017). Isso nos posiciona diante de uma região com políticas públicas nacionais distintas e com sistemas de saúde ora complementares, ora divergentes.

As mulheres possuem uma relação com a cidadania considerada dual, pois ora são incluídas no corpo geral de cidadãos, ora são compreendidas enquanto mulheres, o que confere uma especificidade a forma como estas se relacionam com o Estado e como desempenham papéis frente a uma nação, enquanto membras de uma coletividade nacional (YUVAL-DAVIS, 1993). Além disso, a fronteira também coloca suas especificidades nas práticas generificadas por ser um espaço de diferenciação e contato. Os processos de saúde são aqui utilizados de forma a alcançar uma discussão mais ampla sobre direitos das mulheres e como elas produzem geografias através de práticas locais e cotidianas.

Frente aos acordos de integração, a dupla nacionalidade e a cidadania fronteiriça, identificamos uma série de elementos pertinentes para pensar como a nacionalidade pode tornar-se um recurso para os fronteiriços. Se, por vezes, a

fronteira pode tornar-se um obstáculo para seus moradores, devido as distâncias dos grandes centros urbanos, em outros casos ela pode apresentar-se como um facilitador, em relação ao acesso de certos serviços no outro país. Nas fronteiras gaúchas, as práticas e usos deste lugar se diferenciam pelas possibilidades dadas pela condição fronteira, que se expressa pelo contato, trânsito e acionamento da fronteira de forma estratégica, pelos moradores locais, frente às situações cotidianas (DORFMAN, 2013).

Por estar na fronteira, entende-se que as práticas sociais têm características distintas. A possibilidade de viver uma transterritorialidade, ou seja, transitar por diferentes territórios e múltiplas territorialidades, representa uma chance para o contornamento de certos limites frente à precarização da vida (HAESBAERT, 2014). Usar destas diferenças de territórios, nacionalidades e legislações pode ser proveitoso e útil para as mulheres nas práticas relacionadas à maternidade. Dito isso, define-se como problema desta pesquisa compreender como os serviços de saúde são acionados por mulheres brasileiras no exercício da maternidade na transposição/transição da fronteira Sant'ana do Livramento (Brasil)-Rivera (Uruguai)?

O propósito da dissertação é tecer uma discussão sobre as práticas e os usos que as mulheres fazem da fronteira nas circunstâncias de maternidade, atentando para compreender no que isso se traduz para elas e o que pode nos informar sobre a fronteira. A cidadania fronteira permitiu a integração e ampliação de serviços básicos, mas a dupla nacionalidade ainda é colocada como necessária.

O objetivo deste estudo de caso é analisar quais são os espaços, o país, as instituições responsáveis, os serviços oferecidos, as mulheres que tem acesso e sob quais condições nos processos de maternidade na fronteira Livramento-Rivera. Os objetivos específicos consistem em: identificar a disposição dos serviços de saúde para as mulheres na fronteira; compreender e identificar motivações e tendências na escolha da nacionalidade; identificar e analisar quais são os dispositivos utilizados pelas fronteiriças para transpor a fronteira; contribuir para as discussões sobre geopolítica feminista no Brasil. Tangencialmente, espera-se saber sobre como estão situadas as práticas de aborto na fronteira.

A metodologia do trabalho se baseia na realização de entrevistas e saídas de campo, com análise de conteúdo dos materiais coletados. O mapa Saúde da mulher em Sant'ana do Livramento (BR) e Rivera (UY), presente na figura 5, foi elaborado para representar os pontos visitados durante a saída de campo realizada em 2019.

Este mapa é apresentado no capítulo cinco, juntamente com os relatos das entrevistas. Existem outras cartografias possíveis para caracterizar e representar a presença de mulheres na fronteira Livramento-Rivera, contudo, neste momento a escolha foi feita tendo em vista apresentar os locais visitados e analisar a distribuição espacial dos serviços de saúde em relação ao limite internacional e as moradias das mulheres participantes da pesquisa.

O texto a seguir subdivide-se em um primeiro capítulo que apresenta as aproximações teórico-metodológicas, vinculadas as perspectivas feministas e descoloniais, bem como os métodos de investigação propriamente ditos. Na sequência, o referencial teórico apresenta uma discussão sobre Gênero e Geografia Política, a partir das intersecções entre gênero, nação, Estado e fronteira (capítulo dois); sobre fronteira, cidadania e processos de saúde (capítulo três) e, por último, sobre o histórico da saúde da mulher no Brasil e no Uruguai (capítulo quatro). As entrevistas coletadas são relatadas tendo em vista a organização dos serviços de saúde da mulher em Livramento (capítulo cinco) e a integração com Rivera (capítulo seis). O último capítulo analisa e propõe elementos para se pensar em uma condição fronteiriça feminina.

A partir do trabalho das autoras Vanessa Marx e Lilian Celiberti, temos um relato de um encontro de mulheres realizado na fronteira Brasil-Uruguai, pela Universidade Popular dos Movimentos Sociais (UPMS), que surge no contexto do Fórum Social Mundial (FSM) de 2003, em Porto Alegre (2017). O encontro “Mulheres em diálogo de fronteira” aconteceu em Sant’ana do Livramento e Rivera, em 2015 – tendo uma segunda edição ocorrido em outubro de 2018.

Neste encontro participaram mulheres de diferentes cidades da fronteira Brasil-Uruguai, preocupadas em construir uma agenda e uma atuação compartilhadas. Foram realizadas oficinas, em que ocorreram debates de temas relacionados à fronteira de suma relevância para esse grupo de mulheres. Os temas desse encontro centraram-se:

Em questões relacionadas com as autonomias: do corpo, econômica e política e territorial, onde foram debatidas questões como o trabalho, a segurança social, os direitos laborais das mulheres, autonomia política e territorial, livre circulação de fronteira, a exploração sexual, a violência contra as mulheres, o tráfico e o contrabando e saúde sexual e reprodutiva. (MARX e CELIBERTI, 2017, p. 128).



Os principais temas ligados à saúde reprodutiva e sexual estiveram presentes nas discussões. No grupo de debate sobre a autonomia do corpo, questões foram abordadas, como: “exploração sexual; violência contra a mulher; saúde sexual e reprodutiva; legalização e descriminalização do aborto” (MARX e CELIBERTI, 2017, p. 120).

A temática do trabalho atinge assuntos que são muito sensíveis e complicados de se abordar. A maternidade enquanto um pressuposto é constantemente problematizada e passa a ser compreendida enquanto uma questão não bem resolvida. Portanto, isso mobiliza a sociedade em geral e especificamente as mulheres, que são atingidas das mais diversas formas e defendem opiniões diferentes sobre um mesmo tema. Sendo um assunto delicado, o trabalho foi desenvolvido pautado na ética e no respeito às pessoas, mulheres e mães, que fizeram parte da pesquisa, contribuindo com os relatos de suas histórias de vida.

A partir das demandas trazidas pelas participantes, fica evidenciado que a abordagem da justiça de gênero (FRASER, 2007) deve cada vez mais ser utilizada – pois as demandas assim se organizam. É importante basear-se nas discussões que as mulheres de fronteira fazem, justamente para compreender as demandas e construir uma investigação de forma mais próxima aos próprios sujeitos. Neste caso, o ativismo feminista é um exemplo de prática de mulheres de fronteira, que usa de uma condição fronteiriça, congregando ambas nacionalidades para fortalecimento do movimento, e nos concedeu pistas e caminhos para a construção de um projeto de pesquisa com relevância social e comprometido com as demandas locais.

Particularmente, enquanto pesquisadora tenho interesse pela produção feminista teórica e pela organização política prática e compreendo que a maternidade e a reprodução biológica configuram experiências desafiadoras, conturbadas, mas centrais na vida das mulheres, merecendo devida atenção. Da mesma forma, os trabalhos sobre gênero cada vez mais compõem a agenda de pesquisa da Geografia Política no Brasil, visto que a concepção de uma territorialidade diferenciada pela identidade de gênero se afirma.

## A FRONTEIRA EM SANT'ANA DO LIVRAMENTO-RIVERA

A descrição da área de estudo nesta pesquisa é, sobretudo, uma síntese e análise de dados populacionais da fronteira Livramento-Rivera: população por município, departamento, estado, país, sexo, idade, ocupação, setor da economia. É importante registrar que cada país tem uma forma de elaborar seu censo demográfico. O Uruguai realizou censos demográficos em 2004 e 2011. Já no Brasil, os censos são realizados com o intervalo temporal de uma década, sendo os últimos apresentados em 2000 e 2010. Embora existam semelhanças, a forma de apresentação dos dados e as variáveis recenseadas são diferentes. Em geral, no Uruguai, os dados são apresentados segundo cada departamento, e não por cidade, como no Brasil, em que o site do IBGE apresenta um panorama de cada cidade.

As cidades de Sant'ana do Livramento e Rivera são as maiores em termos populacionais da fronteira Brasil-Uruguai. Da mesma forma, possuem forte representatividade para o Uruguai e no caso brasileiro mais especificamente para o estado do Rio Grande do Sul. A população do Rio Grande do Sul, em 2010, era de 10.693.929 habitantes. Já a população uruguaia é de 3.286.314 para o último censo, em 2011.

Segundo dados do Censo Nacional, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) do Uruguai, em 2011 o departamento de Rivera contava com uma população de aproximadamente 103 mil pessoas, sendo 50 mil homens e 53 mil mulheres, majoritariamente vivendo em área urbana, como apresentado na tabela 1<sup>1</sup>, a seguir. A população rural estava em torno de 7 mil pessoas. O censo brasileiro apresenta a população para o ano de 2010 e a população estimada para 2019. Em Livramento, a perspectiva era de um decréscimo populacional de 82 mil para 77 mil habitantes, aproximadamente. A população de mulheres, nas duas cidades, é maior em relação população masculina.

---

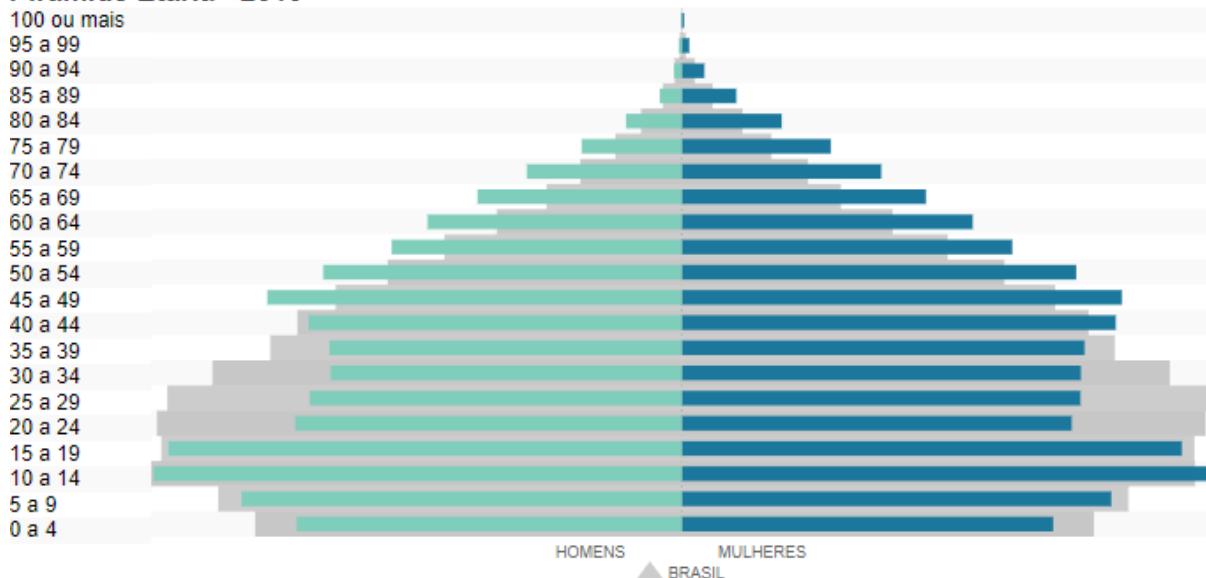
<sup>1</sup> Os dados fornecidos pelos censos populacionais classificam a população a partir dos gêneros feminino e masculino. Neste trabalho não compactuamos com o binarismo de gênero. Os dados foram apresentados para destacar e mensurar a presença das mulheres na sociedade fronteiriça.

**Tabela 1:** Comparativo populacional entre Rivera e Livramento, nos anos de 2011 e 2010 respectivamente. Fonte dos dados: IBGE (2010), INE (2011). Elaborado por: Bruna Cagliari.

População	Rivera	Livramento
População do município	63.990	82.464
Mulheres	33.879	43.088
Homens	30.112	39.376
População do departamento	103.473	-
Mulheres	53.094	-
Homens	50.379	-

Na população de Livramento podemos identificar um elevado número de jovens entre 10 e 19 anos, bem como de população idosa ou acima dos 40 anos, de acordo com a figura 1. A tendência no departamento de Rivera, conforme a tabela 2, é semelhante: as maiores faixas de população estão entre 10 e 19 anos e os números voltam a crescer a partir dos 40 anos, o que parece ser uma tendência regional de um aumento das taxas de natalidade na década de 1990. Inclusive a proporção de meninas na faixa de 10 a 14 anos em Livramento supera a média nacional. Em ambas as cidades, a população de mulheres é maior, ainda que a diferença não seja expressiva.

#### Pirâmide Etária - 2010



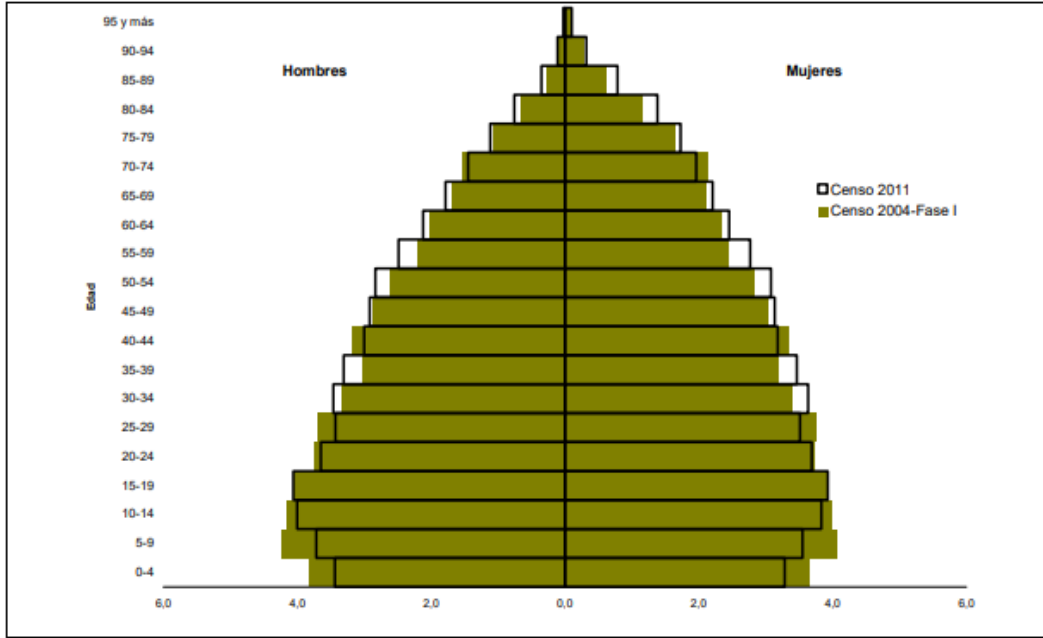
**Figura 1:** Gráfico da pirâmide etária de Santana do Livramento. Fonte: IBGE (2010).

**Tabela 2:** População por área e sexo, segundo grupos de faixa etária de cinco anos no departamento de Rivera. Fonte: INE (2011).

Población por área y sexo, según grupo quinquenal de edades. Rivera									
Grupo quinquenal de edades	Total			Area y sexo					
	Total	Hombre	Mujer	Urbana			Rural		
				Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
<b>Total</b>	<b>103.473</b>	<b>50.379</b>	<b>53.094</b>	<b>95.871</b>	<b>46.014</b>	<b>49.857</b>	<b>7.602</b>	<b>4.365</b>	<b>3.237</b>
0 a 4	7.785	3.952	3.833	7.321	3.691	3.630	464	261	203
5 a 9	8.414	4.393	4.021	7.871	4.103	3.768	543	290	253
10 a 14	9.970	5.163	4.807	9.308	4.796	4.512	662	367	295
15 a 19	9.651	4.959	4.692	9.064	4.625	4.439	587	334	253
20 a 24	7.114	3.531	3.583	6.694	3.295	3.399	420	236	184
25 a 29	6.538	3.229	3.309	6.081	2.959	3.122	457	270	187
30 a 34	6.776	3.229	3.547	6.258	2.952	3.306	518	277	241
35 a 39	6.238	2.956	3.282	5.752	2.689	3.063	486	267	219
40 a 44	6.549	3.098	3.451	5.999	2.771	3.228	550	327	223
45 a 49	6.572	3.252	3.320	6.084	2.951	3.133	488	301	187
50 a 54	6.185	3.032	3.153	5.660	2.721	2.939	525	311	214
55 a 59	4.955	2.409	2.546	4.456	2.116	2.340	499	293	206
60 a 64	4.386	2.060	2.326	3.961	1.803	2.158	425	257	168
65 a 69	3.666	1.673	1.993	3.322	1.464	1.858	344	209	135
70 a 74	3.192	1.445	1.747	2.928	1.286	1.642	264	159	105
75 a 79	2.520	1.024	1.496	2.315	906	1.409	205	118	87
80 a 84	1.631	585	1.046	1.530	525	1.005	101	60	41
85 a 89	873	276	597	835	258	577	38	18	20
90 a 94	383	99	284	361	91	270	22	8	14
95 a 99	55	9	46	51	7	44	4	2	2
100 o más	20	5	15	20	5	15	-	-	-

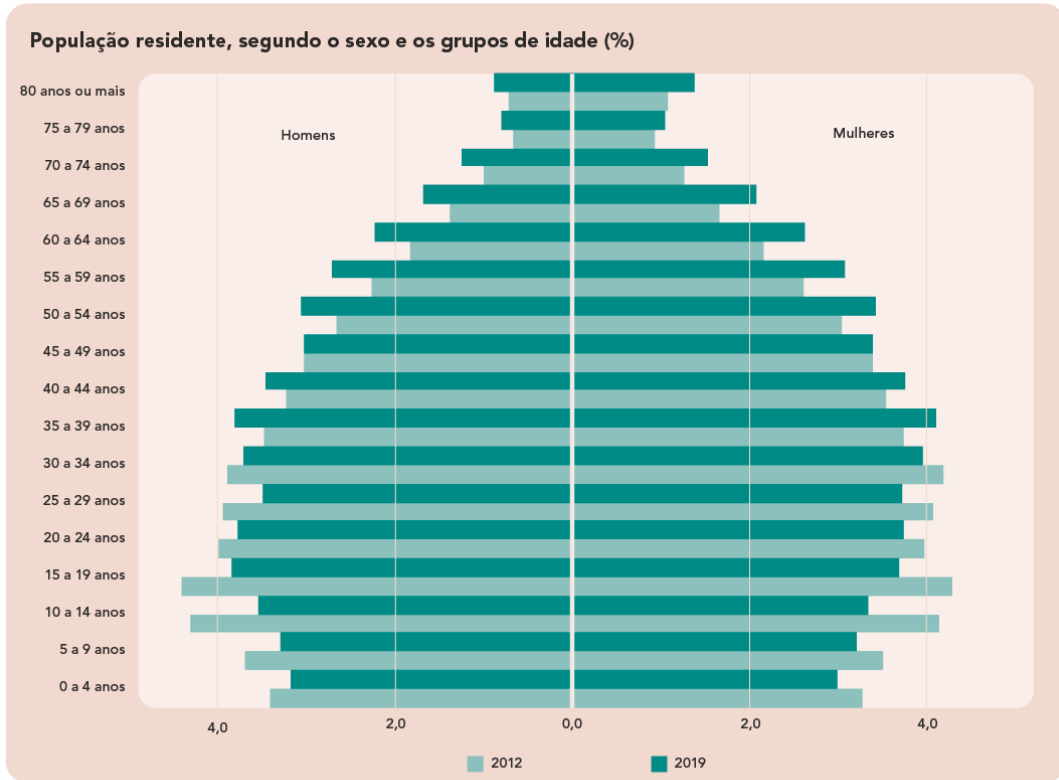
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) - Censos 2011.  
Nota: El cuadro no incluye las personas en situación de calle.

As figuras 2 e 3 seguir apresentam, respectivamente, as pirâmides etárias uruguaia e brasileira. O perfil populacional dos países apresenta drásticas diferenças quanto aos números e características. Contudo, cada país a sua maneira, tem demonstrado um envelhecimento da população acompanhado da diminuição das taxas de natalidade. A população uruguaia tem uma tendência maior a estagnação e a redução nos números de nascimentos, que é visto como um desafio nacional. No caso brasileiro, a melhora na qualidade de vida da população fez aumentar a expectativa de vida no país e fez crescerem as faixas etárias a partir dos 50 anos, na comparação entre os anos de 2012 e 2019.



Fuente: INE – Censo 1963, Censo 1975, Censo 1985, Censo 1996, Censo 2004-Fase I y Censo 2011

**Figura 2:** Gráfico da distribuição percentual da população recenseada por sexo e grupos de faixa etária de cinco anos. Censo 2004-Fase I e Censo 2011. Fonte: INE (2011).



Fuente: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2019.

**Figura 3:** População residente, segundo sexo e os grupos de idade. Fonte: IBGE (2019).

Ainda segundo dados do IBGE a população santanense, em 2017, ganhava em média 2.1 salários-mínimos e quase 20% da população estava ocupada. Todavia,

os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa representavam cerca de 34% da população. A atividade econômica em que as mulheres mais atuam está no setor de serviços, principalmente no comércio, a exemplo dos *freeshops*. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 de Livramento:

Por características “suigeneris” de fronteira, a problemática vivida nos dois países potencializa as situações de dificuldades de acesso aos direitos. A situação econômica municipal é baixa e o desemprego é muito alto, fato que atinge a população como um todo, repercutindo significativamente na manutenção de um tipo de mercado informal. (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 46)

Em relação ao perfil de saúde, Livramento apresenta uma taxa de mortalidade infantil média de 15.47 para mil nascidos vivos, com base no panorama produzido pelo IBGE da cidade. Esse índice é superior à média nacional, que em 2018 era 12,4 mortes para mil nascidos vivos. Ainda tomando por base o PMS 2018-2021, a situação de saúde em Livramento é agravada:

Ao se considerar que um dos critérios de repasse financeiro do SUS é justamente o contingente populacional. Assim, a população estrangeira e os brasileiros que residem no país vizinho, usuários do sistema de saúde brasileiro, não são contabilizados para a base de cálculo dos repasses do Ministério da Saúde. O que acontece é a geração de uma demanda além do estimado no planejamento local, prejudicando a qualidade e principalmente a sustentabilidade da saúde nestes municípios. (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 46-47)

Com esse breve panorama populacional pode-se constatar a ampla presença das mulheres na região e nos seus respectivos países. Além disso, a discussão sobre a saúde na fronteira faz-se relevante devido às adversidades encontradas no acesso aos serviços por parte da população e na prestação destes pelas instituições responsáveis.

## **CAPÍTULO 1: PESQUISANDO MULHERES NA FRONTEIRA**

Este capítulo apresenta a metodologia utilizada nesta pesquisa. Estão descritos os passos que foram dados: como ocorreu a revisão bibliográfica, o trabalho de campo, a coleta de entrevistas, a análise do conteúdo, dentre outros. Explico como as participantes da pesquisa foram escolhidas diante do que considere ser uma rede de mulheres-atrizes que compõe os processos de maternidade na fronteira Livramento-Rivera e como essa rede foi mudando ao longo do trabalho.

### **1.1. Metodologia**

Essa pesquisa se alicerça nos pressupostos descoloniais e feministas que serão abordadas no segundo capítulo. Nesse caso, isso se traduziu em buscar narrativas mais localizadas da fronteira e escutar as mulheres defendendo seus direitos para estruturar um projeto de pesquisa descolonial feminista.

Juliana Przybysz e Joseli Silva discutem sobre a relação entre o fazer científico corporificado e a ética feminista, tomando como base a pesquisa das espacialidades de mulheres prostitutas no exercício de maternagens. Para as autoras, um tema de gênero não é suficiente para se constituir uma pesquisa feminista, pois “o fazer científico para a geografia feminista, está imbricado nas escolhas pessoais, políticas e marcado profundamente por trajetórias de vida.” (PRZYBYSZ e SILVA, 2019, p. 52)

Nesse sentido, me coloco enquanto uma pesquisadora mulher, sensibilizada e mobilizada em profundidade por entender a realidade que atinge a todas, por (não tão) diferentes maneiras, fazendo das nossas adversidades a potência da nossa luta, que liberta as mulheres cada dia um pouco mais, sobretudo a mim. A partir dessa motivação:

As trajetórias de objetificação e de discriminação que oprimem as mulheres e marcam suas identidades, quando podem ser compreendidas, se transformam em potência de lutas pela valorização de si mesmas e de outras. Para nós, o exercício de fazer uma geografia feminista é um ato político para transformação social, mas também de libertação pessoal porque podemos dar voz às nossas dores e tornar mais visível o encontro de mulheres mães cuja maternidade é vivida de forma conflituosa. (idem, p. 53).

Por isso busquei que a perspectiva feminista descolonial conduzisse essa pesquisa, o que significa dizer: ter atenção ao que é dito, valorizando as falas de todas as mulheres, ter em vista a construção da emancipação, reconhecer-se enquanto

sujeito pesquisadora que tem sua própria identidade, ter respeito pelas pessoas que participaram da pesquisa.

O ponto de partida para a aproximação com a fronteira, em teoria e prática, foi dado no primeiro semestre de 2018, especialmente na disciplina de Estudos Fronteiriços<sup>2</sup>, ministrada pela professora Adriana Dorfman, orientadora deste trabalho. A partir daí, entrei em contato com algumas pessoas sugeridas e busquei instituições que pudessem estar envolvidas nos processos de maternidade da região.

No início, o intuito era falar sobre as mulheres da fronteira. Tendo em vista que uma grande parte dos trabalhos da geografia feminista aborda os problemas de gênero a partir da dimensão do corpo, ou seja, mulheres produzindo o espaço a partir do seu próprio corpo, busquei temáticas que pudessem ter isso como base, mas não propriamente como horizonte, no entendimento de que produzimos geografias não somente a partir do corpo. Na prática, o que aconteceu é que fui construindo o projeto de pesquisa e a maternidade se configurou como tema central, o que reitera justamente que a ideia de que o corpo é primordial para a nossa experiência enquanto mulheres.

Antes e depois das entrevistas realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática abordando conceitos em três principais eixos: saúde, fronteira e cidadania para mulheres. Durante os trabalhos de campo, os registros audiovisuais foram feitos para ilustrar os lugares visitados e as impressões mais pessoas foram anotadas.

A coleta de dados, com base nas proposições de Creswell (2007, p. 190-192), foi feita de maneira qualitativa e mediante a realização de entrevistas semiestruturadas. A partir de um roteiro orientador, apresentado no apêndice A, as entrevistas foram guiadas, todavia deixando devido espaço para a participante discutir o que julgava mais pertinente e aquilo em que melhor poderia contribuir a partir da sua posição. As entrevistas ocorreram todas na modalidade presencial, por julgarmos que essa opção demonstra maior profundidade no diálogo estabelecido, e foram gravadas para posterior transcrição e análise.

Previamente à toda entrevista foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que consta no apêndice B, em que as participantes tiveram

---

<sup>2</sup> Estudos Fronteiriços é uma disciplina do Programa de Pós-Graduação em Geografia (POSGEA/UFRGS). Os colegas Cátia Froehlich, Chico Vicente, Letícia Rodrigues, Marcos Lemões, Ronaldo Botelho e Thaís Leobeth foram fundamentais em sugestões, ideias, solicitude e entusiasmo, para a construção dessa pesquisa.



todas as informações sobre a pesquisa e a garantia de sigilo – fornecido a opção de reconhecimento para aquelas que assim desejaram. A única delas que escolheu essa opção foi Aida, que trabalhava no Ministério da Saúde de Rivera e tinha um grande envolvimento na vida pública e política. O sigilo foi assegurado e o anonimato foi devidamente respeitado mediante a mudança dos nomes e, em determinadas situações, pelo ocultamento do seu cargo.

Sobre a transcrição dos materiais, optei por fazer algumas correções, haja vistas as diferenças entre a fala coloquial e a escrita formal/acadêmica. Essas correções, contudo, não distorceram as falas, afinal a análise feita não foi de discurso, mas de conteúdo. As falas transcritas foram recortadas e aglutinadas a partir de temáticas, por exemplo, parto, ginecologia, nascimentos em Rivera, dentre outras, todas descritas nos capítulos cinco e seis desta dissertação.

As entrevistas foram todas realizadas em português, à exceção de uma delas, em que as respostas foram dadas em portunhol. Foi feito um esforço para transcrever a entrevista respeitando o portunhol, contudo a tradução para o português na escrita foi um facilitador para apresentação e análise dos dados.

Com base no trabalho de mestrado de Natália Cristina Alves (2010), sobre processos de saúde-doença relacionados ao câncer de mama, os autores apontam três fatores determinantes para compreender a intersecção gênero feminino, saúde e Geografia: as experiências cotidianas, a oferta de saúde e a relação com o corpo. (ALVES; PEDROSO; GUIMARÃES, 2019, p. 14).

Na maternagem, as experiências cotidianas referem-se às vidas das mulheres, à criação dos filhos, ao cuidado com a casa, o trabalho, os percursos pela cidade. A oferta de saúde se traduz na disponibilidade dos serviços de saúde, na atenção básica e na localização destes e “o que pode diferir o processo de saúde e doença dessas mulheres é como cada instituição de saúde da cidade previne, produz, expõe, trata e promove a saúde das pessoas” (idem, p. 16), de suma importância para este trabalho que se passa em cidades de fronteira.

A relação com o corpo, especificamente tendo em vista a experiência compartilhada da maternidade entre as mulheres participantes da pesquisa, são expressas pelas colocações sobre querer ou não ter filhos e sobre os problemas de saúde enfrentados por essas mulheres. Sendo assim, esses três eixos foram tomados como base para a análise das entrevistas realizadas na saída de campo. A saúde da mulher é a saúde da casa, dos filhos, marido.

Além disso, para as análises, retomo os conceitos e os/as autores/as que deram base para este referencial teórico, para que os marcos conceituais fossem cruzados com os dados de realidade e pudessem orientar a sua compreensão.

## 1.2 Mulheres em rede

Para uma aproximação com o nascimento e a nacionalidade na fronteira Brasil-Uruguai, em um primeiro momento, procurou-se identificar as agentes que integravam estes processos. Janice Monk *et al.* enfatizam, a partir de suas pesquisas sobre saúde das mulheres na fronteira entre México e Estados Unidos, a relevância de se considerar a posicionalidade das participantes entrevistadas, para identificar as “maneiras pelas quais seus discursos estão situados e refletem a posicionalidade da entrevistada no interior do estabelecimento de saúde” (MONK *et al.*, 2009, p. 801, tradução nossa)<sup>3</sup>.

Com base na posicionalidade e situando as atrizes e os atores em uma rede, buscou-se identificar como cada um entra em cena a partir de sua situação/posição/lugar para compor/dispôr os processos de saúde da região. Nessa proposição, construída juntamente com a Profa. Dra. Adriana Dorfman, a posição é compreendida enquanto o vínculo institucional, como ativista, enfermeira, usuária dos serviços, professora universitária, policial federal ou coordenadora de instituição para mulheres. A situação estaria relacionada a escala de atuação da atriz, por exemplo, uma servidora pública federal, atuando em escala local e também a amplitude da circulação da pessoa, que está relacionada a sua condição de classe. O lugar é geográfico, sendo Rivera ou Livramento, neste caso. Isto posto, a metodologia deste trabalho entende que é a partir dessa rede e considerando as posições, as situações e os lugares que podemos conhecer e interpretar essa realidade.

Num momento inicial, identifiquei uma rede de possíveis atrizes, que poderiam informar sobre reprodução biológica, nascimento, nacionalidade e cidadania em Livramento e Rivera, de acordo com a figura 4. Compõem essa rede: as instituições de ensino superior como a Udelar, Unipampa, o IFSul Campus Livramento; o Centro de Referência da Mulher Professora Deisi; o MIDES e o Inmujeres; os movimentos

---

<sup>3</sup> “The ways in which their discourses are situated in place and reflect the positionality of the interviewee within the health establishment”. (MONK *et al.*, 2009, p. 801)

sociais; o Comitê Binacional de Saúde; as polícias federais; os consulados; a *inspectoría de migración*; os cartórios; as organizações não-governamentais (ONGs); as igrejas; e as usuárias.



**Figura 4:** Rede de atrizes inicial. Fonte: elaborado por Bruna Cagliari.

Algumas atrizes podem fazer parte diretamente da procura por serviços de saúde e nacionalidade, outras pautam discussões, produzem conhecimento, promovem manifestações, mas todas, a sua maneira, nos informam sobre o fenômeno em questão. Em princípio a nacionalidade estava sendo considerada de maneira central, já que a pesquisa se passa em uma fronteira e os países têm diferentes regulamentações para o reconhecimento dos seus cidadãos. Aos poucos, no decorrer do trabalho de campo, ela foi assumindo uma outra dimensão, sendo um pano de fundo da realidade estudada.

De cada um desses agentes pretendia-se extrair dados diferentes. Por exemplo, dos tabeliões, procurava-se saber dados sobre os registros de nascimento,

dos representantes de instituições estatais, sobre a elaboração das políticas para as mulheres, das ativistas, quais são as principais reivindicações. Para as mulheres usuárias desses serviços pretendeu-se dar a devida atenção aos seus relatos, suas trajetórias pessoais e motivações, em busca de como ocorre a escolha da nacionalidade, quais elementos constituem e são considerados nessa escolha. Foram identificados como parte dessa rede alguns agentes, contudo, as mulheres usuárias dos dispositivos fronteiriços são as participantes centrais da pesquisa.

As Universidades e Institutos Federais são importantes centros de produção de conhecimento e informação na região: o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense (IFSul) – Campus Sant’ana do Livramento, a Universidade Federal do Pampa (Unipampa) e o Centro Universitario Rivera (CUR) da Universidad de la República (Udelar) poderiam informar sobre as condições de vida das mulheres na fronteira.

Em Livramento, o Centro de Referência da Mulher Professora Deise é um órgão vinculado à Prefeitura Municipal para prestação de serviços às mulheres sobretudo em relação à proteção social. Dado o grande número de acordos e ações comuns, o Comitê Binacional de Saúde foi considerado para que pudesse trazer informações sobre os processos de saúde reprodutiva na região e suas principais tendências. Outras instituições, como igrejas e ONGs também poderiam ser importantes informantes, visto que fazem parte da vida cotidiana das mulheres.

Quanto aos órgãos responsáveis pelos registros e pela nacionalidade, a Polícia Federal é responsável pela emissão do documento especial de fronteiroço, por parte do Brasil. No Uruguai, o órgão encarregado é a *Inspectoría de Migración*, vinculada ao *Ministerio del Interior*. Os consulados e cartórios presentes nas duas cidades poderiam dar informações sobre as solicitações de nacionalidade e os registros de nascimento, respectivamente.

Essa rede de participantes da pesquisa foi construída com representantes da área da saúde, das instituições de ensino, dos registros de nacionalidade, do ativismo, pois acredito serem esses a se ocupar do assunto, sendo importantes para o fenômeno por construí-lo a partir de sua posição diante dessa rede. A coleta de entrevistas e o trabalho de campo reposicionou e deslocou algumas atrizes e apresentou outras. No percurso, outras pessoas foram encontradas e passaram a compor essa rede, tendo em vista que as pessoas no lugar indicaram outras pessoas

que poderiam contribuir para o desenvolvimento da pesquisa muito mais calcadas na realidade.

Outra hipótese era de que esses agentes poderiam estar vinculados a temas de interesse das mulheres que não fossem propriamente ligados a saúde e nacionalidade, ou que pudessem informar sobre a aquisição de nacionalidade e não sobre a interpolação do gênero nesse processo, por exemplo. Importante ressaltar que o propósito foi de fazer um levantamento, o mais completo possível, para conseguir as informações necessárias e possíveis dentro desse contexto.

### **1.3 O trabalho de campo e a rede de mulheres possível**

A saída de campo foi realizada nos dias 14 e 15 de outubro de 2019, em Sant'ana do Livramento e Rivera. Nos dias anteriores, 11 e 12, participei do evento Jornada de Debate Feminista que ocorreu em Melo, no Uruguai. Em Livramento encontrei a Lídia (nome fictício)<sup>4</sup>, militante, ativista feminista, mãe e santanense, que me apresentou a cidade e me acompanhou durante todas as atividades realizadas durante os dois dias de campo. Lídia me levou para conhecer os principais lugares que oferecem serviços de saúde para as mulheres santanenses. Além disso, ela pode me indicar contatos importantes para entrevistar e participou da maior parte das entrevistas realizadas com motivação e entusiasmo.

As primeiras entrevistas foram realizadas com representantes (1) do Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher; (2) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes onde está localizado o Ambulatório de Gestação de Alto Risco; (3) do Centro de Referência da Mulher Professora Deise (CRM) e (4) dos Programas Primeira Infância Melhor (PIM) e Criança Feliz.

No diálogo com a representante do PIM, ela entrou em contato com mães atendidas pelo programa para que eu pudesse entrevistá-las e nesse momento pude conhecer a história de quatro mães que residem no bairro Simon Bolívar. Conheci também a história de uma mãe, amiga de Lídia.

No segundo dia de campo entrevistei uma das enfermeiras do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sant'ana do Livramento e me dirigi à Rivera buscando

---

<sup>4</sup> A partir da disciplina de Estudos Fronteiriços (2018/1) pude receber o contato da Lídia e conhecê-la posteriormente. Deixo aqui, mais uma vez registrado, o meu agradecimento pela sua acolhida e mobilização que tanto ajudaram esta pesquisa. Sua participação foi imprescindível.

conhecer o outro lado da fronteira. Essa iniciativa foi de menor sucesso e as limitações em Rivera foram maiores. Entrevistei uma das representantes do *Ministerio de Salud Publica* (MSP) e nos demais locais buscados não consegui realizar entrevistas.

A seguir, conforme representado na figura 5, temos a rede que este trabalho construiu para compreender as questões de gênero, nacionalidade, cidadania e saúde reprodutiva na fronteira Livramento-Rivera.



**Figura 5:** Rede de atreizes possível. Fonte: elaborado por Bruna Cagliari.

Esse percurso de campo está detalhadamente descrito na sessão sobre o trabalho de campo, nos capítulos cinco e seis. A rede que se fez no campo foi muito mais ancorada na realidade e menos em um exercício imaginativo/projetivo. O trabalho de campo mudou essa rede em que mais atreizes do Estado passaram a compô-la, bem como profissionais da área da saúde, da atenção básica e assistência social às mulheres de Livramento.

Minhas expectativas se confirmaram, pois, dada a dificuldade de se coletar informações, não foi possível entrevistar boa parte desses agentes. Estava previsto a realização de um segundo trabalho de campo, para continuar a coletar entrevistas com outros participantes e caso houvesse necessidade, outras saídas de campo seriam marcadas. Contudo, isso não foi possível de se concretizar. Um dos empecilhos vivenciados neste ano foi a pandemia de COVID-19 que forçou a interrupção dos trabalhos de campo, sobretudo neste caso que envolve profissionais da área da saúde.

Com a suspensão dos trabalhos de campo, não foi possível coletar novas entrevistas, como estava previsto. Assim, uma das limitações da pesquisa foi o fato de haver muitas entrevistadas agentes do Estado e menos mulheres mães, usuárias dos serviços de saúde. Por ser uma amostra pequena, não podemos falar das mulheres da fronteira Brasil-Uruguai em geral, mas daquelas que participaram da pesquisa, o que não faz perder a legitimidade de seus relatos. Além disso, ter mais pessoas vinculadas ao Estado se faz também porque foi mais fácil contatá-las.

Os consulados, cartórios e serviços de migração não foram consultados, assim como as atrizes que poderiam informar de maneira tangencial, pois a ênfase, após a saída de campo, passou a estar nos hospitais e postos de saúde. Além disso, o segundo trabalho de campo previa coletar mais entrevistas em Rivera, para equiparar os dois lados e poder realizar uma análise que fosse mais justa dessa fronteira. Com isso, a realidade de Rivera foi pouco representada.

## CAPÍTULO 2: MULHERES PRODUZINDO NAÇÕES

Este capítulo tem o propósito de apresentar uma breve discussão sobre a produção dos estudos de gênero na Geografia (e mais especificamente na Geografia Política), tendo como objetivo compreender as implicações dos papéis de gênero para análise espacial e em que pontos a perspectiva feminista a desestabiliza. Para isso, foi necessário entender a tridimensionalidade da justiça de gênero, as intersecções entre gênero e nação e construção da cidadania para as mulheres. Em sua concepção, este trabalho possui inspiração descolonial<sup>5</sup>, compreendendo essa perspectiva como um devir, algo que está sendo construído, enquanto conhecimento e ação prática<sup>6</sup>.

### 2.1 Dimensionando a justiça de gênero

Em *“Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação”*, Nancy Fraser (2007) analisa as mudanças que ocorreram no imaginário feminista, a partir do período pós-guerra e nos fornece conceitos pertinentes para abordagem de problemas de gênero. De acordo com a autora, a segunda onda do feminismo<sup>7</sup> pode ser subdividida em três fases e, em cada uma dessas, a imaginação feminista sofreu transformações vinculadas às ideias recorrentes à época. A ênfase maior será na compreensão da terceira fase que se faz atualmente no campo da luta política feminista.

Para compreender as mudanças no imaginário feminista, a autora aponta que a primeira fase, correspondente à década de 1960, – dos novos movimentos sociais, como foi chamada – tinha um caráter economicista, uma forte preocupação com a redistribuição econômica, estando conectada a um ideal socialista. Já a segunda fase, a partir de 1989, se faz em um contexto de lutas pós-socialistas, à medida que as

---

<sup>5</sup> O termo pode sofrer variação ao longo do trabalho, aparecendo como “descolonial” ou “decolonial”, de acordo com a opção de cada autor. Por compreender que essa variação ocorre pela tradução da palavra em Espanhol, opto por usar a grafia “descolonial”, em Português.

<sup>6</sup> A discussão teórica a seguir sobre a justiça de gênero e os feminismos descoloniais resultada das aprendizagens na disciplina “As múltiplas faces do feminismo”, em 2018/2, do Programa de Pós-Graduação em Sociologia - PPGS/UFRGS, ministrada pelas professoras Dra. Vanessa Marx e Dra. Luciana Mello.

<sup>7</sup> A abordagem centrada nas ondas do feminismo é considerada por muitas autoras como uma abordagem colonial, pois não reconhece a existência precedente de lutas de mulheres em diferentes lugares do mundo. No entanto, nesta perspectiva está sendo utilizada para compreender os conceitos da autora.



questões culturais tomam a cena e a luta política feminista, nas palavras da autora, torna-se praticamente um sinônimo de luta pelo reconhecimento (FRASER, 2007).

A ideia de que a igualdade de classe seria desdobrada para alcançar a igualdade de gênero não mais foi sustentada e as reivindicações políticas feministas com o tempo foram se transformando, passando a serem pautadas por abordagens culturais:

Os movimentos feministas que antes tinham o Estado de bem-estar como seu ponto de partida, procurando desdobrar o *ethos* igualitário da classe para o gênero, perderam o seu chão. Incapazes de assumir a social-democracia como base para a radicalização, gravitaram para novas gramáticas de reivindicações políticas, mais próximas do *Zeitgeist* pós-socialista. (FRASER, 2007, p. 296)

Sendo assim, a segunda fase acabou por sobrevalorizar as demandas de reconhecimento e não conferiu status adequado para as questões vinculadas a redistribuição econômica. Uma nova fase teria sido inaugurada pós-11 de setembro – pelo menos no contexto dos Estados Unidos – e estaria fortemente vinculada à realidade do movimento feminista europeu. De acordo com Fraser, a terceira fase apresenta uma política feminista que se faz em espaços transnacionais, e confere meios para a elaboração de uma nova síntese com elementos das fases anteriores:

Na Europa e em outros lugares, contudo, feministas descobriram, e estão destramente explorando, novas oportunidades políticas nos espaços políticos transnacionais no nosso mundo que se globaliza. Logo, estão mais uma vez reinventando o feminismo – desta vez como um projeto e um processo de política transnacional. Apesar de esta terceira fase ser ainda bastante recente, ela anuncia uma mudança na escala da política feminista que poderia tornar possível integrar os melhores aspectos das duas fases anteriores em uma nova e mais adequada síntese. (Idem, p. 293-294)

A emergência da representação pode ser compreendida como a nova e mais adequada síntese da redistribuição econômica e do reconhecimento identitário, elementos para pensar uma justiça de gênero que nas fases anteriores não estavam em equilíbrio. Ademais, a participação política defendida pela autora é concebida em seu viés transnacional, sendo o conceito de justiça de gênero reenquadrado nesta terceira fase.

Segundo Fraser, o quadro do Estado territorial não mais contemplaria a política feminista, pois as injustiças de gênero são compartilhadas e têm alcances maiores, para além do Estado. Portanto a escala da política feminista é redimensionada, contrariando a imposição de uma escala restrita ao Estado, a partir

de uma compreensão de que as injustiças são transnacionais. Sendo assim, para a autora:

Côncias da vulnerabilidade das mulheres às forças transnacionais, essas feministas acham que não podem desafiar adequadamente a injustiça de gênero se permanecerem no já aceito quadro do Estado territorial. Porque esse quadro limita o alcance da justiça às instituições dentro do Estado que organizam as relações entre os cidadãos, ele sistematicamente obscurece fontes de injustiça que atravessam fronteiras e que compõem as relações sociais transnacionais. (Ibidem, p. 303)

Um exemplo recente que evidencia o caráter transnacional das injustiças de gênero e da luta política feminista, relacionado aos direitos reprodutivos é o movimento de mulheres “*Ni una a menos*” organizado por ativistas na Argentina, em 2018, e que obteve ampla participação da sociedade civil. Esse movimento travou amplas frentes de luta pela descriminalização do aborto na Argentina, atuando na escala estatal, com repercussões a nível internacional, inclusive no Brasil, configurando uma ação em escala transnacional. No fim de 2020, foi aprovada a lei que prevê a interrupção voluntária da gravidez até a 14<sup>a</sup> semana de gestação.

O 8 de Março Internacional é um evento organizado por mulheres em Livramento-Rivera de luta política e mobilização social frente as injustiças de gênero na fronteira. Enquanto movimento social, sua atuação não se restringe ao mês de março, pelo contrário, ocorre ao longo do ano todo e suas ações são coordenadas: juntas elas atuam nas duas cidades, nos dois lados da fronteira. Em junho de 2020, uma menina de 14 anos, Sofía, foi assassinada por um homem em Rivera. Nas imagens a seguir (figuras 6 e 7), encontramos os protestos feministas denunciando a violência de gênero e o feminicídio na região:



**Figura 6:** Protestos em Livramento-Rivera contra os feminicídios em julho de 2020. Fonte: página do Facebook “8 de Março Internacional – Livramento/Rivera”



**Figura 7:** Mulheres em protesto contra os feminicídios na região. Fonte: página do Facebook “8 de Março Internacional – Livramento/Rivera”

Ao passo que as reivindicações continuam a operar também em espaços nacionais, a fronteira e seus processos de integração resultam nessa política transnacional. O “Diálogo de Mulheres de Fronteira” e o “8 de Março Internacional – Livramento/Rivera”, para além das manifestações e debates promovidos cotidianamente, são expressões situadas na fronteira dessa política. Desse modo, o fenômeno é posicionado em várias escalas para a análise:

Feministas desta fase acreditam que as chances de as mulheres viverem uma boa vida dependem tanto dos processos que atravessam fronteiras dos Estados territoriais quanto daqueles que acontecem dentro deles. Sob tais condições, importantes correntes do feminismo estão desafiando o quadro de demandas políticas do Estado territorial. Da forma como elas veem, esse quadro é um grande veículo de injustiça, pois reparte o espaço político de maneira a bloquear a contestação, pelas mulheres, das forças que as oprimem. (FRASER, 2007, p. 303-304)

Nancy Fraser posiciona o evento do 11 de setembro como um marco para o início da terceira fase da segunda onda feminista. Ao mencionar os deslocamentos geográficos das energias feministas, a autora faz referência aos movimentos feministas na Europa e ao Fórum Social Mundial (FSM) como exemplos de políticas transnacionais que se aliam ao ativismo do campo progressista em geral. O FSM foi inaugurado em 2001 e poderia ser reconhecido como um marco para o início desta terceira fase no “Sul Global” ou na América Latina, já que ocorreu concomitantemente ao atentado de 11 de setembro – este que é posto como marco inicial de modo amplo. Além disso, o FSM representa de forma mais profunda a realidade do ativismo no Sul Global. Sendo assim:

Igualmente importantes são os espaços transnacionais que cercam as várias agências das Nações Unidas e do Fórum Social Mundial. Aqui, também, feministas estão se aliando a outros atores transnacionais progressistas, incluindo ambientalistas, ativistas do desenvolvimento e povos indígenas para confrontar as injustiças de má distribuição, não-reconhecimento e má representação. Aqui, também, a tarefa é desenvolver uma política tridimensional que equilibre e integre tais preocupações. (Ibidem, p. 305)

Fraser aponta certos erros cometidos pelas feministas quanto ao uso excessivo da política de reconhecimento, pois “quer o problema fosse a violência contra a mulher, quer a disparidade de gêneros na representação política, feministas recorreram à gramática do reconhecimento para expressar suas reivindicações” (FRASER, 2007, p. 296). Para evitar cometê-los novamente, a tridimensionalidade da justiça de gênero pode ser operacionalizada para compreender os direitos reprodutivos e as práticas femininas, assumindo os desafios que isso implica.

Para tratar dos temas de saúde reprodutiva, maternidade, aborto, cidadania e nacionalidade, em perspectiva feminista e tridimensional, deve-se considerar a dimensão da redistribuição, como o exercício efetivo e qualitativo da saúde reprodutiva, o que exige o acesso aos serviços de saúde para reprodução e interrupção de gravidez, para todas as mulheres, de acordo com as suas necessidades e interesses particulares. O reconhecimento, neste caso, pode ser pensado em relação às sobreposições de identidade que constituem as mulheres, em perspectiva interseccional. Pelo reconhecimento passam as questões sobre a autonomia do corpo e da sexualidade, o direito de escolha e agenciamento próprio e a legitimidade do lugar de fala. A representação, entendida na perspectiva da participação política se expressa na garantia de cidadania para as mulheres. Não ocorrem apenas em relação ao Estado e nesse caso pode ser traduzida na luta pela descriminalização do aborto e pelos direitos reprodutivos.

Outra constelação conceitual importante para a compreensão das práticas de mulheres é representada pelo feminismo descolonial. A abordagem descolonial nos coloca a pensar sobretudo nas questões de diferença e diversidade, que são parte da política de reconhecimento, e as chaves de compreensão das sociedades marcadas por processos de colonização e colonialidade.

## **2.2. Feminismos descoloniais**

A teoria descolonial surge na América Latina para recontar a história da colonização e suas marcas para o mundo moderno. Ela está centrada nos conceitos de colonialidade e modernidade, na construção da ideia de raça e no eurocentramento do mundo, configurando-se em uma teoria para compreender as engrenagens do sistema-mundo moderno colonial. Enquanto abordagem, nos fornece caminhos para interpretar a realidade, numa perspectiva de descolonização do pensamento, e o reconhecimento da diversidade e do direito à diferença. Além disso, carrega um entendimento de que o fazer científico está atrelado a ação política para transformação dessa realidade.

A experiência colonial produziu, de acordo com Walter Carmo Cruz (citando Walter Mignolo), uma geopolítica do conhecimento, estabelecida pela relação entre as regiões centrais e periféricas do mundo, em que há uma hierarquia que classifica e atribui valor a esses lugares. O autor aponta para a necessidade de construir uma

prática emancipatória, com “o deslocamento dos lugares hegemônicos de enunciação (o Norte global) para as periferias, para as margens, para os lugares subalternos de enunciação (o Sul global)” (CRUZ, 2017, p. 28). Para Carlos Walter Porto-Gonçalves:

a afirmação da diversidade e o legítimo direito à diferença devem mergulhar na compreensão dos complexos mecanismos por meio dos quais a opressão, a injustiça e a exploração buscam se legitimar, o que significa compreender as relações entre as dimensões cultural, social, econômica e política e buscar novas epistemes entre os protagonistas que estão impulsionando processos instituintes de novas configurações territoriais (PORTO-GONÇALVES, 2017, p.48)

O que está em questão é o não reconhecimento da diferença e da heterogeneidade, por isso Porto-Gonçalves (2017) adverte que é preciso ir atrás de protagonistas que estão impulsionando processos instituintes. Para a idealização de uma *narrativa descolonial*, devemos assumir os pressupostos de autonomia e legitimidade para “imaginar os diferentes lugares, territórios e culturas como tendo suas próprias trajetórias, suas próprias histórias específicas e o potencial para seus próprios, talvez diferentes, futuros” (CRUZ, 2017, p. 22).

Há um encontro entre as perspectivas descolonial e feminista. Luciana Ballestrin (2017) em “*Feminismos Subalternos*” introduz o debate acerca da cosmopolitização da agenda feminista – semelhante à política feminista transnacional, de Fraser (2007) – bem como os entraves para a construção de uma irmandade global. Em sua discussão, a preocupação é de que “necessariamente, uma cosmopolitização da agenda feminista envolve certa síntese entre o pós-colonialismo e o cosmopolitismo, o local e o global, o particular e o universal” (BALLESTRIN, 2017, p. 1036).

A internacionalização do movimento feminista produziu antagonismos dentro do próprio movimento, desafios para elaborar a síntese entre o global e o local e encontrar caminhos a serem seguidos. Ainda de acordo com a autora:

A construção de um profundo antagonismo no interior do movimento feminista foi ocorrendo paralelamente à sua própria internacionalização, no decorrer dos anos 1970, expressando-se com mais evidência na década de 1980. Com efeito, o processo de transnacionalização do feminismo observado nas três últimas décadas e seu estímulo por vários fóruns internacionais – oficiais e informais – e pela estrutura de oportunidades oferecidas pela globalização, projetou desafios em relação à articulação de uma desejada *global sisterhood* (MENDOZA, 2002). (BALLESTRIN, 2017, p. 1040)

A expressão subalterno seria uma referência à obra de Gayatri Spivak (2010) e à subalternidade interna ao movimento feminista, postulando a inclusão de uma

abordagem interseccional que cruze marcadores identitários como raça, classe, etnia e nacionalidade para repensar e reelaborar uma teoria feminista (BALLESTRIN 2017). Esse conflito é de ordem geopolítica, entre feministas do Norte e do Sul Global, devido à proliferação de universalismos e etnocentrismos nas teorias feministas, ademais à negligência de questões pertinentes (não só) para as mulheres do Sul Global, com marcadores identitários específicos.

O feminismo descolonial tende a ser um feminismo interseccional, reconhecendo a centralidade das identidades étnico-raciais na conformação do gênero. Sueli Carneiro utiliza a expressão “enegrecendo o feminismo” para demonstrar “a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminismo construído em sociedades multirraciais e pluriculturais” (CARNEIRO, 2003, p. 118). Para a autora o racismo rebaixa o *status* de gênero, pois a variável racial acaba por produzir gêneros subalternizados. Sendo assim, teoria e metodologia feministas devem considerar a interseccionalidade dos sujeitos.

O encontro entre o feminismo e o pós-colonialismo ocorreu na década de 1980, devido à preocupação quanto à invisibilidade e a subalternidade produzidas no encontro entre o colonialismo e o patriarcado. Para Ballestrin, na problematização do pós-colonialismo, a violência sexual é fundamental para entender a violência em geral (2017). Na soma entre poder colonial e poder patriarcal, o corpo da mulher terceiro-mundista torna-se vulnerável à conquista e à violação. As visões sobre o controle dos corpos femininos de sociedades (re)inventadas a partir de processos de colonização passam por esse entendimento.

Da mesma forma que as violências colonial e patriarcal são denunciadas, as abordagens descoloniais nos colocam no desafio de trabalhar com sujeitos que produzem conhecimentos e possuem certo grau de autonomia e agenciamento próprio – ainda que condicionados e nos limites das estruturas sociais. Citando o trabalho de Moganty (2008 [1984]), a autora aponta que:

O feminismo terceiro-mundista ou pós-colonial questionou o caráter “colonial” do discurso feminista ocidental ao criar representações estereotipadas da “mulher do terceiro mundo” muito distantes das ideias de agência, liberação, emancipação e autonomia. (BALLESTRIN, 2017, p. 1040)

Para uma descolonização do feminismo e construção de alternativas a esses entraves – no entendimento de que esta descolonização não nos leva em uma única direção –, a abordagem do feminismo descolonial coloca em foco a América Latina,

diferenciando-se de outras ao demarcar a importância da geografia. Ainda que esteja situado na América Latina, tampouco está desconectado de uma agenda global. Sobre a transnacionalização da agenda feminista, Ballestrin apresenta algumas críticas, pois essa pode estar associada a universalismos que são condenados pelos feminismos subalternos, pois “o controverso conceito de sociedade civil global pôde ser criticado pela não horizontalidade dialógica de suas agendas e pelo protagonismo do Norte em formulá-las e implementá-las no Sul. (Ibidem, p. 1050)

Convivendo com as contradições e impasses, é possível construir uma atuação tendo em vista a cooperação e o compartilhamento lutas políticas contra opressões, mesmo que essa invenção conjunta seja um constante desafio. Para selar uma perspectiva comum, Sueli Carneiro, advoga que:

Essa articulação permanente das exclusões de gênero e raça determinadas pelas práticas sexistas e racistas constituía um dos pré-requisitos fundamentais para selar uma perspectiva de luta comum entre mulheres negras e brancas no contexto da luta feminista. (CARNEIRO, 2003, p.128)

Um primeiro passo é ouvir o que os feminismos subalternos têm a dizer. Ao abordar o crescente reconhecimento do protagonismo das mulheres negras no feminismo nacional, Sueli Carneiro apresenta os princípios orientadores da Plataforma Política Feminista, proveniente da Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras realizada em 2002. Entre esses princípios, destaco as pautas que estão associadas à saúde sexual e reprodutiva, tais como:

- comprometer-se com a luta pela assistência integral à saúde das mulheres e pela defesa dos direitos sexuais e reprodutivos;
- reconhecer o direito das mulheres de ter ou não ter filhos com acesso de qualidade à concepção e/ou contracepção;
- reconhecer a descriminalização do aborto como um direito de cidadania e uma questão de saúde pública e reconhecer que cada pessoa tem direito às diversas modalidades de família e apoiar as iniciativas de parceria civil registrada [...] (CARNEIRO, 2002<sup>8</sup>, p. 5 *apud* CARNEIRO, 2003, p. 126-127).

O feminismo negro incorpora a temática da saúde e dos direitos reprodutivos na agenda da luta antirracista, nas palavras da autora, reivindicando a inclusão do quesito cor, sobretudo nos sistemas de classificação da população. Ademais, no que concerne à saúde reprodutiva, a esterilização é um procedimento comumente realizado em mulheres negras e pobres – enquanto os abortos estariam mais associados às mulheres brancas – e foi alvo da luta das mulheres negras:

---

<sup>8</sup> CARNEIRO. Sueli “Mulheres”, *Jornal Correio Braziliense*, Coluna Opinião, 14/6/2002, p. 5



A esterilização ocupou lugar privilegiado durante anos na agenda política das mulheres negras que produziram campanhas contra a esterilização de mulheres em função dos altos índices que esse fenômeno adquiriu no Brasil, fundamentalmente entre mulheres de baixa renda (a maioria das mulheres que são esterilizadas o fazem porque não encontram no sistema de saúde a oferta e diversidade dos métodos contraceptivos reversíveis que lhes permitiriam não ter de fazer a opção radical de não poder mais ter filhos). Esse tema foi, também, objeto de proposições legislativas, numa parceria entre parlamentares e ativistas feministas que culminou no projeto de Lei nº 209/91, que regulamentou o uso da esterilização. (CARNEIRO, 2003, p. 124)

Essa síntese nos leva a concluir que a abordagem descolonial para os estudos fronteiriços exige falar da fronteira a partir dos sujeitos que ali residem, de atrizes, atores e projetos políticos que constroem esse espaço cotidianamente, atentando para essa posição geográfica distinta e particular. Além disso, nos leva a valorizar a posição transnacional na configuração de um movimento feminista fronteiriço, bem como nos processos de interação amplamente constituintes da região. Essa mobilização transnacional é um passo importante para construir a justiça de gênero.

### 2.3 Geopolítica Feminista

No *Dicionário Crítico de Gênero* (COLLING e LOSANDRO, 2019) o termo “Geografia Feminista” é descrito pela geógrafa Joseli Silva como um sub-campo multidisciplinar da Geografia que tem seu surgimento primeiramente nos Estados Unidos e no Reino Unido, na década de 1970 e no Brasil a partir dos anos 1990. Para a autora:

As discussões estabelecidas nos anos 1990 desestabilizaram as categorias de sexo e gênero, trazendo a ideia de mutabilidade constante, deslocando também as compreensões de espaço e lugar. O espaço não é apenas um reflexo das relações de gênero e sexualidades, mas estes são produtores de espaços e lugares. A multiplicidade de sujeitos generificados, sexualizados e racializados performam diferentes espaços, superando a ideia da existência de um espaço essencializado, mas constantemente produzido de múltiplas formas pelas diversas pessoas (2019, p. 343)

Os estudos de Geografia e Gênero nos afirmam que os sujeitos generificados experimentam o espaço mediados por esses marcadores identitários, sendo que a “Geografia de Gênero trata o gênero como uma dimensão da vida social que deve ser incorporada nas estruturas existentes” (BONDI, 1990<sup>9</sup> *apud* VELEDA DA SILVA, 1998, p.108). Para a autora, as possibilidades de cada indivíduo dependem não apenas das oportunidades oferecidas pelos lugares, mas também das relações de

---

<sup>9</sup> BONDI, L. *Progress in Geography and gender: feminism and difference*. In: *Progress in Human Geography*. 1990, nº 14.

gênero (VELEDA DA SILVA, 1998), no entendimento de que as diferenças de gênero se expressam no espaço e influenciam nos seus usos e produções.

Segundo Martínez (1995), citada por Vele da Silva (1998), existem áreas onde o enfoque de gênero é fundamental para a Geografia e duas delas nos interessam de forma mais objetiva, a saber: são as diferenças territoriais para os papéis e as relações de gênero; bem como o uso e a experiência diferenciais do espaço entre homens e mulheres, em distintas escalas: desde a escala local à global (p. 108).

No campo de estudos da Geografia Política surge o termo “*Feminist Geopolitics*”, discutido pelas autoras Vanessa Massaro e Jill Williams (2013). Como uma forma de compreender a masculinidade do discurso reproduzido por vezes na geopolítica crítica e para fazer emergir uma abordagem que compreenda a representação e o vínculo com as realidades vivenciadas pelos indivíduos, as autoras postulam que:

Foi a partir dessa crítica que a geopolítica feminista emergiu como um arcabouço para a compreensão da operação do poder, vinculando os aspectos discursivos da identidade e da representação às realidades vividas pelos indivíduos e pela comunidade, e oferecendo um arcabouço construtivo para a revisão das realidades geopolíticas. (DOWLER e SHARP<sup>10</sup>, 2001 *apud* MASSARO e WILLIAMS, 2013, p. 569, t.n.)<sup>11</sup>

A realidade cotidiana é fundamental para uma abordagem feminista em Geografia Política e esse entendimento é consensual entre as autoras, visto que é no cotidiano que a geopolítica feminista é trabalhada e incorporada (YUVAL-DAVIS, 2018, p. 140). A partir dessa compreensão, contudo, a construção dos espaços íntimos e a necessidade de pensá-los como parte da vida política, e não como separados ou particulares, trouxe entraves para essa corrente. A socióloga israelense Nira Yuval-Davis argumenta que “apesar de o trabalho feminista inicialmente ter se concentrado na pesquisa de espaços íntimos como um “desafio” às definições

---

<sup>10</sup> Dowler, L. and Sharp, J. (2001). *A feminist geopolitics?. Space & Polity* 5, pp. 165-176.

<sup>11</sup> “It was from this critique that feminist geopolitics emerged as a framework for understanding the operation of power in a way that links the discursive aspects of identity and representation to the lived realities of individuals and community and offers up a constructive framework from which geopolitical realities can be reworked” (DOWLER e SHARP, 2001).

geopolíticas clássicas, isso acabava reforçando a hegemonia da geopolítica clássica” (idem, t.n.)<sup>12</sup>.

Elucidando a forma como os fenômenos são construídos em diferentes escalas, a autora faz referência ao trabalho de Pain (2015) que destaca como “a violência doméstica existe porque está conectada e enraizada na violência em outras escalas” (YUVAL-DAVIS, 2018, p. 140, t.n.).<sup>13</sup> A partir dessa perspectiva, a geopolítica feminista compreende que as relações geopolíticas também são produzidas por mulheres e, ao mesmo tempo, de modos diversificados, sendo que as “estudiosas feministas, por outro lado, trabalham para ilustrar que as relações geopolíticas são produzidas tanto no lar quanto no campo de batalha e por todo um conjunto de atores para além da política formal” (MASSARO e WILLIAMS, 2013, p. 569, t.n.).<sup>14</sup>

Ao delinear um trabalho de pesquisa situado no campo de estudos da geopolítica feminista, com enfoque no estudo sobre nacionalidade e gênero na fronteira, fez-se necessário discutir algumas relações pertinentes para a complexa produção entre gênero, nação, Estado e fronteira.

#### 2.4. Cidadania para mulheres

Yuval-Davis, ao explicar a centralidade das relações de gênero para entender como se desenvolvem os fenômenos de nação e nacionalismo, bem como a constituição de fronteiras, sejam elas territoriais ou da coletividade nacional, nos apresenta um arcabouço teórico para análise e compreensão. Alguns pontos levantados pela autora são primordiais para este debate sobre como as mulheres desempenham papéis centrais para a produção da nação. Sua obra representa um marco para os Estudos Fronteiriços, e seu trabalho é internacionalmente reconhecido. Por esse motivo, nas páginas que seguem, seus textos serão amplamente citados.

As autoras Adriana Vianna e Laura Lowenkron (2017) apresentam um debate sobre as relações de coprodução entre gênero e Estado. Um dos pontos a se destacar

---

<sup>12</sup> “Whilst feminist work initially focused on doing research in intimate spaces to ‘challenge’ classical definitions of geopolitical, this clearly reinforced the hegemony of classical geopolitics” (YUVAL-DAVIS, 2018, p. 140).

<sup>13</sup> “Domestic violence exists because it is connected to and rooted in violence across other scales” (YUVAL-DAVIS, 2018, p. 140).

<sup>14</sup> “Geopolitical relations are produced in the home as much as the battlefield and by a whole suite of actors outside the formal political realm” (MASSARO e WILLIAMS, 2013, p. 569).

é a crescente interação das mulheres com a esfera estatal e suas instituições que, por vezes, substitui a dependência em relação aos homens (individualmente). Há uma transferência para a esfera institucional da dominação masculina que se torna mais difícil de ser constatada pela neutralidade que o Estado e suas instituições aparentemente assumem. A partir do trabalho de Wendy Brown, as autoras compreendem que:

A crescente relação entre mulheres americanas e instituições estatais estaria produzindo sujeitos cada vez mais estatizados, regulados, disciplinados, trocando a dependência em relação a homens individuais por processos institucionalizados de dominação masculina, os quais, por seu caráter abstrato, desincorporado e ostensiva neutralidade ajudariam a disfarçar esse domínio. Em última instância, o Estado é entendido por Wendy Brown como veículo importante da dominação masculina na modernidade tardia, na medida em que substituiu muitas das formas de dominação antes desempenhadas por homens individuais, sem abrir mão do caráter socialmente masculino – e branco, devemos acrescentar – das formas de poder exercidas pelos agentes e instituições estatais sobre a vida de mulheres por meio das políticas da proteção ou de regulação. (VIANNA e LOWENKRON, 2017, p. 13).

A crescente interação das mulheres com as instituições estatais dialoga com essa pesquisa à medida que buscamos as maneiras usadas por elas para acessar o Estado, no que diz respeito à saúde e nacionalidade. Ao mesmo tempo, faz-se a ressalva de que se analisa “partes” ou “fragmentos” do Estado, nesse caso, os agentes locais e legislações ora relativas à fronteira, ora de abrangências nacionais em sua materialização no lugar.

O acesso ao espaço público e à cidadania enquanto garantia de direitos às mulheres é uma das evidências que desestabiliza o seu posicionamento histórico vinculado ao espaço privado e sua consequente exclusão dos espaços públicos e da política. Essa dicotomia sempre foi contestada pelas feministas, a exemplo disso, a pesquisa realizada por Juliana Przybysz e Joseli Silva sobre mulheres mães prostitutas de baixa renda expressa o elo entre a maternidade e a prostituição e subverte a separação idealizada entre espaço público e privado para as mulheres.

Se a maternidade está ligada à mulher e o espaço privado, a prostituta estava associada ao espaço público. Contudo, as mulheres que colaboravam com a pesquisa argumentavam que suas práticas de comércio sexual, local escolhido, roupas, horários estavam conectados com a prática da maternagem (PRZYBYSZ e SILVA 2019, p. 55).

Contudo, a vinculação da mulher ao espaço privado, noção amplamente difundida, repercute no processo de construção da nação. Para Yuval-Davis, os

fenômenos de nação e nacionalismo são discussões que historicamente foram atreladas à esfera política pública, tendo como consequência a exclusão da mulher desses discursos (1993, p. 622). Neste caso, as mulheres sempre foram produtoras da nação, porém pouco reconhecidas como tais.

Tendo em vista o quanto os direitos civis, sociais e políticos das mulheres são controlados e disputados, representando um campo efetivo de lutas, o reconhecimento destas mulheres na esfera pública se deu pelas funções que elas desempenham no espaço privado, haja visto que “a construção, feita pelo Estado, de relações na esfera privada, a saber, o casamento e a família, foi o que determinou o status das mulheres como cidadãs na esfera pública”. (idem, p. 625, t.n.)<sup>15</sup>. Nesse caso, entendemos porque as mulheres prostitutas são desprovidas de amparo e reconhecimento quando desestabilizam as noções de casamento e família. Da mesma forma corrobora com essa perspectiva a própria noção de saúde da mulher, que em diferentes momentos foi reduzida a sua função reprodutora.

Para a autora, há um ponto específico que diferencia a cidadania das mulheres, que confere a esta uma natureza dual, residindo no fato de que por vezes a mulher é compreendida como integrante do corpo de cidadãos e das políticas públicas e sociais do Estado e, por outro, é vista de forma separada pois “há sempre, mais ou menos desenvolvido, um corpo de legislação separado, que se refere especificamente a elas como mulheres.” (Ibidem, p. 626, t.n.)<sup>16</sup>, o que pode expressar ideologias de gênero, mais ou menos (des)favoráveis às mulheres. A política de aborto representa um ponto de divergência entre Brasil e Uruguai quando ao entendimento de uma cidadania para as mulheres e a fronteira passa a ser um lugar que manifesta essa descontinuidade.

Um elemento central da proposição da autora está no entendimento de que as mulheres são (re)produtoras da nação, tanto do ponto de vista biológico, como do simbólico e cultural. Portanto, papéis e símbolos de gênero também são desenvolvidos para a delimitação de quem pertence à coletividade nacional. Considera-se que as mulheres são transmissoras de tradições culturais e o seu

---

<sup>15</sup> “The construction by the state of relationships in the private domain, namely, marriage and family, is what has determined woman's status as citizens within the public domain” (YUVAL-DAVIS, 1993, p. 625).

<sup>16</sup> “There is always, more or less developed, a separate body of legislation which relates to them specifically as women”. (YUVAL-DAVIS, 1993, p. 626).

comportamento é capaz de significar fronteiras étnicas e culturais, de modo que as famílias passam a se encontrar dentro dos limites da nação:

Como regra geral, as coletividades são compostas de unidades familiares. Um elo central entre o lugar das mulheres como reprodutoras nacionais e a subjugação das mulheres pode ser encontrado nas diferentes regulamentações – de costumes, religiosas ou legais – que determinam as unidades familiares dentro dos limites da coletividade e as maneiras com as quais surgem (casamento), terminam (divórcio e viuvez) e quais crianças são consideradas membros legítimos da família. (Ibidem, p. 628, t.n.)<sup>17</sup>

Sob esse ponto de vista, as mulheres são primordialmente reconhecidas pelas funções que desempenham no casamento, na família e na reprodução biológica e seus costumes e papéis de gênero são socialmente controlados porque essa função que desempenhamos é necessária para reproduzir e sustentar a nação e conseqüentemente o próprio Estado.

Yuval-Davis demonstra como as mulheres são usadas para a produção de “estoques nacionais”, e como os dispositivos de controle reprodutivo – seja para o estímulo ou o desencorajamento à concepção – dependem da condição de determinado país ou coletividade e de seus interesses para aquele contexto histórico. (1996, p. 18). Para autora, a mulher desempenha um importante papel enquanto reprodutora biológica da nação, sendo que cada nação vai assegurar que a reprodução biológica esteja sob seu controle, através de meios que assegurem que esta esteja dentro dos limites e desejos impostos pela coletividade nacional.

Quando analisamos o aborto, identificamos um grande impasse, que se coloca como um desafio em escala nacional, já que é proibido em alguns lugares e não em outros, dependendo do interesse e da ideia prevalecente de cada nação. Ao mesmo tempo, dado o enorme número de abortos inseguros realizados no Brasil, torna-se evidente que o aborto é criminalizado não pelas mulheres, mas por um controle que lhes é externo, e que se relaciona a um debate que atinge dimensões nacionais.

Em texto publicado em 1996, a Yuval-Davis argumenta que os direitos reprodutivos das mulheres estão condicionados às suas obrigações para com suas coletividades étnicas e nacionais e que, por vezes, podem ser anulados. Em síntese:

---

<sup>17</sup> “As a general rule, collectivities are composed of family units. A central link between the place of women as national reproducers and women’s subjugation can be found in the different regulations - customary, religious or legal - that determine the family units within the boundaries of the collectivity, and the ways they come into existence (marriage), end (divorce and widowhood) and which children are considered legitimate members of the family”. (YUVAL-DAVIS, 1993, p. 628).

As mulheres reproduzem biologicamente, culturalmente e simbolicamente suas coletividades étnicas e nacionais, bem como a força de trabalho, suas famílias ou a cidadania de seus Estados. É uma dimensão fundamental que é importante tanto teoricamente – na análise das relações de gênero – quanto politicamente, quando se consideram os direitos reprodutivos das mulheres. (p. 17, t.n.)<sup>18</sup>

Há um entendimento de que as mulheres desempenham papel central na construção da coletividade nacional e seu papel reprodutivo é apropriado pelo discurso étnico nacional, pois uma das formas primeiras de pertencimento é justamente pelo nascimento, atrelado a ideia do mito de “origem comum”. No artigo em análise, a autora aborda as políticas de controle populacional a partir dos discursos que compreendem as a) “pessoas como poder”; b) eugenistas e c) malthusianos e nos mostra, através de uma série de exemplos, como as mulheres são usadas para compor a nação. Em diferentes contextos, o número de pessoas vai ser importante para aquele país, ou a “pureza/qualidade” da raça, ou o controle da natalidade, o que atinge sobretudo as mulheres pobres e negras.

Yuval-Davis defende o argumento de que se forma uma coesão e um sentido de compromisso com as pessoas em coletividades e nações por se entender que existe um “destino comum” aos integrantes desse grupo, mais do que por um “mito de origem comum”. Isso ocorre sobretudo nas sociedades pós-coloniais e ainda assim não anula a função central da mulher nesse processo. A ideia de “destino comum”:

Ao mesmo tempo, também pode explicar a natureza dinâmica de qualquer coletividade nacional e, nelas, o perpétuo processo de reconstrução das fronteiras através da imigração, naturalização, conversão e outros processos sociais e políticos similares (BHABHA, 1990)<sup>19</sup> (YUVAL-DAVIS, 1993, p. 623-24, t.n.).<sup>20</sup>

Em uma interessante conclusão, a autora enfatiza a busca de um olhar cuidadoso, que não coloque as mulheres apenas enquanto vítimas passivas ou objetos usados pelos projetos nacionais. Ater-se somente a isso pode não ser suficiente para gerar uma efetiva transformação da realidade para nós mulheres.

---

<sup>18</sup> “Women reproduce biologically, culturally, and symbolically their ethnic and national collectivities as well as the workforce, their families, or the citizenry of their states. It is a fundamental dimension which is important both theoretically -- in analyzing gender relations – and politically, when considering women's reproductive rights”. (YUVAL-DAVIS, 1996, p. 17)

<sup>19</sup> BHABHA, Homi K. *Nation and Narration*. London: Routledge, 1990.

<sup>20</sup> “At the same time it can also explain the dynamic nature of any national collectivity and the perpetual process of reconstruction of boundaries which take place in them, through immigration, naturalization, conversion and other similar social and political process (BHABHA, 1990)” (YUVAL-DAVIS, 1993, p. 623-624)

Yuval-Davis atribui às mulheres mais velhas a possibilidade de desestabilizar certos costumes e subverter a essa lógica de exploração, entendendo que é possível, a partir desse lugar e dessa trajetória, formar “mulheres desviantes”. Coloca-se essa incumbência para as próprias mulheres que, conscientes de sua experiência, tem a possibilidade de fazer diferente, pois:

Apesar do fato de que geralmente, senão sempre, os homens serem dominantes, as mulheres não são apenas vítimas passivas, ou mesmo objetos, das ideologias e políticas destinadas a controlar sua reprodução. Pelo contrário, muitas vezes são as mulheres, especialmente as mulheres mais velhas, que recebem os papéis de reprodutoras culturais da nação e que têm o poder de exercer controle sobre outras mulheres que poderiam ser construídas como "desviantes". Como muitas vezes essa é a principal fonte de poder social permitida às mulheres, elas podem se empenhar fortemente a usá-la. (YUVAL-DAVIS, 1996, p. 23, t.n.)<sup>21</sup>

Dessa forma, a autora nos leva a pensar em procurar formas de relação entre gênero e nacionalidade que não estejam vinculadas a sexualização da nacionalidade, ou ao controle da reprodução biológica e dos corpos femininos (sem que haja um desprezo pela dimensão brutal da violência), com o intuito de não produzir reduções sobre as vidas e os potenciais das mulheres e de não reiterar certa imobilização frente à realidade.

Isso não é só parte de uma intenção ou motivação política, mas algo que está fundamentado na realidade e, portanto, deve ser valorizado. Neste caso, especificamente sobre a fronteira Brasil-Uruguai, identificando papéis de gênero, sem cristalizações, que compreendam as mulheres enquanto produtoras de geografias, de trajetórias de vidas, marcadas por lutas, trabalhos, escolhas individuais, agenciamentos, a partir de representações mais positivas e que considere as sobreposições de identidade que as constituem.

Neste estudo, reivindicamos a fronteira enquanto um espaço também feminino, tecido por mulheres, das mais diversas formas e não corroboramos com a ideia e representação de uma fronteira apenas masculinizada. Por fim, não se tem por pretensão compreender esse fenômeno como algo apartado da sociedade fronteira por estar, neste trabalho, sendo recortado e compreendido como uma prática

---

<sup>21</sup> *“Despite the fact that usually, if not always, in the sex/gender systems in their societies men are dominant, women are not just passive victims, or even objects, of the ideologies and policies aimed at controlling their reproduction. On the contrary, very often it is women, especially older women, who are given the roles of the cultural reproducers of the nation and are empowered to exert control over other women who may be constructed as "deviants." As very often this is the main source of social power allowed to women, they can become fully engaged in it.”* (YUVAL-DAVIS, 1996, p. 23)



primordialmente de mulheres, mas como algo que produz essa sociedade, mesmo que, por vezes, sem o devido reconhecimento.

## CAPÍTULO 3: A FRONTEIRA DE GÊNERO, CIDADANIA E SAÚDE

Neste capítulo apresentamos algumas discussões sobre a procura por serviços de saúde nas fronteiras e suas implicações, bem como o conceito de condição fronteiriça, cidadania e a produção da fronteira enquanto um processo que se faz a partir de práticas femininas, a partir da escala do cotidiano.

### 3.1. Fronteirização

Joseli Silva, juntamente com Marcio Ornat e Alides Junior discorrem sobre como o legado de Lefebvre, a partir do seu livro *The Production of Space* ([1974] 1991), pode ser utilizado para a constituição de uma geografia corporificada, importante perspectiva dentro dos estudos da Geografia de Gênero e da Sexualidade. Tendo em vista as noções que competem a esse trabalho identificou-se que para os autores, o espaço em Lefebvre incorpora, além das relações de produção econômica, a reprodução das relações sociais e biológicas, estas que envolvem: relações entre os sexos, entre os grupos etários e na organização de famílias (Silva *et al.* 2019, p. 65) estando a cargo da representação simbólica a manutenção desse mecanismo de (re)produção.

Silva *et al* (2019) expressam a interdependência existente entre as relações de produção material e de reprodução biológica, constituindo-se em uma falsa ideia a separação entre elas para compreender o âmbito da produção econômica. A dimensão corporal, juntamente com os elementos da diferença que emergem daí é capaz de tensionar a abstração desse espaço, dos “processos de alienação da vida, bem como a forma de conceber o espaço a partir do olhar dominante, pois para ele, não há um “pensador puro”, mas um ser corporificado”. (idem, p. 72). Nessa abordagem, a reapropriação do corpo dominado é entendida como uma possibilidade de emancipação. Segundo Silva *et al* (2019):

Nossa interpretação da obra de Lefebvre (1991 [1974])<sup>22</sup> é de que o espaço, enquanto um produto da capacidade do corpo humano, pode ser pensado também como possibilidades de resistências às lógicas estabelecidas pelas relações hegemônicas de poder. As resistências podem ser concebidas a

<sup>22</sup> LEFEBVRE, H. *The Production of Space*. Oxford: Blackwell, [1974] 1991

partir do corpo humano, dotado de capacidade corpórea de produzir espaço de existências não hegemônicas. (ibidem, p. 64-65).

A noção de produção do espaço se transpõe para pensar a fronteira como fronteirização, objeto de estudo desta pesquisa, compreendida como um processo, em um movimento constante de (re)criação. Mais do que um produto acabado fruto da delimitação do Estado, a fronteirização é produzida pelas instituições estatais, sobretudo aquelas mais voltadas para a atuação em escala local junto a população, por atores/atrizes locais e pela população fronteiriça, tendo no recorte do cotidiano o seu palco. Por isso compactuamos com Yuval-Davis (2018) e sua abordagem de fronteiras interseccionais situadas, visto que:

A principal contribuição dessa abordagem é que as fronteiras e as fronteirizações são entendidas como construções dialógicas e, se quisermos compreender como elas estão sendo feitas e refeitas, devemos tentar explorá-las através dos olhares situados de atores sociais diferenciadamente posicionados. Portanto, sugerimos uma abordagem holística para entender a fronteira/fronteirização, permeada de vida cotidiana. (YUVAL-DAVIS, 2018, p. 139, t.n.)<sup>23</sup>

Ainda sob essa perspectiva do processo de criação das fronteiras, o termo “*b/ordering*” de Van Houtum, Kramsch e Zierhofen (2005) é citado por Yuval-Davis, em referência à ordenação (social) e a construção das fronteiras, visto que “as fronteiras territoriais não estão lá apenas por tradição, guerras, acordos e alta política, mas também são feitas e mantidas por outras atividades culturais, econômicas, políticas e sociais. (idem, p. 139, t.n.)<sup>24</sup>

Há formas de compreender a construção de fronteiras a partir da imaginação e da representação. Yuval-Davis nos apresenta como a relação paradoxal das mulheres com a nação afeta as suas construções imaginativas sobre o que seriam fronteiras – territoriais e da coletividade nacional –, pois “há frequentemente uma diferença marcante entre as formas construídas pelo discurso oficial sobre as fronteiras internacionais e as experiências reais das pessoas que vivem junto à

---

<sup>23</sup> “The main contribution of this approach is that borders and borderings are understood as dialogical constructs and if we are to grasp how they are being made and re-made we must attempt to explore them through the situated gazes of differentially positioned social actors. We therefore suggest a holistic approach to understanding border(ing)s, which is embedded in everyday life.” (YUVAL-DAVIS, 2018, p. 139)

<sup>24</sup> “Territorial borders are not there only by tradition, wars, agreements and high politics but are also made and maintained by other cultural, economic political and social activities” (YUVAL-DAVIS, 2018, p. 139).

fronteira” (YUVAL-DAVIS, 2002, p. 332, t.n.)<sup>25</sup>. A imaginação, assim como o discurso, está relacionada à posição situada de quem imagina.

Para tanto, a partir de autobiografias coletadas em entrevistas, a autora conclui que “há uma dimensão generificada na imaginação das fronteiras, mas não há algo como “uma imaginação feminina”” (idem, p. 330, t.n.)<sup>26</sup>. A relação paradoxal entre a mulher e a cidadania (anteriormente apresentada) é um ponto de diferenciação nas maneiras de imaginar as fronteiras, pois “enquanto os homens frequentemente aparecem como agentes ativos nos projetos nacionais (e no seu futuro), as mulheres tendem a representar suas tradições (e o passado) (ibidem, p. 335, t.n.)<sup>27</sup>.

Podemos verificar isto na pesquisa etnográfica de Luciana Hartmann, que apresenta a configuração dos papéis de gênero entre contadoras e contadores de “causos” na região da fronteira entre Brasil e Uruguai. A partir dessas histórias orais, a autora busca compreender como esses papéis se manifestam na sociedade fronteiriça. A primeira constatação era de uma forte narrativa masculina, grandiosa e heroica, na fala e no conteúdo, além disso:

O fato de que o “povo gaúcho” vem sempre associado ao masculino fica explicitado quando se faz uma análise mais acurada da história oficial e também pode ser percebido em muitas narrativas orais contadas por homens: as mulheres estão invisíveis. Deviam estar em algum lugar, cuidando dos filhos, das terras, do gado, lutando para proteger a si e as suas propriedades, sofrendo violências, mas simplesmente não aparecem na grande maioria dos relatos. (HARTMANN, 2010, p. 84).

Existe a associação do gaúcho à fronteira e ao gênero masculino que invisibiliza as mulheres e nos leva em primeira instância a imaginar uma fronteira masculinizada. Contudo, ao longo do texto, a autora apresenta “causos” contados por mulheres e questiona: então as mulheres também contam histórias? Em seguida conclui: “sim, mas suas histórias referem-se a fatos da vida privada das famílias e, em geral, não podem ser divulgadas, logo não participam do repertório daquelas histórias contadas nos espaços públicos, mais especificamente, nas rodas de “causos” dos galpões” (HARTMANN, 2010, p. 89).

---

<sup>25</sup> “There is often a marked difference between the ways official discourse constructs international borders and the ways people who live along the border actually experience them” (YUVAL-DAVIS, 2002, p. 332).

<sup>26</sup> “There is a gendered dimension of imagining borders and boundaries, but there is no such thing as ‘the female imagination’” (YUVAL-DAVIS, 2002, p. 332).

<sup>27</sup> “While men usually are active agents in the national project (and its future), women tend to represent its tradition (and the past)” (YUVAL-DAVIS, 2002, p. 335)

Em referência a proposta de Vale de Almeida, de que “o tempo também tem gênero”, Luciana Hartmann relata dar-se conta de que na fronteira “o tempo histórico pertence, de certa forma, aos homens, e o tempo cotidiano às mulheres, aparecendo em domínios narrativos diferenciados (narrativas épicas x segredos, fofocas)” (HARTMANN, 2010, p. 87). Por isso a importância de valorizar as falas das mulheres situadas a partir de seus cotidianos, sejam narrativas, histórias, informações, “causos”, desabafos ou protestos.

A condição fronteiriça é uma chave de leitura para compreender a fronteira, à medida que atenta para as condições muito particulares desse encontro de países e coletividades nacionais e ao mesmo tempo (des)encontro de normas institucionais que produz um arranjo local diferenciado. O conceito de condição fronteiriça<sup>28</sup>, elaborado por Dorfman (2013) é utilizado para compreender algumas especificidades do lugar da fronteira – se colocando como uma ferramenta conceitual de análise importante para esse trabalho.

A condição fronteiriça é compreendida pela “agência dos habitantes da fronteira, observando a transformação das limitações em oportunidades na experiência desse objeto geográfico [a fronteira] originado na territorialização dos estados-nação.” (DORFMAN, 2013, p. 8). Dessa forma, os habitantes da fronteira têm condições geradas no próprio local de “acionar diferenças e semelhanças nacionais, linguísticas, jurídicas, étnicas, econômicas, religiosas que ora representam vantagens, ora o cerceamento de trânsito ou direitos” (idem, p. 10).

No último capítulo do livro “*Viver no Limite*”, Rogério Haesbaert (2014) ao abordar as questões de trânsito entre territórios e territorialidades nos traz o exemplo de brasiguaios no seu “ir e vir”. Esse trânsito constrói, nas palavras do autor, uma espécie de multi ou transterritorialidade e uma condição “transidentitária” – além do sentido mais estritamente político de usufruir de dois ou mais territórios ao mesmo tempo, que pode ser um trunfo e uma forma de contornamento.

“Viver no limite”, ou nas fronteiras (nesse caso, estatais ou não) para o autor, significa ser dotado de mobilidade, visto que as fronteiras representam não apenas o controle ou a contenção de grupos, mas também a possibilidade de contornamento. Dessa forma, a vida dos sujeitos se constrói na própria mobilidade. Este trânsito entre

---

<sup>28</sup> A disciplina de Estudos Fronteiriços, do semestre de 2018/1, ministrada pela professora orientadora Dra. Adriana Dorfman, contribuiu para a discussão sobre fronteiras e para o entendimento do conceito “condição fronteiriça”.

diferentes territórios e/ou a vivência concomitante de múltiplas territorialidades representa uma chance de contornamento de certos limites, que se apresenta na sua dimensão espacial como uma estratégia territorial frente à precarização da vida.

No que diz respeito à fronteira gaúcha, sua especificidade se traduz pela “convivência entre a territorialidade estatal e territorialidades locais, onde a sociedade civil constrói redes de relações que acionam a fronteira em proveito próprio” (DORFMAN, 2013, p. 18). A partir das diferenças geradas pelo encontro de dois ou mais territórios estatais e pelo proveito de legislações por vezes distintas, o trânsito fronteiriço se coloca em algumas situações como uma oportunidade para o habitante local, por estar ““praticando” a fronteira, agindo como fronteiriço, como o habitante de um lugar em que as possibilidades se multiplicam pelo agenciamento da diferenciação originada na construção dos territórios nacionais” (idem, p. 10).

Concomitantemente, a autora nos diz que se deve duvidar de uma condição fronteiriça universal. São muitas as possíveis relações construídas entre os fronteiriços e os territórios estatais – o que pode nos levar a pensar que essa condição fronteiriça, não sendo um dado absoluto, é experienciada das mais diversas formas, de acordo com a fronteira, mas também em relação aos sujeitos em questão.

A condição fronteiriça cria uma espécie de arranjo, podemos dizer, por conta justamente dessas especificidades da fronteira. As práticas espaciais se fazem em cima disso – tanto as condições quanto as necessidades e os impedimentos estão contidos nesse arranjo. Com isso, as relações de gênero tornam-se importantes para essa análise, pressupondo que o gênero nos coloca diante de condições distintas e desiguais de vida.

A identidade de gênero pode então ser tomada como um elemento para pensar a condição fronteiriça, na ideia de que essa condição, própria do lugar, não atinge os sujeitos da mesma forma e, sendo assim, de que a fronteira é vivenciada pelos gêneros de maneiras distintas. Por isso as práticas e os usos do espaço são importantes, e voltamo-nos a refletir sobre sujeitos mulheres, para compreender como e se elas usam dessas possibilidades/dispositivos agenciados em escala local, permitindo-nos tratar do que seria uma “condição fronteiriça feminina”

O espaço transnacional de luta política feminista na fronteira Brasil/Uruguai é representativo dessa condição fronteiriça, que se faz a partir da vivência cotidiana e local. O exemplo já citado do Encontro Diálogo de Mulheres de Fronteira coloca em evidência a construção de um movimento feminista transnacional fronteiriço que

compartilha injustiças e agenda de lutas, assim como o 8 de março Internacional Livramento-Rivera. É importante reconhecer essa luta que é expressiva e traz toda uma agenda de debates sobre diversidade dentro de uma região amplamente conhecida pelo conservadorismo, além de reconhecer esses agentes/atrizes que atuam a partir de suas reivindicações.

### **3.2 A Cidadania fronteiriça**

As questões de nacionalidade e cidadania são diretamente influenciadas pela condição fronteiriça. Quadrelli-Sanchéz (2002), ao abordar a prática de nascimento e registro na fronteira, aponta que é comum “nascer de um lado e se registrar do outro”. Nesse cenário, a escolha da nacionalidade estaria repleta de significados, sentimentos, representações e, também, de objetivos práticos. Demonstrando que não há uma obviedade ou uma relação direta entre a nacionalidade e o local de nascimento, a autora coloca a nacionalidade como uma possibilidade e como um recurso, pois “de fato, para o ator fronteiriço, a nacionalidade, através desta prática, pode converter-se numa opção, sendo este quem decidirá qual será a sua nacionalidade (ao menos aquela que lhe interessa reconhecer), independentemente do lugar onde nasceu” (QUADRELLI-SANCHÉZ, 2002, p. 62).

Para essas pessoas que nascem de um lado e são registradas no outro, a autora atribui a nacionalidade a uma escolha que é feita pelo fronteiriço. É válido destacar que essa escolha pode ser feita, logo após o nascimento, pela mãe, pelo pai ou pela própria família. De acordo com suas próprias regras, ainda que ela não deixe de se relacionar com o princípio do Estado-Nação:

É o ator fronteiriço, e não o Estado, quem estabelece a correspondência certa entre lugar de nascimento e nacionalidade, e esta correspondência define um limite, aquele que se encarrega de estabelecer a quem deve atribuir-se determinada nacionalidade. Deste modo, não são as regras do Estado que definem a nacionalidade de sua população, são os atores fronteiriços os que resolvem ou escolhem a sua nacionalidade, segundo as suas próprias regras (QUADRELLI-SANCHÉZ, 2002, p. 79).

Dorfman (2009) aponta que existem diferenças entre a nacionalidade legal e a cidadania enquanto uma prática política cotidiana, visto que “a ação política na escala local nem sempre aceita os limites da nacionalidade legal: muitos movimentos reivindicatórios envolvem a ambos lados da fronteira.” (DORFMAN, 2009, p. 72).

Sobre a cidadania na fronteira entre Brasil e Uruguai, Pucci (2010) apresenta a distinção entre cidadania “passiva” e “ativa”, como uma ferramenta de análise para compreender o que seria uma cidadania fronteiriça. Esta se manifestaria quando o cidadão atua diretamente e abre espaços para a participação política, visto que:

A cidadania fronteiriça reivindica o acesso às deliberações dos Governos centrais e o reconhecimento das especiais condições em que se exercitam tais direitos. Reclama, ademais, a integração das políticas públicas de cada país, para que não reste cerceado o exercício dos direitos econômicos e sociais no plano fronteiriço (PUCCI, 2010, p. 63).

Outro termo utilizado pelo autor foi tomado emprestado de Young (1989) sobre cidadania diferenciada, que deriva da exigência de inclusão e participação desses cidadãos na sociedade. A cidadania fronteiriça estaria expressando justamente essa condição de cidadania diferenciada, sendo “ativada pela sub-representação crônica da zona de fronteira, a ser suprida por meio de políticas de integração nacionais, bilaterais e multilaterais” (PUCCI, 2010, p. 64).

No que diz respeito à saúde na fronteira Brasil-Uruguai, existem acordos de cooperação para facilitar o acesso de serviços médicos em ambos os lados da fronteira. O Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios sancionado em 2004, que estabeleceu a existência da “Carteira de Fronteiriço”, passa a contemplar as demandas de saúde integrada para a região a partir de 2008 (BRASIL, 2008) permitindo o acesso a serviços de saúde pública nos dois lados da fronteira por brasileiros e uruguaios.

Existe um amplo leque de acordos, assim como ações de cooperação em saúde, na fronteira Brasil-Uruguai – já descrito em trabalhos anteriores (Silva, 2011). Esses acordos não informam propriamente sobre “saúde da mulher” ou direitos reprodutivos, mas são formas de tangenciar a problemática.

No ano de 2009, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Livramento foi interditado devido à sobrecarga da equipe médica, falta de manutenção nos equipamentos, além de dívidas acumuladas pela instituição, como apresentado em reportagem da Folha de São Paulo (CARDOSO e HENNEMANN, 2009). Adriana Dorfman e Eric Cardin descrevem e analisam o fato ocorrido em 2009, em que:

33 mães foram parir em Rivera, 33 bebês nasceram lá, porque o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Livramento tinha sido fechado pelo conselho médico da cidade. A demanda por melhores serviços de saúde foi construída de modo a interrogar o estado brasileiro a respeito de sua capacidade de garantir o direito ao nascimento de seus cidadãos (DORFMAN e CARDIN, 2014, p. 38).



Esse foi um caso emblemático para a saúde na fronteira, pois Rivera tornou-se a opção mais rápida para os partos urgentes de grávidas de Livramento. Em 2006 uma situação semelhante já havia ocorrido e 30 brasileiras deram à luz em Rivera. (CARDOSO e HENNEMANN, 2009).

No trabalho de Santos *et al* (2018) sobre “*Tener el hijo al frente*”, a procura por serviços obstétricos na tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru é um fenômeno relevante para a sociedade fronteiriça e compreendida enquanto uma prática reprodutiva transfronteiriça. Segundo os autores:

Por práticas fronteiriças se entendem aquelas que resultam da interação social em um espaço dividido por fronteiras internacionais, concentrando-se em estudar aquelas que as mulheres realizam no momento de parir, condicionadas pela natureza da oferta das instituições de saúde e pela história de forte relação de interdependência entre as comunidades estudadas. (SANTOS *et al*, 2018, p. 28, t.n.)<sup>29</sup>

Os autores constataam que as mulheres encontram no uso do corpo feminino e da função reprodutiva uma via para ingressar em outra sociedade. Com essa prática, é possível buscar direitos sociais para seus descendentes em outro país, além alcançar os serviços de saúde desejados especificamente, muito embora tenha ela seu alcance limitado. Sendo assim:

A partir do ponto de vista das mulheres, se considera como a função reprodutora do corpo feminino é utilizada como um recurso para ingressar em outra sociedade, distinta daquela de origem (Cueva e Vásquez, 2009)<sup>30</sup>. O cenário sugere, efetivamente, uma luta feminina pela conquista de novos espaços e direitos, além da busca de atenção médica em si mesma. Embora a ação pareça ser afirmativa, ainda é uma prática de alcance limitado, pois se concentra nos papéis tradicionais atribuídos às mulheres, tão naturalizados que não têm grandes efeitos reais sobre sua condição de vida dentro das famílias. (SANTOS *et al*, 2018, p. 41, t.n.)<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> “*Por prácticas fronterizas se entienden aquellas que resultan de la interacción social en un espacio dividido por fronteras internacionales, concentrándose en estudiar las que realizan las mujeres en el momento de parir, condicionadas por la naturaleza de la oferta de las instituciones de salud y la historia de fuerte relación de interdependencia entre las comunidades estudiadas.*” (SANTOS *et al*, 2018, p. 28)

<sup>30</sup> O trabalho de Cueva y Vazques (2009) “*Familias y prácticas de apropiación de un espacio*” é citado pelos autores.

<sup>31</sup> “*Desde la mirada de las mujeres se considera cómo la función reproductora del cuerpo femenino es utilizada como un recurso para ingresar hacia otra sociedad, distinta a la de su origen (CUEVA Y VÁZQUEZ, 2009). El escenario sugiere efectivamente una lucha femenina por la conquista de nuevos espacios y derechos, además de la búsqueda de atención médica en sí misma. Si bien la acción parece ser afirmativa, es todavía una práctica de alcance limitado dado que se centra en los roles tradicionales asignados a las mujeres y naturalizados de tal manera que no tiene grandes efectos reales en su condición de vida al interior de las familias.*” (SANTOS *et al*, 2018, p. 41)

Essas são discussões pertinentes à realidade de uma tríplice fronteira amazônica entre Brasil, Peru e Colômbia, que podem ter semelhanças com a fronteira Livramento-Rivera. Para tanto, os contextos devem ser posicionados e valorizados, reconhecendo que se pode encontrar processos diferenciados, diante de um mesmo fenômeno.

Em seu trabalho com os profissionais de saúde na fronteira México-Estados Unidos, Janice Monk *et al* (2009) encontraram um grande silenciamento sobre as questões de aborto, o que incide diretamente nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e nos mostra como esse tema permanece de difícil diálogo e produz discursos que regulam os corpos e a vida das mulheres em sua totalidade. Segundo as autoras, “assim como na discussão sobre o que constitui a região de fronteira, novamente notamos silêncios” pois entre os entrevistados, houve uma ausência, sobretudo nos Estados Unidos, das discussões sobre o aborto enquanto direito reprodutivo. Para as autoras, sobre a posicionalidade dos profissionais:

Ao relacionar as interpretações de posicionalidades e lugares com o pensamento sobre as prioridades na atenção à saúde da mulher, enfatizamos a localização geográfica e as posições profissionais. Concluímos que a escala geográfica das responsabilidades e estruturas de referência estão conectadas. (MONK *et al*, 2009, p. 804, t.n.)<sup>32</sup>

O acesso ao aborto seguro e legal no Uruguai é permitido para as mulheres uruguaias e para as mulheres residentes no Brasil que possuem a dupla cidadania. Segundo Luersen (2017), em seu trabalho sobre a compreensão dos gestores de saúde sobre o aborto:

Atualmente, na região de fronteira Brasil/Uruguai, pode-se afirmar que vivem duas legislações concomitantemente, por conta da população flutuante que utiliza o espaço de fronteira, permitindo que a mulher com dupla cidadania realize o aborto seguro no Uruguai. Porém, é necessário ressaltar que a mulher com cidadania brasileira, moradora em região de fronteira, não possui os mesmos direitos. (LUERSEN, 2017, p.13)

Essa realidade nos coloca diante de uma mesma região com políticas públicas nacionais divergentes, ou seja, com sistemas e práticas de saúde ora complementares, ora opostos, que estão integrados na fronteira e são de alvo de debate. Para tanto, é importante considerar as contradições existentes nos espaços de fronteira entre as políticas internacionais e as geografias locais para minimizá-las

---

<sup>32</sup> “*In linking interpretations of positionalities and places in relation to thinking about priorities for women’s health care, we have emphasized geographic location and professional positions. We find that the geographic scale of responsibilities and frames of reference are connected*” (MONK *et al*, 2009, p. 804)

frente as necessidades de saúde da população (MOREHOUSE e SALIDO, 2004<sup>33</sup>, p. 279 *apud* MONK et al, 2009, p. 799).

### 3.3 Políticas de saúde para as mulheres: entre Brasil e Uruguai

Para a Geografia Feminista apropriar-se do corpo e do espaço são movimentos que se coproduzem e são capazes de informar e reproduzir ideologias. Sendo assim, para Natália Alves, Mateus Pedroso e Raul Guimarães (2019), apropriar-se do corpo estaria relacionado “ao modo como o espaço pode conformar as relações de saúde-doença e o que pode diferir o processo de saúde e doença dessas mulheres é como cada instituição de saúde da cidade previne, produz, expõe, trata e promove a saúde das pessoas” (ALVES *et al*, 2019, p. 16).

É importante dar ênfase à forma como as cidades em nível local e os países em questão promovem a saúde das populações, sempre com olhar mais apurado para as mulheres e crianças, pois:

O corpo feminino [...] é o espaço de inscrição de marcas da cultura, da política, ou seja, marcas construídas a partir de relações sociais e espaciais. Enfim, além de fisiológico/biológico, o corpo destas mulheres é o suporte do conteúdo, apreendido e manifestado no espaço pelas relações de gênero, bem como pode ser (re)produzido pelo atendimento das instituições de promoção da saúde”. (ALVES *et al*, 2019, p. 16)

As marcas inscritas no corpo integram a saúde e o gênero enquanto expressão da produção social do espaço (idem, p.16). Um exemplo extremo e real disso é visto nos casos de mulheres que realizam abortos inseguros e sofrem com as sequelas dos procedimentos por toda vida. Isso reflete a não existência de serviços de aborto, a criminalização do aborto, o controle sobre o corpo feminino e uma série de questões.

Ana Maria Costa em seu texto sobre a conquista de políticas de saúde para as mulheres no Brasil nos apresenta um apanhado histórico de como o tema foi discutido socialmente, quais atores foram tomando evidência no cenário e como estava sendo pensada a saúde da mulher e o controle de natalidade ao longo das últimas décadas.

Nas Conferências sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (1974, em Bucareste; 1984, no México e em 1994, no Cairo) o tema do planejamento

---

<sup>33</sup> O trabalho de Morehouse e Salido (2004) “*Transboundary health care and the production of space on the Arizona-Sonora border*” é citado pelas autoras.

familiar e do controle demográfico estiveram sempre presentes e o posicionamento formal do Brasil era de não associar as práticas contraceptivas aos interesses do controle demográfico.

Embora as iniciativas de controle de natalidade nos anos 1970 tenham sofrido a oposição de vários setores da sociedade brasileira, nas décadas de 1980 e 1990 o tema caminha em direção ao controle demográfico, com argumentos neomalthusianos de escassez de recursos naturais e com associações entre demografia e sustentabilidade. Para Costa (2009) o discurso dos direitos sexuais e reprodutivos foi usado para fins do controle demográfico:

Nessas conferências, a posição formal do Brasil esteve identificada pela defesa do livre arbítrio das pessoas e dos casais em relação ao número de filhos, desatrelando práticas contraceptivas dos interesses relativos a controle demográfico. [...] Nas décadas de oitenta e noventa, o debate avança e fortalece a articulação a favor do controle do crescimento da população, desta vez domesticada e inserida no discurso por políticas para os direitos sexuais e reprodutivos e saúde da mulher. (COSTA, 2009, p. 1074)

A autora argumenta que a fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema do planejamento familiar criou um vácuo institucional do Estado e favoreceu as instituições de caráter “controlista”. Configurava-se em um desafio agradar a todos os interessados no tema, atores internos e também externos. Um exemplo mencionado é a distribuição de anticoncepcionais para a população mais pobre feita pela Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) que foi a primeira instituição a realizar planejamento familiar no país e o Programa de Distribuição Comunitária de Anticoncepcionais, este que agiu especialmente na região nordeste (COSTA, 2009).

Estamos diante de um contexto de ditadura militar, sendo a década de 1970 marcada pelo endurecimento do regime. Com isso, “reforça-se o discurso da segurança nacional ameaçada pelo grande contingente de pobres e numerosas famílias, “presas fáceis para a propaganda de ideias subversivas”. Fica ressaltado ainda, o recrudescimento de ideias eugênicas expressivas” (COSTA, 2009, p. 1075)

Na década de 1970, as iniciativas pró-controle demográfico foram combatidas pelos setores progressistas da sociedade, preocupados com “o avanço das estratégias imperialistas americanas, interessado na baixa densidade demográfica, e a necessidade de ocupação territorial para a defesa da autonomia e soberania nacional”. (idem, p. 1075), argumentos que ilustram a vinculação entre a (política da) reprodução e a geopolítica. Contudo, as feministas atuaram “conclamando a

autonomia das mulheres na escolha dos seus destinos relacionados à procriação. Com críticas às instituições que atuavam no controle demográfico, as feministas se contrapunham aos argumentos de ocupação do território nacional que mutilavam a autonomia das mulheres” (ibidem, p. 1076). Na sequência Ana Maria Costa demonstra como esse impasse foi resolvido, haja visto que:

O cenário ficou cada vez mais complexo, entremeando demandas reais com ideologias: os setores esquerdistas insistiam na soberania nacional ao passo que, na classe média, crescia a demanda pela oportunidade da livre escolha dos métodos contraceptivos, seguindo valores de liberdade pessoal na decisão acerca do número de filhos com emancipação da mulher. Resultado da exclusão social, as classes populares assumem a redução do número de filhos como uma questão de sobrevivência. (ibidem, p. 1076)

O Ministério da Saúde divulgou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, em contexto marcado pela investigação do crescimento populacional no Brasil. O ministério partia da “constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal. E, mesmo aí, era deficiente” (OSIS, 1998, p. 26-27). O entendimento de assistência integral à saúde emergia em contraposição ao reducionismo da saúde da mulher a função reprodutora, por isso:

A atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. (OSIS, 1998, p. 27).

O crescimento populacional esteve na base da criação do programa. Contudo, com uma nova abordagem “as ações voltadas à regulação da fecundidade passaram a ser concebidas como parte da atenção completa à saúde que as mulheres deveriam receber, e não mais como fins em si mesmas” (idem, p. 31) e demarcava-se que o planejamento familiar não deveria ser associado à solução de problemas de ordem social e econômica. Para Maria Osis:

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério. (ibidem, p. 31)

O padrão de queda da taxa de fecundidade no Brasil se manteve apesar da instituição do PAISM. Isso mostra que o programa não modificou a condição da vida reprodutiva das mulheres brasileiras. Segundo Costa (2010):

É a internacionalização das agendas dos movimentos de mulheres que repõe o tema na pauta governamental. Porém, a absorção das questões de fecundidade e do planejamento familiar pelo conceito de saúde reprodutiva deslocou a centralidade da saúde integral da pauta das políticas de saúde para as mulheres. Para autores como Lassonde (1997), a adoção e difusão do conceito de saúde reprodutiva conecta-se com a influência das políticas demográficas ditadas pelos países centrais aos países periféricos, com a vantagem da adesão de setores anteriormente críticos a essa conexão (COSTA, 2010, p. 1079)

Susana Rostagnol apresenta o histórico de lutas dos movimentos de mulheres uruguaias pelos direitos sexuais e reprodutivos. No Uruguai, as mulheres estavam organizadas, como no Brasil, na luta pelo fim do regime militar, integradas aos partidos do campo progressista. Com isso, o aborto passa a ser um tema central na agenda feminista no final dos anos 1980, momento em que os regimes estavam perdendo suas forças.

O entendimento sobre saúde sexual e reprodutiva, direitos reprodutivos, saúde integral é destacado pela autora como uma construção que se dá a partir de redes globais. É muito semelhante de um país para o outro, visto que, assim como no Brasil, “as feministas comprometidas com a temática se relacionaram com feministas de outras latitudes preocupadas com os mesmos temas e passaram assim a fazer parte de redes globais” (ROSTAGNOL, 2018, p. 199, t.n.)<sup>34</sup>. Participando em 1984 do *IV Encuentro Mundial de Mujer y Salud*:

Lá se fortalece a ideia de que os direitos reprodutivos são centrais para a vida das mulheres. Os aspectos relativos à reprodução não poderiam se reduzir a um tema de saúde, as mulheres demandavam o direito de decidir sobre sua maternidade e seus corpos. (idem, p. 199, t.n.)<sup>35</sup>

A Conferência do Cairo representou um marco para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. No Uruguai, ela reposicionou as demandas relativas aos direitos sexuais e reprodutivos em uma nova perspectiva (ibidem, p. 204)

<sup>34</sup> “Las feministas comprometidas con la temática se relacionaron con feministas de otras latitudes preocupadas por los mismos temas y pasaron así a formar parte de redes globales”. (ROSTAGNOL, 2018, p. 199)

<sup>35</sup> “Allí se fortalece la idea de los derechos reproductivos en tanto centrales para la vida de las mujeres. Los aspectos relativos a la reproducción no podían reducirse a un tema de salud, las mujeres demandaban el derecho a decidir sobre su maternidad y sus cuerpos”. (ROSTAGNOL, 2008, p. 199)

As conferências também impactaram nas políticas públicas, nos planos e programas governamentais. O conceito de saúde reprodutiva substituiu o de planejamento familiar nas agendas das políticas públicas, ainda que em princípio fosse mais uma mudança terminológica do que conceitual. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento adotou a definição de saúde reprodutiva da Organização Mundial da Saúde. Isso facilitou ao movimento das mulheres levar adiante negociações que permitissem colocar a saúde reprodutiva no contexto dos direitos reprodutivos. Sonia Corrêa (s/f) assinala que definir a agenda de direitos e saúde sexual e reprodutiva em um nível mais básico é a busca tanto da satisfação das necessidades sexuais e reprodutivas das pessoas, especialmente das mulheres, quanto das mudanças legais com relação a sexualidade e a reprodução. (ibidem, p 206, t.n.)<sup>36</sup>

### 3.4. Organização das Estratégias de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 com o objetivo de reorganizar o modelo de assistência no Brasil, ampliando o seu acesso para toda a população. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) trabalham equipes multiprofissionais “responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes” (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 48).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) anuncia uma mudança no PSF, que estava sendo transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PINTO e GIOVANELLA, 2018, p. 1905). A ESF é tida como a porta de entrada preferencial à rede de saúde e isso representou um grande avanço, pois “sistemas de saúde que contam com uma “porta de entrada” organizada, ancorada em uma rede sólida e fortalecida de atenção básica tendem a apresentar melhores resultados”. (idem, p. 1906).

A atenção básica de saúde está organizada para atender uma população adscrita em uma área delimitada. Martha Pereira e Christovam Barcellos apresentam uma discussão sobre as concepções de território no Programa Saúde da Família. Para

---

<sup>36</sup> “Las conferencias también impactaron en las políticas públicas, en los planes y programas gubernamentales. El concepto de salud reproductiva reemplazó al de planificación familiar en las agendas de las políticas públicas, aunque en un principio fue más un cambio terminológico que conceptual. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo adoptó la definición de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Esto facilitó al movimiento de las mujeres llevar adelante negociaciones que permitiesen colocar la salud reproductiva en el contexto de los derechos reproductivos. Sonia Corrêa (s/f) señala que definir la agenda de derechos y salud sexual y reproductiva en el nivel más básico es la búsqueda tanto de la satisfacción de las necesidades sexuales y reproductivas de la gente, especialmente de las mujeres, como de los cambios legales con relación a la sexualidad y la reproducción.” (ROSTAGNOL, 2018, p 206)

os autores, o reconhecimento do território em que o serviço de saúde está inserido é primordial para a caracterização da população, bem como para mensurar os resultados dos serviços de saúde sobre essa população. Sendo a territorialização uma das premissas da atenção básica:

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (UNGLERT, 1993<sup>37</sup>). (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 51)

Sobre a organização territorial da atenção básica, a descentralização do sistema de saúde ampliou as responsabilidades conferidas aos municípios, tanto na implementação das políticas quanto no seu financiamento. Luiz Pinto e Ligia Giovanella relatam que os municípios tiveram que criar uma estrutura gerencial para implantar serviços de saúde onde não havia sequer uma unidade de saúde. Com isso, as características dos municípios e as grandes diferenças existentes entre eles, “no que diz respeito ao porte populacional, densidade demográfica, vias de acesso, desenvolvimento social, econômico e político, além da capacidade de arrecadação tributária, implica[m] diferentes arranjos de políticas públicas de saúde.” (PINTO e GIOVANELLA, 2018, p. 1904)

Segundo Pereira e Barcellos (2006), o primeiro nível de informação do programa corresponde às famílias atendidas. Já em níveis superiores encontramos as seguintes subdivisões: microárea, área, segmento e município. Para os autores, contudo, “a exclusiva alusão à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação destes territórios, limita a eficácia das ações.” (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 54).

Além das limitações identificadas pela utilização do critério de quantidade de população a ser atendida, para Luiz Pinto e Lígia Giovanella a própria dinâmica populacional, sobretudo devido a sua mobilidade, fragiliza a relação entre população e área, visto que “as famílias cadastradas podem se mudar para outras áreas ao longo do ano, o que introduz um complicador no sistema, que atende as famílias, mas cadastra os moradores de domicílios existentes na área de atuação. (idem, p. 56). Por fim, os autores concluem que ocorre uma interligação da territorialidade da saúde com

---

<sup>37</sup> UNGLERT, CVS. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Mendes, EV (org) Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993



“outras territorialidades locais, fruto de um conjunto de fatores que influenciam positiva ou negativamente no resultado final na qualidade dos serviços de saúde”. (ibidem, p. 51)

Em síntese, para compreender os avanços históricos da saúde da mulher no Brasil é importante considerar as mudanças de eixos de luta dos movimentos feministas e como isso incidiu sobre as próprias políticas públicas. Em princípio a luta travada foi para que a saúde da mulher fosse compreendida em sua integralidade e não somente associada à sua função reprodutiva. Tendo alcançado este objetivo, pelo menos a nível institucional, as feministas passaram a reivindicar os direitos reprodutivos, passando de “defensores da saúde integral das mulheres e abordando toda a complexidade de suas amplas demandas e necessidades, para uma atuação focalizada, essencialmente voltada aos direitos reprodutivos. (COSTA, 2009, p. 1073). Sendo assim, persiste o entendimento de que os direitos reprodutivos são fundamentais para a realização da saúde integral das mulheres.

## CAPÍTULO 4: AS PRÁTICAS DE MATERNIDADE EM LIVRAMENTO-RIVERA

Nesse capítulo serão apresentados os diálogos e as informações obtidos nas entrevistas realizadas com dez mulheres. Os materiais coletados foram organizados pelas temáticas que mais se fizeram presentes nas entrevistas, ocasionando na subdivisão deste capítulo em seis partes: um relato sobre a saída de campo; a apresentação das participantes da pesquisa; a organização da saúde da mulher em Livramento; os processos de (des)integração para saúde da mulher na fronteira; as políticas públicas para saúde da mulher no Uruguai e sua materialização em Rivera; as práticas de aborto (in)seguro nos dois lados da fronteira.

### 4.1 A saída de campo

A saída de campo foi realizada nos dias 14 e 15 de outubro de 2019, em Sant'ana do Livramento e Rivera. Nos dias anteriores, 11 e 12, participei do evento Jornada de Debate Feminista, representado na figura 8, que ocorreu em Melo, no Uruguai. Nesse encontro, apresentei a discussão teórica realizada até o momento da qualificação de mestrado e aprendi com mulheres feministas, brasileiras e uruguaias, sobre os seus trabalhos de pesquisa, projetos, iniciativas e enfrentamentos cotidianos em defesa da vida das mulheres. A Jornada é uma iniciativa do coletivo feminista uruguaio *Cotidiano Mujer*<sup>38</sup>, que percorre diversas cidades do país propondo debates feministas, em um diálogo entre produção acadêmica e mobilização social.

---

<sup>38</sup> Cotidiano Mujer é um coletivo feminista criado em 1985 no Uruguai. Em princípio o coletivo se formou em torno da publicação da revista Cotidiano Mujer e esteve engajado na luta contra a ditadura civil-militar uruguaia. Desde então, trabalha acompanhando o desenvolvimento da agenda política das mulheres uruguaias e latino-americanas, construindo encontros, marchas, campanhas e debates. Disponível em: <<https://cotidianomujer.org.uy/sitio/>>



**Figura 4:** Jornada de Debate Feminista com a presença de Lilian Celiberti. Fonte: foto tirada por Bruna Cagliari.

Em Livramento, Lídia me acompanhou em todas as atividades realizadas durante os dois dias de campo. Pela sua forte atuação político-partidária e militante na cidade, Lídia me levou para conhecer os principais lugares que oferecem serviços de saúde para as mulheres santanenses. Além disso, ela pode me indicar contatos importantes para entrevistar e participou da maior parte das entrevistas realizadas.

No primeiro dia de campo estivemos no Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher, onde pude entrevistar com uma das responsáveis pela coordenação do Centro. Em seguida nos dirigimos para a Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes onde está localizado o Ambulatório de Gestação de Alto Risco, e dialoguei com a enfermeira responsável pelos acompanhamentos pré-natais. O terceiro local visitado foi o Centro de Referência da Mulher Professora Deise (CRM), onde pudemos conversar com as advogadas que trabalham na proteção e no enfrentamento da violência contra as mulheres em Livramento.

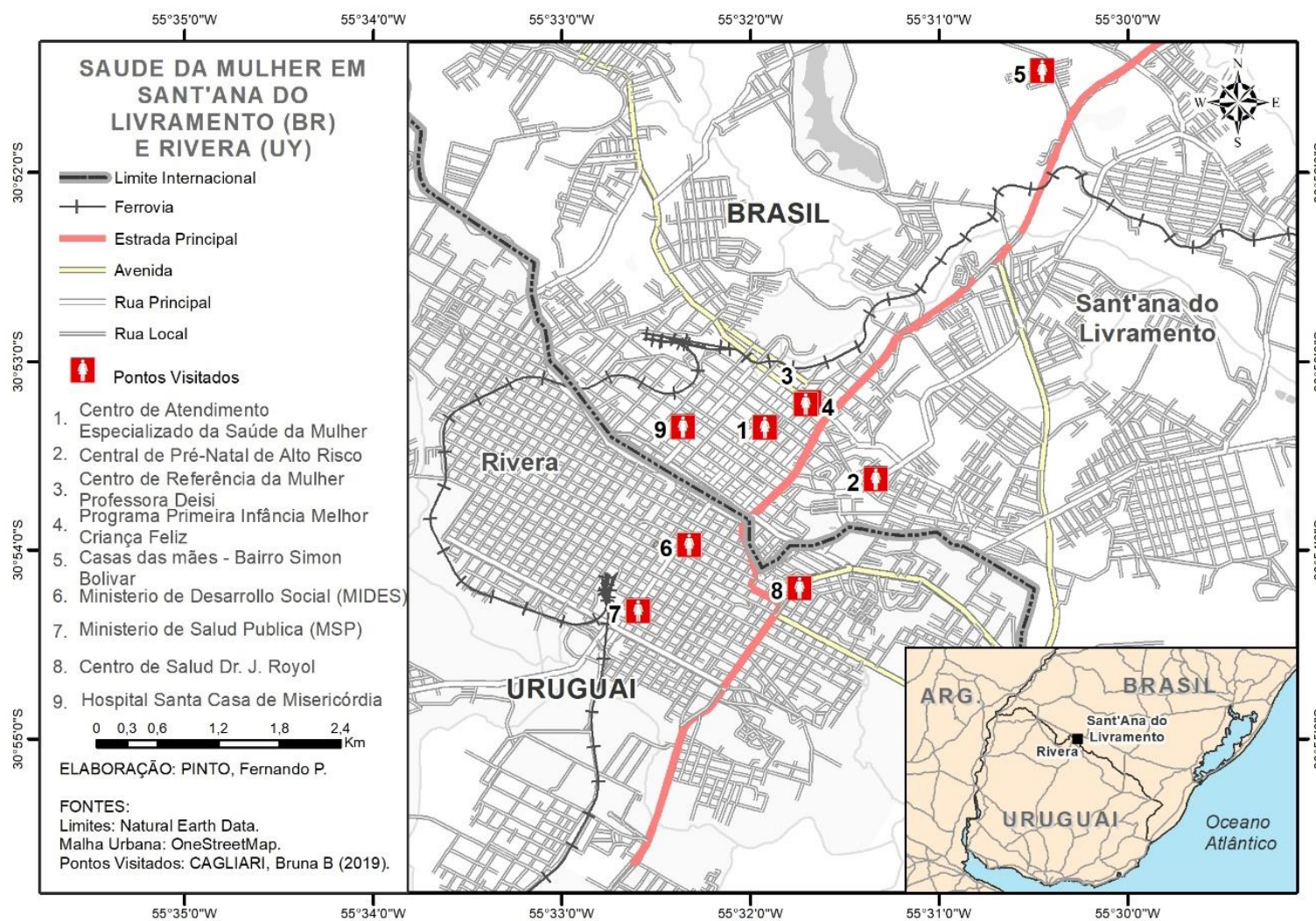
À tarde entrevistei a profissional responsável pelos Programas Primeira Infância Melhor (PIM) e Criança Feliz e, a partir desse diálogo, ela entrou em contato com mães que foram atendidas pelos programas, para que eu pudesse entrevist -las

em suas casas. Nesse dia pude conhecer a história de quatro mães que residem no bairro Simon Bolívar. Conheci também a história de uma quinta mãe, amiga da Lídia que gentilmente nos levou de carro até as casas das demais mulheres.

No dia seguinte, entrevistei uma das enfermeiras do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sant’ana do Livramento e me dirigi à Rivera buscando conhecer o outro lado da fronteira. Procurei o *Ministerio de Desarrollo Social* (MIDES), o *Ministerio de Salud Pública* (MSP), e o *Centro de Salud Dr. J. Royol*, este último responsável pelos serviços de aborto legal e seguro. Em Rivera encontrei maiores dificuldades de acesso, tendo em vista que não sabíamos informações mais precisas sobre as instituições e os serviços prestados em torno da saúde da mulher. Nesse dia pude entrevistar a Aida, representante do MSP e, nos demais locais não consegui realizar entrevistas.

O mapa “Saúde da Mulher em Sant’ana do Livramento (BR) e Rivera (UY)” apresenta a seguir, na figura 9, os pontos visitados nesta saída de campo. À primeira vista, chama atenção a distância de grande parte dos serviços de saúde das residências das mães entrevistadas no bairro Simon Bolivar. Além disso, os principais serviços de Livramento e Rivera são próximos entre si.

Em cada local visitado, as profissionais que participavam da pesquisa indicavam outras profissionais para serem entrevistadas e assim sucessivamente. Em consonância com essa proposta, acolhi as falas que faziam referência às questões pertinentes às mulheres em Livramento e Rivera, ainda que não estivessem diretamente relacionadas com a reprodução biológica e a escolha da nacionalidade. Para a discussão que segue, selecionei aquilo que mais converge com as inquietações dessa pesquisa. Portanto, a entrevista coletada no Centro de Referência da Mulher não foi transcrita, servindo, no entanto, para conhecer a realidade das mulheres santanenses, sobretudo relacionada ao atendimento às vítimas de violência



**Figura 5:** Mapa da fronteira Rivera (UY) e Sant'ana do Livramento (BR) e os pontos visitados na saída de campo. Fonte: elaborado por Fernando Pires Pinto (2021) com orientações da autora.

## 4.2 As participantes da pesquisa

Nessa sessão apresento as participantes da pesquisa, a partir das suas próprias descrições e do que elas falaram sobre si. Cinco mulheres entrevistadas são mães e relatam suas experiências ao parir e criar seus filhos. Outras cinco mulheres, algumas também mães, compartilham informações e opiniões, sobretudo a partir de seu lugar de trabalho, como enfermeiras ou coordenadoras de serviços prestados para as mulheres na região.

A Eva foi a primeira mãe a participar da pesquisa. Tem 38 anos, nasceu em Porto Alegre e foi morar em Livramento aos nove anos com seu pai, quando sua mãe faleceu. Tem cinco filhos, dos quais, apenas um deles não mora com ela, e divide a casa com seu pai. Um de seus filhos, que ela disse ser especial, nasceu em Rivera, pela falta de médicos em Livramento, no ano de 2010. Sua ocupação é estar em casa, cuidar dos filhos e viajar com um destes para fins de saúde.

Marga tem 59 anos, é natural de São Gabriel/RS, onde residiu até os seus sete anos. Já morou em diferentes lugares do Brasil, por ter sido criada em uma família de militares. Tem três filhos, nascidos por partos de cesarianas, sendo que, na gestação do seu primeiro filho, ela não pôde realizar as consultas do pré-natal. Todos nasceram em Livramento: um deles nasceu na Casa de Saúde (que hoje é um hospital particular) e os outros dois nasceram no Hospital Santa Casa de Misericórdia. Marga relata a situação de seu marido, que espera a realização de uma cirurgia, em uma situação bastante complicada.

Marisol tem 36 anos, é mãe de oito filhos e nora da Marga. O seu filho mais velho, de 18 anos, nasceu na Casa de Saúde, e os demais na Santa Casa. Ela também nasceu e sempre morou em Livramento e mora já há 24 anos no endereço atual. O Simon Bolívar é o terceiro bairro que ela reside na cidade. Questionada sobre gostar de morar na fronteira, Marisol diz que gosta e “não troca por nada”.

Todos os filhos de Marisol moram com ela. Sua rotina e ocupação é organizada em função do cuidado dos seus filhos, além do trabalho que realiza com moradoras do bairro. Marisol relata que, há quatro anos, faz curso com as mulheres da comunidade todas as segundas-feiras, com o objetivo de criar algo para que elas pudessem fazer em casa, além de obter uma renda extra.

A Elisa é uma mulher de 43 anos, tem cinco filhos, dos quais três são crianças pequenas. Também relata viver em função de seus cinco filhos e do cuidado com a

sua casa. Seu trabalho é realizado na sua própria casa, vendendo lanches, pois só assim pode conciliar as tarefas: cuidar dos filhos e ao mesmo tempo ajudar o companheiro a pagar as contas e adquirir o necessário para a casa. Seu filho mais novo, de três anos, tem asma, o que faz com que ela não possa trabalhar na rua, pois ele tem ataques recorrentes e suas filhas maiores não sabem cuidá-lo quando ele passa por uma crise asmática. Elisa relata viver em função do cuidado dos filhos e da casa. Mora em Livramento desde que nasceu, e afirma gostar de morar lá: “eu moro aqui em Sant’ana do Livramento desde que nasci, adoro, faz uns 17 anos que eu moro aqui na Simão Bolívar, adoro, se eu ganhar um dinheirão daqui eu não saio, eu arrumo minha casa aqui” (Elisa, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019).

A Sofia é uma mulher de 52 anos e amiga próxima da Lídia. Trabalhou na prefeitura de Livramento entre os anos de 2013 e 2016 e, até o momento da entrevista, estava desempregada em virtude das mudanças de governo na cidade. Ela tem dois filhos que nasceram na Santa Casa, de 21 e 14 anos, sendo que não utilizou os serviços do SUS para ganhar seus filhos. Mora no centro da cidade e foi estudar em Porto Alegre para cursar a graduação em Letras.

É notório que a Sofia tem um perfil diferente das outras mães. Ela é uma mulher com ensino superior concluído, moradora do centro da cidade, tem maior mobilidade e uma condição econômica mais favorável.

A Aida – única mulher entre as entrevistas que optou por ter seu nome identificado – é uruguaia e fez seu relato em portunhol, enquanto as demais falaram em português. Tem 70 anos, é médica, traumatologista e está aposentada dessas funções. Na ditadura civil-militar morou por oito anos na Amazônia venezuelana e lá fez exame para revalidação de diploma de médicos formados no exterior, o revalida. Entrou na faculdade de Medicina em 1968 e foi presa política no período militar. Ela tem avós brasileiros, italianos e espanhóis, e é natural de Rivera. Seu cargo no *Ministerio de Salud Publica* (MSP) é de Diretora Departamental de Saúde. Este é um cargo político de confiança, que ela ocupa desde março de 2005, contudo, ela projetava se aposentar em fevereiro de 2020.

A Sara é enfermeira do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Livramento. É natural de Alegrete, morou em Santa Cruz e, antes de morar em Livramento estava em Uruguaiana, pois o trabalho de seu marido faz com que ele seja transferido com frequência. Formou-se em enfermagem pela Unipampa, em Uruguaiana. Mora em Livramento há seis anos e em 2012 começou a trabalhar na Santa Casa. Gosta da

cidade e pretende continuar morando em Livramento, pois é um lugar tranquilo para criar os filhos. Sara é mãe de dois filhos e está à espera do terceiro, sendo que um deles nasceu na Santa Casa, onde ela trabalha atualmente. No hospital, ela atua na pediatria da maternidade.

A Victoria é natural das Missões, no noroeste do estado do RS, e faz três anos e meio que está morando em Livramento. Ela mudou-se para a Livramento em virtude do concurso público que realizou. Ela é enfermeira e trabalha na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes e é responsável pelo atendimento aos pré-natais de alto risco.

A Carolina é natural de Uruguaiana e, assim como a Victoria, há três anos mudou-se para Livramento por conta do concurso público. Ela é enfermeira, professora do curso técnico em enfermagem, fez especialização em Saúde da Família, em Gestão de Pessoas e em Gestão Permanente. Ela trabalhou por um ano na Estratégia Saúde da Família (ESF) até ser encaminhada para atuar no Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher.

Ângela tem 47 anos e trabalha no Programa Primeira Infância Melhor (PIM) – Criança Feliz desde 2011. Nasceu e cresceu em Livramento e durante 21 anos trabalhou na área da contabilidade, até ingressar no magistério, começar a estagiar no PIM e se encantar pela saúde pública. Atualmente faz o curso de Letras – Espanhol pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) pois deseja cursar enfermagem, com ênfase em obstetrícia no Uruguai.

### **4.3 Saúde da mulher em Sant’ana do Livramento**

Jandira Camacho e Gustavo Saldanha (2016) abordam as políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher em Livramento entre os anos de 2005 e 2015, a partir da atuação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) no município. O Programa contava com uma enfermeira responsável pela realização de exames como Papanicolau e de mama e encaminhava para outros serviços de atenção a mulher. As ações do programa eram desenvolvidas nos bairros e na zona rural do município para conscientizar as mulheres sobre os cuidados de saúde, com visitas domiciliares denominadas de “busca ativa”:

Para investigar as situações relacionadas com a saúde e o bem estar das mulheres de Sant’ana do Livramento, levando também orientações sobre



temas como: violência doméstica e sexual, pré-natal, planejamento familiar, DSTs, prevenção do câncer de mama e do câncer do colo do útero, amamentação e climatério (CAMACHO e SALDAN HA, 2016, p. 16)

Como um serviço de assistência social voltado para as mulheres, as profissionais estavam orientadas a identificar possíveis casos de DSTs e violência doméstica, encaminhando essas mulheres para os devidos serviços especializados. Em 2015 o programa foi extinto e as questões relacionadas à saúde da mulher passaram a ser desenvolvidas pelas equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESFs). No ano de 2017 foi inaugurado o Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher, responsável mais especificamente pelo atendimento ginecológico.

Os serviços de saúde destinados às mulheres em Livramento estão organizados tendo em vista uma rede de atendimento, que tem início nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de cada bairro até chegar na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Carlos Ivoney Moreira Guedes, no Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher e no Hospital Santa Casa de Misericórdia. Nas ESFs a atenção primária e as consultas para o pré-natal são realizadas por médicos clínico gerais. Caso haja a necessidade de um atendimento com especialistas, as unidades encaminham a paciente para consultas com ginecologistas no Centro de Saúde da Mulher. A parte de obstetrícia é realizada na UBS Dr. Carlos Ivoney para os pré-natais de alto risco e, por fim, os partos são realizados no Hospital Santa Casa.

Em princípio, esse é o caminho mais comum percorrido pelas mulheres em Livramento para ter atendimento de saúde. Contudo, há casos em que os serviços de saúde de Rivera também são acionados. Estes aparecerão mais adiante nas falas das participantes da pesquisa. Na figura 10 a seguir consta um esquema com a organização deste atendimento.



**Figura 6:** Organização dos serviços de saúde da mulher em Sant'ana do Livramento (2019). Fonte: elaborado por Bruna Cagliari.

#### 4.3.1. O pré-natal

A enfermeira Victoria trabalha na Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Ivoney localizada no centro da cidade. Ali são oferecidos serviços com especialidades, além da atenção básica de saúde. Nessa mesma Unidade encontra-se a Central de Pré-Natal do município, tendo atendimento voltado para os pré-natais de alto risco – além de atender as mulheres que residem nas proximidades do posto pela falta de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

**Victoria:** Eu fiquei com pré-natal de alto risco, né? Que é onde eu trabalho até hoje e ela [sua colega de trabalho, também enfermeira, presente na mesma sala] ficou com as questões da unidade e outras especialidades [...].

Mas na verdade a minha responsabilidade é a Central de Pré-Natal, que é aqui nessa sala, né? Que é o pré-natal de alto risco. Como funciona o nosso serviço aqui? Como a nossa cidade toda ela não tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, muitas áreas são descobertas. Teoricamente aqui seria somente para alto risco. O que seria isso? Aquelas pacientes com diabetes, hipertensão e outras comorbidades seriam encaminhadas pra cá e a gente atenderia esse público, mas aqui na nossa volta, por exemplo, assim, uma região bem extensa, não tem Estratégia, então muitas mulheres que moram aqui pertinho do posto são de baixo risco, mas acabam fazendo o pré-natal conosco, em virtude de que não tem um outro posto, não tem uma Estratégia de Saúde da Família. Aqui trabalham três obstetras, eu de enfermeira e duas técnicas de enfermagem, nesse serviço né? Que está dentro dessa UBS. (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Em outubro de 2019, a unidade era responsável pela prestação de serviços para 225 gestantes. Victoria explica como é feito o primeiro atendimento e quais são os procedimentos para iniciar as consultas do pré-natal.

**Victoria:** Aí assim, as de fora então, que a gente chama, que são as pacientes das Estratégias, são encaminhadas [para essa UBS] [...], não é uma fila longa, assim, já se agenda para semana ou para semana seguinte, e as que chegam aqui é porta aberta, né? Não tem dia pra agendar, não tem dia pra gente fazer o exame. [...] 225 gestantes, aqui, somente aqui, então a gente tem que limitar de alguma forma né? Então a gente pede comprovante de residência [...] não precisa ser no nome delas [...] pra gente independe, o importante é ela fazer o pré-natal [...]. Então o fluxo aqui é muito bom, assim, ela chega, ela faz esse agendamento, ela sai com a data da coleta, ela sai com umas vitaminas, com ácido fólico, ela sai com repelente, e ela sai agendada a consulta pra outra semana. Normalmente dá o prazo assim de sete a dez dias para os exames ficarem prontos [...] É bem ágil assim, é bem rápido, nós não temos assim em relação a esse tipo de exame e nem do acesso, não tem horário [...] (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

De acordo com Carolina, responsável pelo Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher, além dessa central de pré-natal, localizada na Unidade Sanitária, há também o Pré-Natal de Alto Risco do bairro Armour. A gestante vai consultar em uma ou outra dessas unidades tendo em vista a localização mais próxima de sua residência.

As mulheres são instruídas a sempre procurar a atenção primária da sua Estratégia de Saúde da Família. As consultas de pré-natal nas ESFs são realizadas por clínicos gerais e não por médicos obstetras. No período de 24 e 26 semanas, bem como ao final da gestação, com 35 semanas, as pacientes são encaminhadas para uma avaliação na Central de Pré-Natal. Caso a gravidez seja de risco, os profissionais dos postos de saúde fazem o encaminhamento para a Central.

**Victoria:** Aqui, no posto, quem faz o pré-natal é o obstetra, não é o clínico geral, como acontece nos postos. Todos os anos o nosso serviço faz uma capacitação com todos os clínicos, e uma atualização, assim, até de

protocolos [...] Aí a gente fez essa capacitação e já combinou: que todas as pacientes entre 24 e 26 semanas devem passar aqui para uma avaliação, então, embora não seja de risco, quando tiver entre 24 e 26, acompanhada lá na rede, lá no postinho, eles encaminham pra cá. Faz uma avaliação, se tá tudo bem a gente libera e volta para o posto, se não fica conosco. E no final, a mesma coisa, depois de 35/36 semanas, elas vêm pra uma revisão final, assim, pra ver se tá tudo bem, se a posição tá ok, né? Se não ficou faltando nada, e aí volta pra rede se não tiver risco.

**Bruna:** Isso por que as unidades de ESF não tem uma unidade específica para o pré-natal como vocês tem aqui?

**V:** É, não, é porque essa é uma central municipal, um alto risco municipal. Porque o protocolo do Ministério é de que a consulta seja feita com um clínico, intercalada, então é uma com o clínico e uma com o enfermeiro. Então como todos foram capacitados, a paciente não precisa se deslocar lá do local dela, lá do bairro até o centro, as vezes tem que pegar dois ônibus, não tem linha contínua, então é mais fácil pra paciente já ficar na estratégia [...], então pra cá só vem as que tiverem algum risco, que tiver alguma alteração e pra fazer essa avaliação, assim [...] e as que moram aqui na volta, sempre vão fazer só aqui, daí, ela não tem como ir para outro posto, porque a estratégia de saúde da família só pode atender a área mapeada, né? É diferente de uma UBS como aqui, a UBS, a gente tem que atender todos, a estratégia não, tem que atender o que é o limite de sua área. (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019).

O exemplo da Elisa coincide com a descrição da enfermeira Victoria. Ela pôde realizar todas as consultas de pré-natal no posto do bairro, à exceção de quando era moradora do centro da cidade. Quando a paciente chegou em seu sexto mês de gestação ela foi encaminhada para a UBS do Centro (o “Postão”, como elas se referem). No seu caso, devido a um descolamento de placenta na gestação de seu último filho, sua gravidez foi considerada de risco e ela foi atendida com maior frequência na Central de Pré-Natal. Questiono onde ela fez as consultas e os atendimentos necessários durante as gestações. No seu relato, Elisa descreve a única cesárea que realizou:

**Elisa:** Todos, só das minhas duas grandes que eu morava no Centro aí eu fazia lá no Centro de Saúde, mas do João, da Vitória e do Dominique foi aqui no nosso posto. Aí daqui nos encaminham lá para o “Postão”, porque aí o pré-natal quando chega lá pelo sexto ou sétimo mês, daí já passa para outro doutor. [...] às vezes tinha duas vezes ao mês consulta quando eu tive problema do Dominique, como descolou a placenta, aí eu já estava indo duas vezes por mês ou de três vezes ao mês até saberem que eu ia fazer cesárea, achei que era parto normal, mas foi cesárea porque ele era muito grande e não tinha espaço para ele sair. (Elisa, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Marga e Marisol relatam que sempre foram bem atendidas, no posto de saúde e no hospital. Marisol diz sempre ter conseguido fazer as consultas necessárias durante a gestação e depois do nascimento dos filhos. Sobre as consultas de pré-natal, ela relata ter feito todas na ESF Caíque:

**Marisol:** Todas. Aqui no posto do bairro aqui [o Caíque]. A doutora não é ginecologista, ela é clínica geral, mas ela nos atende aqui. Nos atende aqui e se há algum problema mais grave, a doutora nos passa para o Postão, o posto grande que tem aqui, mas é ela que faz o nosso pré-natal até o final. (Marisol, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019).

O relato de Elisa coincide com a descrição de Marisol, sobre a qualidade dos serviços prestados no posto de saúde da comunidade. Elisa conta a história de sua gravidez de risco e o desejo, acompanhado da impossibilidade, de ter mais filhos, pelas complicações na sua última gestação:

**Elisa:** E no caso da saúde para nós é bom, porque aqui no nosso posto fazem tudo. De seis em seis meses nós mulheres daqui da vila temos o Papanicolau que é marcado todos os dias, fazemos exames de rotina.

**Bruna:** E tu fizeste todos os pré-natais? Conseguiu acesso a todos?

**E:** Todos os pré-natais eu fiz. Até desse meu (filho) pequeno que tem três anos, teve um descolamento de placenta que eu vim aqui no postinho e já me internaram. Tive que ficar em casa em repouso porque eu trabalhava de carteira assinada. E o que deu problema foi nesse de três anos, aí o doutor disse que eu não podia ter mais por causa que como esse foi..., mas por mim eu teria mais um ou dois, mas é que a minha idade não permite. E eu trabalhava, e eu subia muita escada e descia escada, e aí deu descolamento de placenta, quase perdi ele com sete meses. Aí tive que fazer cesárea. De todos foi parto normal, mas desse último foi cesárea. (Elisa, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Um dos principais serviços prestados para as mulheres é realizado pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM) – Criança Feliz. Ângela explica que o programa atende as grávidas desde o período da captação precoce, antes das 12 semanas de gestação, através de equipes de visitantes. Ângela relata que tem habilitação para ter uma equipe com 29 visitantes domiciliares, porém dispõe de apenas 15 visitantes.

**Ângela:** Dentro da metodologia do PIM-Criança Feliz, cada visitante tem que ter pelo menos três gestantes e cada um desses tem pelo menos 17 famílias para atender sistematicamente. Começamos com a gestante na captação precoce, antes das 12 semanas de gestação. Encaminha para o pré-natal, faz pelo menos as sete consultas que o Ministério da Saúde preconiza para o parto. Tenta pelo menos as três ecografias obstétricas durante o período gestacional e acompanhamos toda a preparação pré, durante e pós parto. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Na sua avaliação sobre a saúde da mulher no município, Ângela enfatiza que a falta de pré-natal já não é mais um obstáculo, devido a implementação das ESFs que possibilitaram a descentralização da oferta de pré-natal.

**Ângela:** Nós já vencemos a falta de pré-natal. No governo anterior nós conseguimos implantar as Estratégias de Saúde da Família com muito custo e descentralizar todo o pré-natal. Quando eu comecei aqui em 2011 o pré-

natal era feito em três ou quatro unidades só, e só por obstetras. Com a vinda dos Mais Médicos para as Estratégias de Saúde da Família a gente conseguiu que todas as gestantes tenham acesso na sua Estratégia de Saúde da Família, bem pertinho da sua casa, a consulta com a enfermagem e com o médico de família. Se for identificado um risco, essa gestante vai para o Alto Risco [...]. Se não é identificado o Alto Risco, pelo menos uma vez durante a sua gestação a mulher vai ser vista por um obstetra e retorna com as recomendações para a sua Estratégia de Saúde da Família. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

#### 4.3.2. O atendimento ginecológico

Para as consultas ginecológicas, as pacientes são encaminhadas das suas Estratégias para o Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher. Victoria aponta alguns problemas em relação ao agendamento das consultas. Sobre essa organização, exemplifica:

**Victoria:** Saiu essa menina que estava aqui agora na sala, por exemplo, ela é uma paciente que não era nossa, era de uma Estratégia, né? Da Estratégia ela veio pra cá porque ela estava com pressão alta. Ganhou o bebezinho, agora ela fez a revisão dela e volta lá para o posto. No posto, a doutora já pediu um encaminhamento ginecológico, com consulta mais pra frente, aí o posto de lá vai encaminhar ela pra Saúde da Mulher (outro atendimento oferecido pelo município). (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

A Saúde da Mulher presta todos os serviços de atenção para as mulheres, exceto o pré-natal, o que inclui consultas ginecológicas e atendimentos relacionados a câncer, laqueadura de trompas, métodos contraceptivos, colocação de dispositivo intrauterino, prevenção de gravidez na adolescência, bem como educação e saúde nas escolas, dentre outros. Para as consultas serem agendadas, é necessário que os médicos das UBSs e ESFs façam os encaminhamentos para a Saúde da Mulher

**Carolina:** A Saúde da Mulher, na verdade, era para ser tudo junto, né? Era para ser a Saúde da Mulher junto com o pré-natal, mas devido a estrutura física, a gente não ter um lugar tão amplo assim, ela foi dividida. Aqui funciona a parte ginecológica, das consultas, com ginecologista. Atendimento àquelas mulheres que estão no climatério, na menopausa, né? Atendimento às mulheres que tem hereditariedade para o câncer. [...] E também em relação a atividades, planejamento familiar, né? daquelas pessoas que desejam ou não ter filhos, né? Métodos anticoncepcionais, laqueadura, colocação de DIU, tudo passa por aqui, tudo é encaminhado por aqui. E além daquela parte que a gente tem que fazer, de prevenção, né? Que a gente vai nas escolas, faz palestra, com adolescentes, prevenção da gravidez na adolescência, falando sobre drogas, falando sobre métodos anticoncepcionais, infecções sexualmente transmissíveis. Então a gente também faz essa parte de educação e saúde nas escolas.

**Bruna:** E as mulheres marcam as consultas aqui ou ocorre por encaminhamento?

**C:** Não, todas que consultam aqui, elas são encaminhadas, né? Por um médico clínico e elas geralmente já vem com o diagnóstico pronto. Então a primeira consulta vem encaminhada das unidades de saúde, estratégia de saúde da família, com encaminhamento do clínico. Aquelas que já são pacientes, que já foram tratadas de câncer, ou que já consultaram alguma vez aqui, elas só agendam por telefone e deu, tranquilo. As demais têm que ter o encaminhamento do médico clínico. [...]

**B:** Quais são as principais dificuldades que vocês encontram no atendimento?

**C:** Hoje nós temos quatro médicos ginecologistas atendendo aqui, sendo que um deles é mastologista [...] mas mesmo assim a gente ainda tem uma demanda reprimida aguardando consulta. Sempre tem gente aguardando consulta. [...] (Carolina, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Sobre essa demanda de atendimento para as consultas ginecológicas, a enfermeira Victoria acredita que há o que ser feito no atendimento da sua UBS, pelos próprios médicos clínico gerais, para que haja uma diminuição nos encaminhamentos para a Saúde da Mulher:

**Victoria:** Eu sinto assim, que eu acho que falta um pouco de capacitação dos clínicos, é até complicado a gente dizer isso, mas o que eu vejo dos nossos encaminhamentos aqui é que muita coisa poderia ser resolvida sim, deveria ser, e não é resolvida. Não posso generalizar no município, o que eu falo é da realidade do meu posto. Muitas coisas poderiam e deveriam ser tratadas aqui e não são. Entra na fila do "gineco", que vai pra Saúde da Mulher [...] e vai se acumulando, então hoje eu estou com uma fila de mais de 50 mulheres, esperando atendimento. [...]. (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

A Eva estava enfrentando problemas para realizar uma operação no seio, prevista para acontecer no dia seguinte à realização da entrevista. Além disso, ela estava esperando um exame para o intestino, devido a possibilidade de câncer, contudo sua liberação estava demorada. Questionada sobre sua experiência no acesso à saúde em Livramento, Eva explica que conseguiu atendimento na Saúde da Mulher:

**Eva:** Eu me atendo aqui no Caíque, e estava me atendendo ali na Saúde da Mulher. [...] Eu estava consultando aqui, mas aí eu falei do meu seio, só que eles nunca fizeram caso nenhum, aí eu expliquei a situação [...] E aí a doutora de lá da Saúde da Mulher que me mandou fazer exames, mandou fazer a mamografia também para ver o que é. (Eva, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Nas Estratégias se faz todo tipo de atendimento para as mulheres, sob a responsabilidade do médico clínico geral. Caso este médico encontre maiores dificuldades, ele procede encaminhando essa paciente para o médico especialista. A enfermeira Victoria explica:

**Victoria:** Porque o município é organizado assim: as estratégias, né? Nas estratégias se faz de tudo, puericultura, pré-natal, atendimento ginecológico, assim, com o clínico né? Se faz tudo com o clínico. Manejo de hipertensão, de diabetes, esse tipo de coisa. Aí o clínico sentiu alguma dificuldade, ele vai encaminhar para o especialista, né? Por exemplo, pra cá que tem cardiologista, tem oncologista, tem “gastro”, tem “procto”, tem vários especialistas aqui no posto, até obstetra. Aí vem pra cá, as questões ginecológicas, que é quando a mulher não tá gestante, vai pra Saúde da Mulher, que é um outro serviço especializado do município [...]. Aqui fica só a questão do pré-natal, então aqui, por mais que eles são gineco-obstetras, aqui eles só atuam como obstetras e lá na Saúde da Mulher eles atuam só como ginecologistas. Se as vezes eles identificam alguma gestante lá, eles mandam pra cá. Se for algum problema ginecológico daqui, de mama, esse tipo de coisa, a gente manda pra lá. Essa gestante, no caso, então, ela volta para o posto dela e o posto vai encaminhar lá da Saúde da Mulher [...]. Na nossa UBS hoje, essa parte de ginecologia tá um pouco complicada. A parte de obstetrícia é tranquilo, não tem fila, o agendamento sai todos os dias. Agora, lá na gineco... [...] (Victoria, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Podemos constatar que a demanda pelos serviços de ginecologia é acentuada no município. Entretanto, por existir apenas um local de referência que oferece esse atendimento, percebe-se a demora para que as pacientes consigam realizar suas consultas e seus exames.

#### 4.3.3. O parto

Na Santa Casa, pude conversar com a enfermeira responsável pela maternidade, a Sara. Sobre o seu trabalho enquanto enfermeira, no atendimento das mulheres-mães, Sara relata que eles têm uma média de 80 cesáreas por mês, número demasiado elevado, e que buscam atingir o que o Ministério da Saúde preconiza sobre os partos normais.

**Sara:** A nossa maternidade tem um fluxo bem alto de gestantes, a gente tem uma média de 80 partos por mês. É bastante parto por mês. A gente tem um índice bom até de partos normais. A gente não consegue chegar no que o Ministério da Saúde preconiza hoje de parto normal, que seria uma média de 25% de cesáreas, mas a gente tem uma média de 30 a 40% de cesáreas e o resto parto normal, porque aqui na fronteira a gente trabalha com parteiras, então a gente tem trabalhando com a gente, a gente tem um obstetra e aqui a gente tem parteiras, que nos ajudam bastante na questão do parto normal. (Sara, Sant’ana do Livramento, 15/10/2019)

Sara faz menção à atuação das parteiras na fronteira, associadas aos obstetras, e sua grande contribuição aos partos normais. Nesse momento, questiono sobre como ocorre este trabalho com as parteiras. Sara explica que existe uma liminar,



que vale para a fronteira Brasil-Uruguai, que dá permissão para que elas, assim como os médicos uruguaios, trabalhem na Santa Casa, por ser uma cidade de fronteira.

**Sara:** Elas têm formação uruguaia, nenhuma delas é brasileira, porque no Brasil essa profissão não existe né? Ou nós somos enfermeiras obstétricas ou obstetra, parteira mesmo não tem no Brasil. É uma formação uruguaia, para elas é tipo nível superior [...] e como a gente está em uma cidade de fronteira, a gente trabalha com uma liminar fronteira, assim, que dá direito a elas trabalharem aqui, tanto elas quanto os médicos uruguaios que trabalham aqui no Brasil também, porque eles não têm CRM mas acabam trabalhando aqui conosco, por causa dessa liminar, por ser uma cidade de fronteira. A gente não tem um parto, eu digo, humanizado, a gente está tentando trabalhar pra isso ainda, com o mínimo de intervenções possíveis, e aí a gente tem bastante ajuda delas também. (Sara, Sant'ana do Livramento, 15/10/2019)

A Justiça Federal concedeu liminar a Livramento em 2011 para suprir a falta de médicos nos hospitais da cidade. A decisão da Justiça se baseou no Ajuste Complementar para Prestação de Serviços de Saúde. Dessa forma é permitido que médicos estrangeiros uruguaios prestem serviços de saúde no Brasil dentro da localidade fronteira vinculada. Sete cidades da fronteira foram beneficiadas, alegando ser esta a única forma de atender a população. Embora o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers) seja contrário as contratações, os hospitais locais são favoráveis a essa medida (ILHA, 2013).

A equipe médica da Santa Casa é composta por muitos profissionais uruguaios. Nosso diálogo nesse momento se volta para a forma como o trabalho é organizado no hospital, tendo em vista a diversidade que compõe o quadro de profissionais e suas distintas formações. Sara relata que atualmente quatro médicos obstetras são uruguaios e que eles conseguem manter um bom relacionamento, bem como adequar a atuação desses profissionais aos protocolos brasileiros.

**Sara:** A gente tem bastante obstetra uruguaio que trabalha aqui conosco. Hoje nós temos quatro médicos obstetras que são uruguaios que trabalham aqui conosco. A gente tem um relacionamento bom, é tranquilo, as condutas que às vezes eles têm lá são um pouquinho diferenciadas das que a gente tem aqui, mas a gente consegue se entender bem, consegue adequar ao nosso protocolo, brasileiro, para que eles sigam direitinho, e o trabalho flui, flui bem. (Sara, Sant'ana do Livramento, 15/10/2019)

A enfermeira Victoria comenta sobre o trabalho das parteiras e dos problemas relacionados à falta dos médicos ginecologistas em plantão completamente presencial. Por graves problemas enfrentados na gestão do hospital, os médicos brasileiros acabaram deixando seus postos de trabalho, que foram preenchidos pelos

médicos uruguaios. Além disso, esse foi o momento em que muitas brasileiras tiveram seus filhos em Rivera.

**Victoria:** Teve uma época, bem pouco tempo, que a gente estava com problema bem grande na Santa Casa [...] para a questão de plantonista. Muitas crianças nascem aqui com parteiras, não sei se tu sabes, mas aqui na Santa Casa trabalham parteiras, muitas. Os “ginecos” nem sempre estão na hora, então, elas chamam, sempre. Não sei como está hoje, hoje, hoje, nesse exato momento, não sei, se tem plantão 100% presencial, se eu lhe falar eu vou estar mentindo, mas eu acredito que não tem ainda [...] E o que eu te dizia de Rivera é que, há pouco tempo, as gestantes estariam sendo manejadas para Rivera para ganhar os bebês em função de não ter médicos, que a Santa Casa passou por um problema muito grave, financeiro, assim, aí os médicos brasileiros acabaram saindo do plantão. [...] (Victoria, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Outra dificuldade mencionada, tanto pela enfermeira Sara, quanto por Eva, se faz em relação ao idioma. Embora um de seus filhos tenha nascido em Rivera, Eva diz não conseguir compreender o espanhol e esse acaba sendo um dos motivos para não utilizar dos serviços públicos ofertados em Rivera. A Sara relata que não tinha contato com o espanhol quando chegou em Livramento, mas que, aos poucos, foi aprendendo, tanto no contato com os colegas de trabalho como na convivência com a cidade. Conduzimos a entrevista para pensar nos principais desafios encontrados para atender as pacientes gestantes e Sara faz uma série de apontamentos.

**Sara:** Eu acho assim, que a nossa maternidade hoje ela é pequena para o número de gestantes que tem hoje no município, né? Ela não comporta às vezes, muitas vezes ela está lotada, as acomodações também. Eu acho que a gente tinha que estimular o parto natural, mais do que a gente trabalha, estimular mais ainda, para que elas sejam bem empoderadas, bem conscientes do que elas querem. Um trabalho de rede melhor também, hoje o acesso ao pré-natal, a maioria tem pré-natal, mas muitas coisas são demoradas na rede, tipo ecografia obstétrica, exames, essas coisas, eles demoram às vezes. Têm gestantes que chegam aqui, quase já no final da gestação, que não conseguiu fazer uma “eco” obstétrica na rede que estão com dificuldades sabe? Então, melhorar na rede também, o primeiro atendimento na atenção primária e aqui também né? Nosso atendimento aqui, porque as vezes elas chegam aqui bem desinformadas assim também e aí dificulta um pouco o trabalho. Nossa relação com a rede ainda é estreita, sabe? Deveria ter mais protocolo, sei lá, as coisas serem mais interligadas, hoje não, ainda não são. (Sara, Sant’ana do Livramento, 15/10/2019)

Alguns serviços na atenção da saúde da mulher são demorados, a exemplo dos exames, como a ecografia obstétrica. Para Sara faz-se necessário melhorar o atendimento em rede. Devido a essa demora ou, por vezes, a falta de alguns serviços básicos de saúde em Livramento, questiono sobre a possibilidade de se integrar com o atendimento no Uruguai e a resposta foi negativa.

**Sara:** Não, na verdade as vezes elas chegam aqui para nós, agora essa questão parece que está melhorando na rede, elas estão tendo mais acesso [...]. Porque elas estão perdidas, tipo em idade gestacional principalmente, não sabem a data da última menstruação, essas questões, aí acabam internando aqui, ficam em observação e acabam fazendo uma “eco” aqui internada mesmo pra saber a idade gestacional, pra ver direitinho essa questão, que as vezes elas não tem acesso.

**Bruna:** E quando as mulheres entram aqui e são atendidas, vocês têm problemas no atendimento?

**S:** Olha, problema não. Todas elas têm garantia de acesso, né? Todas elas vêm, antes das 16 semanas elas entram via pronto socorro, tá? São atendidas pelo clínico do pronto socorro e depois destinadas aqui pra a maternidade. Mais de 16 semanas, a porta de entrada já é direta na maternidade, elas não precisam ir lá no pronto socorro, elas já vêm direto. Mas não tem problema no atendimento sabe. O primeiro atendimento delas é feito pelas parteiras, o acolhimento, a questão do atendimento delas é feito pelas parteiras [...] e depois se entra em contato com o médico. (Sara, Sant’ana do Livramento, 15/10/2019)

A Lídia, que também estava participando desta entrevista, intervém e indaga sobre a mortalidade materna no município. Sara relata que o ano anterior (2018) foi desafiador, devido ao elevado número de óbitos maternos, mesmo que estes casos representassem situações já bastante agravadas.

**Sara:** O ano passado foi um ano bem ruim para nós, a gente teve três óbitos maternos, que é um índice muito alto, né? Três óbitos maternos, fazia já um bom tempo que não tinha óbito materno, e no ano passado a gente teve, e foi bem ruim né? Porque a gente não quer perder ninguém né? [...] Esse ano a gente não teve nenhum ainda. (Sara, Sant’ana do Livramento, 15/10/2019)

Com algumas divergências, a enfermeira Victoria entende que a mortalidade materno-infantil no município é elevada e que ocorre sobretudo devido às diferenças de protocolos dos médicos uruguaios em relação àquilo que é preconizado pelo Brasil. Além disso, a enfermeira relata o elevado índice de óbitos que ocorre no pré-natal privado.

**Victoria:** Temos insistido muito no parto normal, mas a nossa mortalidade aqui no município é muito grande, muito grande. E tem-se um comitê de mortalidade materno-infantil, onde são investigados os casos, não com o intuito de achar culpados, mas de intervir e melhorar na qualidade da assistência. São vários os membros, inclusive nós aqui do serviço participamos [...] Aí se identifica quais são as principais causas, e aí o que a gente tem visto, assim, tem identificado que não é má assistência do pré-natal, porque a assistência do pré-natal no município está muito boa, o que está acontecendo no nosso município é o desfecho final, que é a atenção hospitalar e a atenção na assistência ao parto. às vezes passa da hora, ficam tentando parto normal. Porque assim, na nossa Santa Casa, nós temos muitos médicos uruguaios, que atuam na parte da obstetrícia e ginecologia, e lá elas trabalham com protocolos um pouco diferentes dos que o Brasil trabalha. Então, às vezes, no nosso caso, a gente já iria intervir, uma cesariana, por exemplo, para evitar um óbito, e eles vão deixando, vão deixando, vão deixando e, as vezes esse bebê acaba em sofrimento fetal e vai a óbito. [...] Foram três casos não evitáveis, que era por má formação,

assim, e ano passado a gente teve muito óbito do pré-natal privado, que aí não vão na rede SUS, que é um atendimento totalmente diferente. Inclusive nós temos médicos no sistema privado que não dão, não fornecem nem a carteirinha pra gestante, e muitas coisas diferentes. E aí teve alguns desfechos negativos, assim, nesse sentido. [...] Muitas coisas, assim, estão relacionadas à assistência, ao parto, à falta de pediatra na hora, na sala de parto, que não tem. Chamam, mas muitas vezes, a hora que chega, já nasceu o bebê. [...]. (Victoria, Sant'ana do Livramento, 15/10/2019)

Lídia questiona as razões destes óbitos maternos e se poderia haver relação com a realização de abortos inseguros, por exemplo. Sobre as causas, a enfermeira Sara relata que no primeiro caso, a paciente estava diagnosticada como HIV positivo, não realizava tratamento, já estava imunodeprimida e teve um parto prematuro, fazendo com que o bebê também viesse a óbito. O segundo caso foi de uma gestante que realizou uma cesárea e possuía uma hepatite, esta que não havia sido diagnosticada no pré-natal. E a terceira teve uma obstrução intestinal, no término da gestação. Todos esses casos demonstram situações bem complexas.

Segundo Sara, os índices de óbito fetal são elevados, bem como o número de gestantes com hipertensão, contudo não foi possível encontrar tais dados estatísticos. Além disso, não há UTI neonatal em Livramento, o que faz com que as mães e os bebês sejam transferidos para outras cidades. Sara acredita que essa UTI neonatal é uma das principais demandas do município atualmente.

**Sara:** Eu acho que aqui falta assim, uma UTI “neo” para o município. Tem bastante gestantes que a gente transfere, tem bastante recém-nascido, que nasce com complicações, que a gente também tem que transferir. Então, nesse sentido falta uma UTI neo, para o município seria bem importante. (Sara, Sant'ana do Livramento, 15/10/2019)

Na avaliação de Ângela sobre as demandas e fragilidades da saúde pública para as mulheres em Livramento, ela relatou que o pré-natal está sendo feito e que o problema maior enfrentado estaria no momento do nascimento.

**Ângela:** Esse ponto está ok. Só não faz pré-natal quem realmente não está interessado, porque se estiver interessada tem quem atenda. Vencemos a falta de exames, vencemos a falta de nenhuma ecografia, que nós já tivemos o problema de não ter ecografia durante a gestação. Nosso ponto frágil hoje é o nascimento. Nós temos dois ou três médicos na Santa Casa que fazem o parto, dois são uruguaios. Tem aquela história de que a parteira faz a primeira intervenção. Se a parteira acha que não está na hora do nenê nascer, volta para casa. Vai de novo para o hospital, volta para casa. E aí perdem-se muitas crianças. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Ângela faz parte de um comitê relacionado ao óbito infantil, fetal e materno e reitera que faltam alguns cuidados para evitar a incidência dos óbitos fetais. Estes só

serão reduzidos, nas suas palavras, com melhor atendimento hospitalar e no momento em que a chegada de uma criança for planejada e respeitada.

**Ângela:** Nós tivemos dois óbitos fetais de crianças de 38 semanas gestações, prontinhas para nascer. Perdemos por algum momento ter se perdido essa sensibilidade de fazer uma “eco”, de ver como estava a criança, de identificar que a mãe era uma diabética crônica, de identificar riscos e fazer uma cesariana. [...] E não são poucos os casos. O nosso problema hoje, do parto, está no hospital. O dia que nós conseguirmos melhorar isto, eu acho que a gente diminui a incidência dos óbitos fetais e quem sabe até de alguns infantis. Haverá sim essa redução no momento que a chegada de uma criança seja planejada e respeitada. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

#### 4.3.4. Cuidando de mães e crianças

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) – Criança Feliz acompanha as gestantes e seus filhos, desde o início da gravidez, até os 36 meses da criança. A sala do PIM está localizada em um prédio da cidade onde também se encontra o Centro de Referência da Mulher (CRM), como mostrado nas figuras 11 e 12. Para aqueles que são identificados como crianças que necessitam de atendimento especializado, esse atendimento se estende até os 72 meses, quando a criança completa seis anos de idade e se encerra a primeira infância.

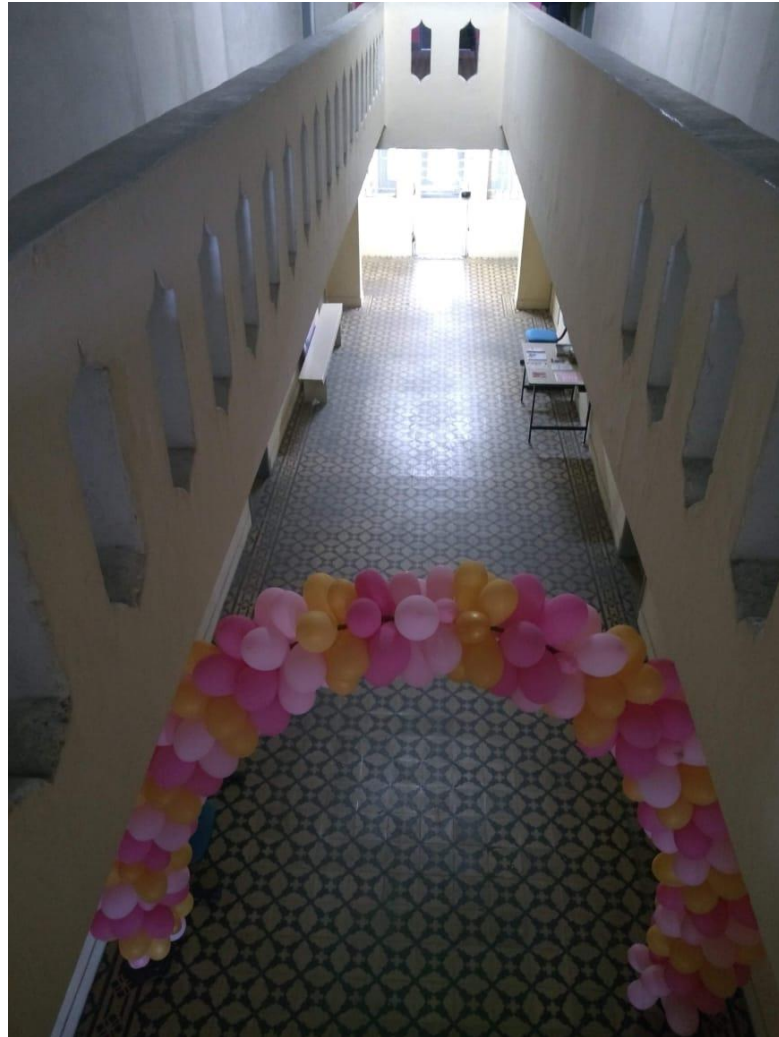
**Bruna:** E depois que as crianças nascem, como segue o trabalho de vocês?  
**Ângela:** A metodologia do PIM – Criança Feliz prevê que as crianças, se não houve necessidades especiais, sejam atendidas até completar 36 meses. Se essa criança for especial e receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ela é atendida até os 72 meses, os seis anos, quando termina a primeira infância. [...] Continuamos com as visitas semanais, com atividades de estimulação precoce, com o desenvolvimento da linguagem, com o desenvolvimento afetivo, com desenvolvimento psicomotor, com todas as atividades previstas no guia que nós temos. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)



**Figura 7:** Sala do Programa Primeira Infância Melhor. Fonte: foto tirada por Bruna Cagliari.

No atendimento os profissionais vão percebendo se as crianças continuam com problemas ou dificuldades e orientam as mães. Ângela relata que há dois anos um médico neurologista infantil atende duas vezes por mês em Livramento, sendo um dos serviços mais necessários.

**Ângela:** E aí começa a luta pra conseguir a primeira consulta, um neuropediatra. Agora nós temos, faz um ano e meio ou dois, nós temos um neuropediatra que vem duas vezes por mês aqui. A gente só consegue fazer as crianças autistas e as crianças que têm convulsão ser atendidas. Porque a demanda para “neuro” é gigante e é muito difícil uma criança que entra em tratamento com “neuro” ter alta, porque são problemas graves. Então ele vai ser paciente até os 14, 15 anos quando passa para um “neuro” comum, um “neuro” adulto, né? E a fila só aumenta. Então, pra uma criança conseguir um acompanhamento com um “neuro” fora, leva no mínimo um ano e meio ou dois na fila. Com “traumato” é a mesma coisa, psiquiatria infantil se consegue com menos tempo, mas assim, nunca inferior a seis meses ou um ano de espera. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)



**Figura 8:** Prédio do Centro de Referência da Mulher e do Programa Primeira Infância Melhor. Fonte: foto tirada por Bruna Cagliari.

Além de abordar as dificuldades no agendamento de consultas para as crianças com necessidades especiais, Ângela tem um olhar bastante sensível para compreender as limitações e os desafios enfrentados pelas famílias, sob grande responsabilidade das mães, para serem atendidas com um mínimo de dignidade.

**Ângela:** São muitos detalhes, assim, de cada família. Então se tu não está dentro da casa dessa família como a gente tem esse trabalho de visitação domiciliar, muito se perde. E ainda mais se perde por a gente não ter todos os recursos que precisaríamos ter, dentro da saúde. E não é saúde em Santana do Livramento, é saúde no estado, acho que no Brasil inteiro, está muito deficitária e pra nós ainda é mais difícil como eu te dizia antes porque pra uma mãe sair daqui pra ir pra Porto Alegre pra fazer um acompanhamento com uma criança [...] quanto essa mãe gasta pra passar 25, 30 horas dentro de um ônibus com uma criança no colo? Quanto custa uma maçã na porta da PUC? Pra essa mãe sair de Sant'ana do Livramento deixar mais seis, oito crianças aqui, muitas que vivem apenas com Bolsa Família, pra ir lá em Porto Alegre passar um dia inteiro com um filho no colo na fila pra ser atendida, quando uma garrafinha de água custa cinco reais. Que condições financeiras essa mãe tem? E muitas vezes que condição emocional essa mulher tem, de sair com um filho no colo? Muitas, com um filho doente no braço e outro filho

na barriga chegando. Então as dificuldades são enormes e maior ainda a dificuldade de não ter o acesso é a particularidade que a aquela família tem, de como acessar. Tem muitas mulheres que na véspera de levar o filho na primeira consulta vem aqui nos pedir, “me consegue umas cinco fraldas?” porque não tem fralda para levar a criança pra consultar. E muitas deixam de ir. Um ônibus que sai as quatro da manhã da frente da nossa Secretaria de Saúde, e uma mulher mora lá no fundo do Prado, que não tem ônibus, o ônibus começa as seis, como é que essa mulher vem pra frente da Secretaria as quatro da manhã? É tão fácil dizer assim “mas a fulana é relaxada, tem tudo ali na Secretaria”. Tem tudo mesmo? Será que temos tudo mesmo? Falta tanta coisa pra que essas crianças e essas mulheres possam ser atendidas com o mínimo de dignidade, o mínimo, não precisa muito. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

De acordo com o Plano Municipal de Saúde, com vigência entre 2018 e 2021, o Cadastro Único para Programas Sociais reúne informações socioeconômicas das famílias de baixa renda que permitem ao governo conhecer as condições de vida da população e selecionar as famílias para serem atendidas pelos programas sociais. Em Sant’ana do Livramento:

O total de famílias inscritas no Cadastro Único em agosto de 2017 era de 12.198, sendo que destas 4.060 são cadastradas no Bolsa Família. Em relação a primeira Vigência do ano de 2016 eram 4.229 famílias a serem acompanhadas, sendo alcançadas para acompanhamento 2.396 destas. Já na segunda Vigência das 4.073 famílias a serem acompanhadas, foram alcançadas 2.753, alcançando uma cobertura anual do Programa Bolsa Família de 67,59%. (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 87)

Os Programas Primeira Infância Melhor e Criança Feliz são integrados no município, sendo que a mesma equipe atende a ambos os programas. Questiono em relação ao perfil das mulheres atendidas. Ângela relata que todas elas precisam ser beneficiárias do Bolsa Família ou ter um Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>39</sup>, e destaca que a ampla maioria das famílias atendidas são chefiadas por mulheres.

**Ângela:** Então, a primeira característica: todas têm uma renda bastante baixa. [...] Eu não tenho o número certo, mas no mínimo 95% das nossas famílias são chefiadas apenas por mulheres. É aquela mulher que não tem um companheiro dentro de casa. Todas elas têm vários filhos, as que ainda não tem vários filhos são aquelas meninas muito jovens, 14, 16 anos que estão entre a primeira e a terceira gestação, que a maioria delas tem muitas crianças. É muito difícil nós termos numa casa uma família só [...]. O núcleo familiar fica bastante grande. E, algumas das nossas mulheres, talvez 30% das nossas mulheres, os seus companheiros estão presos. Temos a incidência, baixa, mas temos, de mães chefes da sua família com problemas mentais graves. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

---

<sup>39</sup> O BPC consiste em um benefício socioassistencial que garante um salário-mínimo mensal a idosos e pessoas com deficiência que não possuem meios de prover a própria manutenção, nem mesmo advindo de suas famílias.



O PIM encerrou o mês de agosto de 2019 com 239 famílias atendidas, realizando naquele mês 945 visitas domiciliares. Em outubro, quando a entrevista foi realizada, estavam acompanhando 276 famílias e a projeção era de que, se contratado o pessoal necessário com a devida liberação da Secretaria, 600 famílias passariam a ser atendidas. O cálculo realizado é de 1,5 pessoas por família sendo atendidas.

Desde maio de 2019 contavam com uma equipe de 15 visitantes e Ângela esclarece que a capacidade de atendimento não supre todas as necessidades. Com isso, consideram outros critérios para selecionar as famílias, como a presença de pessoas com AIDS, sífilis ou doença mental, se o marido está preso, bem como o número de filhos.

**Ângela:** Essas situações que eu estou te dizendo, dentro do mapeamento do Ministério da Saúde, são indicadores para crianças de alto risco. Então tu prioriza o atendimento para essa mulher para minimizar o risco que a criança tem. Se eu tenho uma casa que tem só uma criança, mas tem três adolescentes, por exemplo, essas adolescentes são vistas só na rua. Vamos chegar lá, com desculpa de atender a criança. Será que essas adolescentes não estão sendo exploradas sexualmente pra trazer dinheiro pra dentro de casa? Nós vamos lidando com as situações de risco, identificando e colocamos o visitador lá dentro da casa.

**Bruna:** Então vocês fazem mais do que cuidar dessas crianças, vocês acabam fazendo muitas funções...

**A:** Nós fazemos a leitura do contexto familiar. Muitas vezes tu chega pra visitar uma criança e detecta, uma vovozinha, lá no canto, que ninguém fala. Quem é aquela senhora? Aquela senhora que tá com aposentadoria ou com benefício dela sustentando a casa toda. Vamos chamar o CRES, para dar uma olhada nessa senhora? O CRES é o que trata o direito violado do idoso. Nós não trabalhamos sozinhas nunca. O PIM é intersetorial, né? Nós, temos um representante da saúde, que sou eu, tem um assistente social, que representa a Secretaria de Assistência e tem uma prof., que é da supervisão da educação infantil. A gente se reúne, nós três, todas as quartas-feiras. E aí todas aquelas demandas que as gurias mandam pro nosso grupo de WhatsApp a gente passa pra um caderno. E aí nós começamos: ah, isso aqui, vai pra rede do fórum, discutimos esse caso lá, isso aqui vai pro CRES, esse vai pro CRAS, esse vai pro Ministério Público direto. Porque não dá pra tu chegar numa casa “ah, eu só atendo criança” e saber que tem um cara que tá usando crack e tá se definhando e tu não vai chamar o CAPS. Nós vamos lá, fizemos uma leitura daquilo tudo. “Ah, tem criança com cinco anos fora da escola”. “Ah, tem uma criança que vai fazer quatro anos e que não fala”. Vamos mandar no pediatra, vamos chamar um “fono”, vamos conseguir uma vaga, no meio do ano a gente consegue vaga nas escolas, e muitas vezes a gente sabe que aquele ano letivo tá perdido, que a criança não vai acompanhar os outros, mas essa criança vai ter meio ano de alimentação, vai ter meio ano de estímulo correto, vai ter meio ano de não apanhar todos os dias [...]. De uma criança que não é tua, não é do programa, não tá na faixa etária, mas é uma criança, ou é um adolescente, é alguém daquela família com a qual nós estamos implicados. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Ainda sobre essa demanda reprimida, Ângela explica que hoje o serviço contata as mulheres pelo cadastro do Bolsa Família ou nas Estratégias e Unidades Básicas de Saúde. Além disso, pode se observar um público flutuante expressivo em Livramento representado por mulheres de Rivera, migrantes cubanas e mulheres que trabalham temporariamente na colheita das maçãs.

**Ângela:** Hoje a nossa busca pela gestante, pelas crianças, está no cadastro do Bolsa. Nós temos um público flutuante de mais ou menos 12.000 pessoas. O IBGE já considera esse número. Mulheres que vão pra colheita das maçãs, mulheres que vem com seus companheiros, mulheres que vem de Rivera pra cá. Então, nós tivemos uma chegada muito grande de cubanas, grávidas ou cubanas com crianças. Aí são mulheres que logicamente não tem documentação brasileira, né? Falando especificamente das cubanas, mas que foram pro albergue municipal e com crianças. Lá vamos nós atender essas mulheres mesmo que não gere recursos para o município, que nós precisamos reprimir os danos, reduzir os danos, de uma criança que pode nascer com qualquer problema por falta de alimentos na gestação, por todo o estresse que essa mulher passou, por ter que fugir do seu país. Então nós atendemos também essas questões. [...] Chega uma mulher que ainda não está no cad. único, mas ela procurou uma unidade de saúde, ou com uma criança ou com a sua gestação. É automático, as enfermeiras, todas mandam pra mim um whats: “tenho uma pessoa nova pra ti”. Aí a gente vai, faz essa busca ativa [...]. e aí nós começamos a atender. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Os assentamentos rurais são uma realidade no município e são abordados no Plano Municipal de Saúde, De acordo com o documento, além do acesso à terra, há necessidade de promover ações para que as famílias possam produzir, gerar renda e ter acesso aos direitos fundamentais, como a saúde, pois:

Embora os dados da contagem populacional de 2010 indiquem uma diminuição no número total da população do município de Sant’Ana do Livramento, a nosso ver, esses índices referem-se apenas à população residente na cidade, já que a instalação dos assentamentos rurais com aproximadamente 1.500 famílias certamente aumentou a população do campo, e não o contrário. (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 47)

Nesse momento, o atendimento às mulheres assentadas é dialogado em profundidade. Questiono se há um atendimento diferenciado sendo oferecido para as mulheres migrantes, assim como para as comunidades indígenas e quilombolas e para os assentamentos rurais no município. Ângela relata, em termos práticos, a difícil realidade enfrentada nos assentamentos e as limitações para que os serviços de saúde atinjam essa população.

**Ângela:** Se nós fossemos atender os assentamentos, nós teríamos que ter assim, esquece os nossos 29 visitantes da área urbana e bota mais, pelo menos, 40 visitantes para os assentamentos, porque nós temos hoje 41 assentamentos no município e um acampamento. Então são 42 núcleos, com

crianças e com gestantes, e com muitas vulnerabilidades pra que se visite. Mas daí nós teríamos que ter esses visitantes, que morem nessas comunidades, porque as distâncias são enormes.

**Bruna:** Como?

**A:** Pra tu chegar em um assentamento?

**B:** É

**A:** Tem assentamentos que são 40km de estrada de chão. E tem assentamentos que assim, por exemplo, Cerro da Cruz, hoje quem tá lá dentro não sai e quem tá aqui fora não entra, porque encheu o tal do “passo”, e aí tu passa a cavalo. Novo Pampeiro, com está chuva da noite toda, nem trator sai de lá, só sai no lombo de um cavalo. Coxilha de Santo Inácio é uma tragédia chegar lá e sair de lá, é muito ruim a estrada.

**B:** Então o Estado não chega lá para prestar serviço?

**A:** Assim, nós temos a estratégia de saúde da família rural, que é aqui bem pertinho, que as gurias se programam para todas as terças-feiras fazer um mutirão e ir em um assentamento. Dependendo do quanto choveu durante a semana, do quanto choveu durante a noite, cancela tudo. [...] vai a equipe inteira dentro de uma kombi, vai médico, pediatra, vai enfermeiro, vai técnico, vai vacinador, vai a unidade de saúde e mais uma unidade móvel com dentista [...] as vezes os próprios assentados ligam e dizem “olha, a patrula passou aqui, tá cheio de pedra, não tragam dentista, porque a unidade vai ficar no caminho”. É muito precário pros assentamentos. Se nós pudéssemos ter visitantes lá, seria uma maravilha. Mas este sim é um sonho, que talvez em 2050 a gente realize. E não estou sendo pessimista, te dizendo em 2050, porque é muito precário, assim. Eu faço visitas no interior do município, para chegar em determinadas casas, tu abre 15 porteiros. [...] E aí tu imagina estas pobres mulheres, com uma criança, no meio do nada, com paralisia cerebral, como é que fazem tratamento em Porto Alegre?

**B:** Acessar o hospital para ter os filhos?

**A:** Tem algumas mulheres, assim, Novo Pampeiro, por exemplo, é um caso que eu já vivi. Acompanhei a menina aqui e a médica disse “ó, no máximo 10 dias” e é época de inverno que chove aqui em Livramento que é uma maravilha. Tava um dia bom e eu disse pra ela “tá, vamos fazer assim, eu vou te levar em casa” que não tem ônibus todos os dias, é na sexta que vem o ônibus de tal lugar, e aí na sexta essa mulher tem que consultar, tem que fazer ecografia, tem que fazer rancho, tem que comprar material escolar, tem que comprar roupa, e as quatro da tarde é quando passa o ônibus. Geralmente chegam aqui 9:30, 10 horas, quer dizer que nesse intervalo elas tem que fazer tudo [...]. Levei essa menina pra casa, cheguei lá e disse pra ela “agora tu arruma as tuas coisas de dormir que eu vou te levar de volta” mas pra onde botar essa guria? Na época nós tínhamos a casa da gestante na Santa Casa e hospedei ela no hospital. Oito dias, uma menina sozinha, eu ia lá nos meus intervalos, levava umas coisas pra ela, pegava roupa, levava pra minha casa, ela precisava lavar as roupas dela, enfim, tirava ela de tardezinha pra dar uma passeada pra não morrer de tédio, coitada, até o dia que ela entrou em trabalho de parto porque se chovesse e ela estivesse lá ela ia ganhar o filho lá. E não é uma nem duas, são muitas, que vem e ficam de favor na casa dos parentes, ficam hospedadas em hotéis de quinta categoria, ficam na rua, ficam muitas na rodoviária, é um caos pra essas mulheres.

**B:** E vocês tem comunidades indígenas e quilombolas?

**A:** Nós temos os remanescentes de quilombo, lá no Ibicuí da Armada. É um quilombo pequeno, a gente já fez um trabalho lá e eles conseguem, eles são muito organizados. Tem as propriedades pequenas, mas trabalham, produzem, tem uma escola bem próxima, uma escola de todo o ensino fundamental, que vai ônibus, vem ônibus, quase todo o percurso é asfalto. Então a comunidade quilombola tá legal. Indígena nós não temos. Nós temos sim, a nossa preocupação é com os assentamentos que a gente não consegue atender, é uma área extensa, eu não saberia te dizer quantas famílias são [...], mas te garanto que são muitas famílias e muitas vulnerabilidades dentro

desses assentamentos. Quase todos tem escolas próximas, mas nem sempre se tem o transporte, que as vezes dá problema em contrato aqui na prefeitura. Em março começa as aulas pra região do perímetro urbano, e lá pra maio começa o da campanha, e em maio começa a chover, e a chuva leva as pontes, e a chuva leva a estrada e aí o ônibus não vai. [...] Aí tu imagina como uma mulher dessas faz pré-natal. Que pré natal adequado existe pra uma mulher dessas, né? Difícil a vida das mulheres do campo, pras assentadas principalmente. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019).

Os serviços de saúde e assistência social estão organizados e promovem uma atuação integrada, porém não conseguem atingir a todas as pessoas necessitadas. Ademais, é perceptível o quanto a precariedade da infraestrutura de transportes no município e as grandes distâncias, neste caso para as mulheres assentadas, impõe dificuldades para a prestação e o acesso aos serviços de saúde.

## CAPÍTULO 5: PARA ALÉM DA FRONTEIRA

Neste capítulo será apresentado de forma mais contundente quando e como a saúde para as mulheres se faz em condição fronteiriça, o que significa dizer: quando a fronteira é acionada e Rivera entra na rota das mulheres em situação de maternidade ou interrupção de gravidez. Além disso, demonstrarei quando dificuldades de acesso a serviços de saúde se manifestam obrigando essas mulheres a percorram grandes distâncias com seus filhos para serem atendidas em outras cidades do Rio Grande do Sul.

### 5.1 Nascimentos em Rivera

São comuns os casos de problemas no Hospital Santa Casa de Livramento, que fazem com que algumas mães brasileiras, em situações emergenciais, tenham seus filhos em Rivera. No pequeno quadro de entrevistas que realizei, pude conversar com mães que passaram por essa experiência, como é o caso da Eva. Um de seus filhos, portador de necessidades especiais, nasceu em Rivera, pela falta de médico em Livramento, no ano de 2010.

Na ocasião, primeiramente Eva foi atendida no hospital de Livramento e em seguida levada em ambulância para o hospital de Rivera. Fazia o pré-natal e todas as consultas na Estratégia de Saúde da Família Caíque, posto de saúde do bairro onde mora. Ficou sabendo que daria à luz em Rivera apenas no momento em que deu entrada no hospital. Eva diz ter corrido tudo bem com seu filho, contudo lhe faltou oxigênio, o que ocasionou problemas posteriores.

Diante dessa situação, fica a dúvida quanto aos registros de nascimento e a questão da nacionalidade. Eva relata que seu filho possui as duas identidades e que infelizmente ela ainda precisa viajar com ele para Porto Alegre, percorrendo longas distâncias. Com isso, acaba não utilizando com frequência os serviços uruguaios aos quais ele teria direito.

**Bruna:** E depois, quando a senhora foi registrar ele, como ficou a nacionalidade dele?

**Eva:** Ele tem a identidade de lá e a daqui. [...] aí eu tenho até que renovar a dele de lá, que eu não fui pra renovar.

**B:** A senhora gosta que ele tenha essas duas nacionalidades? É bom para ele e para a senhora?

**E:** Eu acho que não por causa que eu fui só uma vez para fazer a consulta dele lá em Rivera, e a maioria eu faço mais aqui, ou em Porto Alegre com ele que eu viajo muito com ele para Porto Alegre.

**B:** Mas caso a senhora precise, vai para lá?

**E:** Caso eu precise, eu vou para lá. A gurria que mora ali diz que o atendimento de lá de Rivera é muito melhor do que o daqui. (Eva, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

A prefeitura de Livramento ajuda Eva a ir para Porto Alegre. Questionei ela sobre quando tem alguma dificuldade em relação ao acesso aos serviços, tanto para ela quanto para seu filho, se ela buscava suprir a necessidade em Rivera e ela disse que não: “é aqui mesmo, eu nunca vou para Rivera, fui só uma vez, só quando ele tinha uns três meses, por aí” (Eva, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019). Com a ajuda de seu pai – que estava presente na entrevista – ela lembrou-se de que, na verdade, foi duas vezes para Rivera com seu filho e que, em uma dessas vezes, a Santa Casa estava fechada. Sendo assim, não apenas para os nascimentos, mas para os atendimentos de modo geral, o fechamento da Santa Casa ocasiona uma mudança na dinâmica da fronteira, fazendo com que essas mães se desloquem para Rivera.

De modo geral, por conseguir o atendimento em Livramento, ela acaba não buscando os serviços de Rivera. Sobre como foi o procedimento para obter os dois registros – uruguaio e brasileiro – Eva explica que não foi demorado:

**Eva:** Não, foi fácil por causa que foi a assistente social que arrumou os papéis, aí ela deu a certidão dele de lá para registrar ele lá e registrar ele aqui. Foi ela que arrumou tudo.

**B:** Os serviços mais difíceis, que a senhora não tem acesso aqui, que o município não oferece, a senhora acaba tendo que ir para Porto Alegre?

**E:** Aí eu vou para Porto Alegre com ele, que lá o atendimento é melhor do que aqui. O neuropediatra aqui não tem, o infantil, lá tem. (Eva, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Elisa passou por uma situação semelhante com uma de suas filhas. A Érica nasceu em Rivera, por conta do fechamento da Santa Casa, no ano de 2009.

**Bruna:** E todos (os filhos) tu ganhaste ali na Santa Casa?

**E:** Não a Érica foi lá em Rivera, porque foi o tempo que fechou a Santa Casa e aí me deu as dores, aí chegou na Santa Casa e mandaram nós ir pra Rivera, a única que nasceu lá foi essa.

**B:** E como que foi isso?

**E:** Mas olha, eu achei bem também. Porque aí eu fui pra Santa Casa, na Santa Casa pegaram a ambulância e me levaram em Rivera. Aí chegamos lá, maravilhoso [...] aquela ali nasceu lá, a Érica. Aí ela tem o registro de lá e o daqui.

**B:** Conseguiu a dupla nacionalidade?

**E:** Isto, ela tem lá e aqui. Aí lá ela já saiu com todas as vacinas. É igual aqui, só que lá eu também achei muito bom, sabe? Muito bom. (Elisa, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Da mesma forma, busco saber se a Elisa utilizava desse recurso da dupla nacionalidade e se depois do nascimento ela chegou a buscar atendimento de saúde em Rivera para a Érica e ela diz que não:

**Elisa:** Não, tudo aqui, eu ganhei lá, fizeram as primeiras vacinações, tudo que tinha que fazer nela, aí nós viemos para cá. Aí eu fiquei aqui, eu tenho as duas carteirinhas das vacinas, tanto de lá como daqui, mas tudo que eu fiz foi aqui, lá foi só quando nasceu. (Elisa, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Elisa relata a história de uma vizinha que ganhou bebê um dia depois dela, e comenta que essa criança também nasceu em Rivera. Diferentemente, a Aline, sua vizinha, utiliza os serviços de saúde em Rivera, por julgar ser melhor o atendimento oferecido:

**Elisa:** A Aline foi lá, arrumou tudo os papéis, e tudo o que é consulta, tanto aqui como lá ela consulta também, porque o gurizinho tem problema de peito, e diz que lá é melhor o tratamento, tudo. Aí ela continua indo lá em Rivera, no hospital de Rivera, eu não, com a Érica foi só quando nasceu e nunca mais fui. [...] tudo aqui, não precisou, até vacinação, ela está tudo em dia, com nove anos, tudo tudo aqui. Mas eu tenho as duas carteirinhas de vacina, tanto a daqui como a de lá, e os registros também, tanto daqui como de lá, mas é tudo aqui que eu faço, toda a saúde daqui, não procurei mais em Rivera. (Elisa, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Aida fornece um panorama importante sobre os nascimentos em Rivera dado problemas enfrentados pela Santa Casa. A partir das suas informações, podemos identificar que, durante seis meses, mães brasileiras tiveram seus filhos no Uruguai, totalizando 180 partos e mais de 30 cesáreas.

**Aida:** Nós tivemos atendendo partos, por seis meses, do Brasil, de Sant'ana, numa crise que tinham de ginecologistas, então no acordo também está, o menino quando nasce, que documentação fica? Fica com as duas, ele nasce e é uruguaio, mas depois tem que ir no registro brasileiro para registrar com pais brasileiros, para ficar como brasileiro e uruguaio.

**Bruna:** E é muito comum?

**A:** Essa vez, a Santa Casa ficou com essa crise e nós atendemos, em seis meses, 180 partos, e 30 e tantas cesáreas. Agora como contratam ginecologistas pra lá, não tem problema de ginecologista. Mas nós sempre estamos abertos a necessidades da Santa Casa, para ajudar, se podemos.

**B:** São no caso em situações mais emergenciais?

**A:** Sim. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

A enfermeira Victoria compartilha importantes informações sobre esses casos relacionados ao remanejamento das gestantes brasileiras para Rivera, sobretudo do caso que teve maior repercussão, nos anos anteriores. Questiono se esses casos são ainda recorrentes:

**Victoria:** Não, agora não aconteceu mais, porque nós estamos com os médicos uruguaios trabalhando na Santa Casa, mas aconteceu, aconteceu sim, de serem transferidas para outros hospitais também, mas aqui é tudo muito longe, né? Tudo muito longe, a cidade mais próxima são 100km, que é Rosário, e Rivera é do outro lado, é pertinho. Então para aqueles casos, assim, que estava ganhando, já ia para Rivera, né? E eles não se negaram de atender, atenderam. E teve um tempo [...] que nasceram um monte, um monte de crianças. Foi antes de eu vir pra cá [...] que o hospital teve um outro problema de crise, assim, que aí fechou literalmente, fechou a maternidade. No tempo que eu estou ela em nenhum momento fechou, assim, formalmente, mas passou bem mal [...] (Victoria, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Os nascimentos de filhos de brasileiras em Rivera fazem parte do cotidiano da fronteira e da vida dessas mães. Em situações sobretudo emergenciais, Rivera acolheu essas mulheres quando o Hospital Santa Casa foi fechado, fazendo desse evento um marco para a região. Percebe-se como essas práticas existem e perduram, tendo ampla repercussão local.

## 5.2 Integração dos serviços de saúde Livramento-Rivera

O *Ministerio de Desarrollo Social* (MIDES) produziu um guia chamado “*Recursos Sociales de Frontera – Rivera/Santana do Livramento*”. Esse material apresenta informações sobre os serviços prestados em ambas cidades nas principais áreas de assistência social e é uma fonte de informação relevante. No anexo 1, encontram-se informações sobre as áreas de saúde, infância, adolescência e família, documentação e vulnerabilidade social. Esse é um exemplo que evidencia a integração entre Rivera e Livramento a nível institucional. De acordo com o Guia:

Colocar em um mesmo guia os recursos institucionais de cada país, não é mais do que responder a realidade de vida dos cidadãos e das cidadãs que habitam esses territórios. Suas vidas cotidianas, seu trabalho, sua educação, suas expressões culturais, vínculos, necessidades e expectativas, nos tem mostrado, dia a dia, que as linhas de fronteira, ao separar, estão paradoxalmente assinalando um lugar para se encontrar. A partir dessa convicção, o conhecimento, encontro e coordenação entre normativas, serviços e prestações sociais da administração pública de ambos países, constituem um elemento chave para responder a assuntos sociais que necessariamente são comuns (URUGUAY, 2015, p. 7, t.n.<sup>40</sup>)

---

<sup>40</sup> “Colocar en una misma guía los recursos institucionales de cada país, no hace más que responder a la realidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas que habitan en estos territorios. Sus vidas cotidianas, su trabajo, su educación, sus expresiones culturales, vínculos, necesidades, y expectativas, nos han mostrado día a día, que las líneas de frontera, al separar, están paradójicamente, señalando un lugar donde encontrarse. Desde esta convicción, [...] el conocimiento, encuentro y coordinación entre normativas, servicios, y prestaciones sociales de la administración pública de ambos países,



Aida fala sobre a integração entre os serviços de saúde de Livramento e Rivera e descreve que há uma boa relação entre as duas cidades. Comenta sobre o Acordo de Fronteira, firmado em 2009, que concedeu um marco legal, de trabalho e de intercâmbio de serviços e menciona a criação do Comitê Binacional de Saúde, em 2005.

**Bruna:** Como ficam os serviços de saúde de uma cidade para a outra? Há alguma integração?

**A:** Bom, meio longo para te contar, foi toda uma história. Nós começamos a luta em 2007, com o Conselho Municipal de Saúde de Livramento, com o prefeito que estava naquele momento, o nosso prefeito, e organismos da comunidade, e formamos um Comitê Binacional de Saúde, em 2005. Aí fizemos subcomitês, trabalhamos junto a vigilância sanitária, na atenção primária de saúde. Aí se foram fazendo acordos locais de “bom, eu te atendo, brasileiros que moram no Uruguai na rede primária, tu me atende os uruguaios que vivem no Brasil, e funciona”, mas isso agora tem um decreto [...] que podem ter um carnê de fronteira, que se fazem a parte, um carnê fronteiriço [...] e esse carnê também serve para serviços de saúde, então, nós, sobretudo estamos aceitando esse carnê. (Aida, Rivera, 15/10/2019).

Aida havia participado há poucos dias de um encontro do Mercosul em Uruguiana, em que haviam sido tomadas três medidas: fazer uma semana de vacinação em toda a fronteira contra o sarampo e a febre amarela; construir uma rede de serviços de saúde regional, com as devidas informações sobre o que cada país tem a oferecer e seus preços; e a questão dos recursos humanos.

Em Livramento a Secretaria de Saúde aderiu ao Programa Mais Médicos em 2013, como forma de enfrentar as dificuldades de contratação de médicos para trabalharem na atenção básica, especialmente nas Estratégias de Saúde da Família. De acordo com o Plano Municipal de Saúde para os anos de 2018 a 2021, “o município que sofre com a carência de profissionais que tenham o perfil para atuarem junto ao SUS, vê na efetivação desta parceria com o Ministério da Saúde uma excelente oportunidade de diminuir o problema de contratação de médicos” (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 82) e deseja que mais médicos possam aderir ao programa nos próximos anos, prestando serviço ao SUS em Livramento.

Aida comenta sobre o desafio enfrentado com os colégios médicos, pois estes não querem o trabalho dos estrangeiros. No entanto, advoga que os médicos uruguaios são imprescindíveis para a fronteira.

---

*constituyen un elemento clave para responder a asuntos sociales que necesariamente son comunes.” (URUGUAY, 2015, p. 7)*

**Aida:** A Santa Casa se baseou no acordo e tem 14 médicos uruguaios trabalhando lá. Segundo o Ministério de Saúde brasileiro, não é legal. Eu digo, não é legal, mas se tu tiras os 14 médicos da fronteira, e outros tantos em Quaraí, e outros tantos em Santa Vitória do Palmar, e Aceguá, todas as fronteiras, sem os uruguaios, sem o revalida, ou seja, por esse acordo, fecha a Santa Casa. (Aida, Rivera, 15/10/2019).

Especificamente sobre a saúde da mulher, para acessar os serviços, como o pré-natal, Victoria relata que as uruguaias podem realizá-los no Brasil, apenas fazendo o cartão do SUS. Contudo, é um grande desafio quando essas mães iniciam o pré-natal e retornam para Rivera. Como elas acabam seguindo toda a sua gestação lá, Victoria relata que acaba se perdendo o contato e o atendimento.

**Victoria:** E como a gente tem essa questão de Rivera-Livramento as vezes elas vão embora pra Rivera, aí seguem toda a gestação lá e volta, às vezes, só pra ganhar aqui, né? E a gente não sabe como é que foi feito o pré-natal, porque muitas vezes não tem registro. É complicado, às vezes, essa parte.

**Bruna:** Como que fica para buscar saúde no outro lado, buscar saúde aqui?

**V:** Aqui a gente faz porta aberta, assim porque acontece muito assim de “ah, eu sou uruguaio, meu parceiro é brasileiro”. Nós vamos dando entrada, assim, na questão do pré-natal e já orientamos que ela tem que fazer o cartão do SUS, que não tem como a gente dar continuidade aqui sem o cartão SUS, né? [...] e elas sempre providenciam

**B:** As uruguaias?

**V:** Isso, a gente não barra aqui, em função de não ter o cartão. Já vai dando entrada enquanto isso ela já vai organizando os documentos dela, assim. Mas é difícil, só quando elas vão embora, porque nós não temos como ligar lá pra Rivera e a gente às vezes perde o contato, assim, né? E não tem como intervir lá dentro, né? Porque aí é outro país, nós não podemos ir. Já aconteceu situações, assim, de irem pra lá, mas também, muitos casos que vêm de lá pra cá e a gente atende normal. Embora a gente até saiba que mora lá, elas dão o endereço daqui, de alguém... Mas elas falam a verdade: “estou morando em tal lugar”, mas aí o importante é fazer o pré-natal, nossa preocupação é a criança, então a gente acaba fazendo igual.

**B:** E mesmo se não tiver documentação, dupla nacionalidade?

**V:** O cartão SUS tem que ter.

**B:** E para fazer o cartão?

**V:** O fronteiro (a carteira de fronteiro) ou a identidade já dá, mas elas sempre conseguem, nunca aconteceu, assim, uma situação de não conseguir.

**B:** E é comum?

**V:** É comum virem, bem comum. (Victoria, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Assim como costuma ser comum as mulheres uruguaias buscarem o atendimento em Livramento, Victoria traz o exemplo de uma brasileira que foi para Rivera e não estava mais apresentando-se nas consultas do pré-natal. Para isso, uma rede foi acionada, envolvendo, além da Unidade Básica de Saúde, o Centro de Atendimento Especializado da Saúde da Mulher e o Programa Infância Melhor (PIM).

**Bruna:** E tu percebe o movimento contrário, assim, das mulheres daqui indo pra lá buscar saúde?

**Victoria:** Olha, teve só um caso que foi agora, na semana passada, assim, que eu acompanhei. É uma gestante, ela está gestante ainda, de 16 anos, veio na última consulta aqui em julho, não veio em agosto, não veio em setembro. Nas duas vezes que eu entrei em contato com ela, ela me referia vir “não, pode remarcar que eu vou vim”. Aí eu remarquei umas três ou quatro vezes, falei com a mãe dela e aí, eu sei que não pode, mas é uma estratégia de trazer ela de volta, eu disse que eu ia chamar o conselho tutelar. Eu disse “olha, tu apareces, ou infelizmente eu vou ter que chamar o conselho, porque, além de você ser menor (de idade), o bebê também está junto, né? Isso foi para a mãe, não foi para a paciente. Aí no último contato a mãe disse: “olha, eu preciso que tu chames o conselho tutelar, porque o esposo não está deixando ela vir no pré-natal” e então o que que eu fiz? Eu imediatamente chamei o PIM né? Que é o meu parceiro, o PIM foi até lá, junto com uma advogada do Centro de Referência em Saúde da Mulher e o parceiro disse que ela iria para Rivera “não, ela não tá indo aí porque ela tá fazendo o pré-natal em Rivera”. Então eles solicitaram o registro, a carteirinha, até na quarta-feira passada as 10h da manhã, onde eles não apresentaram, ou seja, eles não estavam fazendo. Nós não temos esse fluxo, assim, em questão do serviço de saúde, eu não tenho, eu, com o serviço de lá. Então eu não tenho como saber se realmente a paciente está fazendo o pré-natal lá ou não está. Essa comunicação não existe entre os países.

**B:** Não tem nada de integração entre os serviços?

**V:** Não, não, não existe. A não ser que eu fosse ir lá e perguntar, mas não existe essa comunicação.

**B:** Mas oficialmente?

**V:** Não, não existe. Aí o paciente não trouxe, não apresentou a carteirinha de gestante, aí a gente entende que não estava fazendo o pré-natal e aí fizemos uma busca ativa, fomos com o carro lá, o PIM né? Foi com o carro, e nos trouxe a paciente até aqui e a gente seguiu dando continuidade no pré-natal. (Victoria, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Ao falarem sobre a integração dos países para a prestação de serviços, as entrevistadas fazem ressalvas quanto à exatidão da informação. Ângela relata que, até onde ela tem informação, não existe integração e trocas entre os dois sistemas de saúde, brasileiro e uruguaio, de maneira oficial.

**Ângela:** Até onde eu saiba não existe nada de troca. Poderá ser atendido lá alguma criança que tenha um parente uruguaio, mas simplesmente um brasileirinho atravessar para lá para ser atendido, até onde eu saiba, não existe.

**Bruna:** E aqui vocês também não atendem?

**A:** Até se atende porque tem o SUS prevê que todo aquele cidadão que está em solo brasileiro tem direito ao atendimento ao SUS. Mas é a mesma carência, a mesma fila de espera que um brasileiro entra, para esperar por exemplo uma cirurgia para uma criança que tenha síndrome dos pés tortos congênitos, leva mais de cinco anos para a criança conseguir operar. O uruguaio que vier para cá para ser atendido vai levar o mesmo tempo do que o brasileiro que precisar desse atendimento. Eu creio que em função da população do Uruguai ser muito menor que a população brasileira, os uriguaiois nem buscam atendimento aqui, porque lá é muito mais rápido, mais ágil, em função do país ser menor, né? Eu creio que não exista essa necessidade deles virem pra cá. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Diferentemente do pré-natal, para as situações de parto, a enfermeira Sara deixa explícito que a Santa Casa não atende as mulheres uruguaias, apenas aquelas que apresentarem a dupla nacionalidade. A partir da sua experiência de trabalho, Sara diz que é comum ouvir relatos de brasileiras que buscam o atendimento de saúde no Uruguai por acharem que o serviço é melhor, além de vislumbrarem os direitos que a criança pode adquirir tendo a dupla nacionalidade.

**Bruna:** E vocês recebem mulheres uruguaias? Vocês chegam a atender?

**Sara:** Não, é só brasileira. Claro, se chegar uma paciente uruguaia em trabalho de parto [...], sim a gente vai atender, a gente não nega atendimento. Mas aí a gente entra em contato com o Uruguai e eles têm a saúde pública deles também, e aí eles vêm aqui no hospital e removem elas.

**B:** Seria só em casos de emergências então?

**S:** Sim, só em casos de emergência. A gente tem muito aqui, elas têm dupla cidadania, né? Elas são brasileiras e também têm documento uruguaio, então a gente só atende se elas têm o documento brasileiro.

**B:** E pela tua experiência aqui, é comum essas mulheres irem, no caso, quando têm essa dupla nacionalidade, pro Uruguai, procurar saúde?

**S:** Vão mais pro Uruguai, elas acham que a saúde do Uruguai é melhor, e que quando a criança nasce lá ela tem outros direitos que o Uruguai tem lá. Então elas preferem que nasçam lá às vezes, que tenha essa dupla cidadania.

**B:** E o movimento contrário é mais difícil?

**S:** Ah, é bem difícil. É, o pessoal pra ir pra lá é mais fácil. (Sara, Sant'ana do Livramento, 15/10/2019)

Sobre o movimento de mulheres brasileiras em direção ao Uruguai, Ângela se mostra mais pessimista em relação as possibilidades destas mulheres pelo fato de não terem a documentação exigida pelo país.

**Ângela:** Quando nós não tínhamos ecografia, por exemplo, são raros os casos que as mulheres conseguem pagar particular, e mais raro ainda a incidência dessa mulher passar para o lado de lá da fronteira, porque a maioria delas não tem documentos uruguaios. Se chega uma mulher, até onde eu saiba, uma mulher brasileira, que o companheiro também é brasileiro que não tem vínculo nenhum com o Uruguai, vai chegar lá e não vai ser atendida. Então é muito raro que essa mulher passe para o lado de lá da fronteira. É mais fácil que ela fique sem o exame do que ela busque socorro fora, em um outro país. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Ângela também relata problemas com a documentação das crianças brasileiras que nascem em Rivera quando a família não faz a devida tradução dos documentos.

**Ângela:** Nós temos a questão da tradução dos documentos depois. Não sei se em algum momento alguém já te falou que quando o hospital fechou aqui as nossas crianças nasceram lá. Tem crianças que a gente encontra hoje, com seis anos, sem documento brasileiro. Porque nasceram lá, foram registradas lá, a família não buscou a tradução, não conseguiu realizar essa tradução e as crianças para o Brasil não existem, não estão na rede escolar,

não são reconhecidas pelo cartão SUS, não estão no CAD para a sua mãe receber o Bolsa Família. São crianças brasileiras que não existem no Brasil, porque nasceram do lado de lá da fronteira. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Diferente dos relatos de Eva e Elisa, mães brasileiras que pariram em Rivera e obtiveram a documentação de ambos os países sem encontrar dificuldades, Ângela explica que ainda se encontra exemplos de crianças que não possuem a certidão de nascimento brasileira e que acessam serviços públicos de forma irregular.

**Ângela:** Tem uma menina pelo menos que eu conheço que está com oito para nove anos, estudando em uma escola do Brasil sem documentos. A escola abre as portas para não deixar a criança sem educação, mas não é reconhecida pelo MEC e nada. Está totalmente de forma irregular. Nós aqui temos a declaração de nascido vivo [...], lá tem um documento similar, só que não é aceito no Brasil. A criança tem que ser registrada lá e após pedir a tradução aqui, tem que pedir no consultado. Antes era um valor bastante elevado, creio que mais de 1.000 reais. Hoje é um valor bem irrisório, mas mesmo assim tem algumas famílias que não conseguem regularizar. [...] É um problema, para uma criança nascer lá, é um problema. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Já Carolina, sobre a temática da documentação e da integração dos serviços, relata que apenas as pessoas com a documentação brasileira, no caso com o CPF, podem utilizar os serviços do SUS, fazendo com que a carteira de fronteiroço não tenha utilidade nessa circunstância, divergindo do que a enfermeira Victoria havia dito. Sendo assim, é nítido que há um desencontro de informações, sobretudo aquelas relacionadas à documentação e ao marco legal.

**Bruna:** E aqui em Rivera, os serviços não são integrados?

**Carolina:** Não, não são. Eu posso te dizer, assim, que não são integrados, né? O que que acontece? Tem aquelas pessoas que moram do outro lado da fronteira, né? Que a gente chama que são “doble-chapa”, que eles têm documentação brasileira e têm documentação uruguaia. Já aconteceu, por exemplo, assim, uma mulher que esteve aqui, que ela consultou, e aí foi diagnosticada com câncer, e aí ela foi para Rivera, né? Ela também tinha documentação lá, o marido dela também tinha plano de saúde lá, e aí ela acabou concluindo lá o tratamento por ser mais rápido, né? E ela acabou concluindo lá. Foi encaminhada inclusive pra Montevideu pra fazer quimioterapia, radioterapia, também foi encaminhada pra lá. Então acontece isso, não resolve aqui e resolve lá, as vezes não resolve lá e resolve aqui.

**B:** Também acontece casos de uruguaiois com essa dupla nacionalidade que vem aqui?

**C:** Sim, também. Eles tendo a documentação brasileira, não tem empecilho nenhum para fazer o cartão do SUS e eles consultarem aqui. É bem tranquilo.

**B:** Mas para isso ele precisa ter a dupla nacionalidade? A carteira de fronteiroço não resolve?

**C:** É, ele precisa ter a documentação brasileira, né? Que é o CPF que a gente pede em alguns, a identidade, e o cartão do SUS. Tu tendo CPF tu já fazes o cartão SUS

**B:** A carteira de fronteiroço, pra isso ela não serve então?

**C:** Não (Carolina, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Quanto ao atendimento, Carolina acredita que ele seja mais rápido em Rivera e compreende que, em alguns pontos, os serviços de saúde da mulher no Uruguai estão mais avançados quando comparado ao Brasil.

**Bruna:** E tu vê diferença no atendimento de saúde daqui para o atendimento de saúde em Rivera?

**Carolina:** Ah, eu falando sinceramente, eu acho que o deles é mais avançado, é mais rápido, né? São exemplos, assim, que a gente vê falar, né? Mas aqui em Rivera, Rivera mesmo, eu vejo outros setores que não funcionam, mas nesse caso, da saúde da mulher, eu vejo que funciona bem. Também não sei, eu tive uma base por esse caso que eu vi. Numa dessas, era porque a moça tinha plano de saúde e coisa e tal que funcionou mais rápido, né? (Carolina, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Ângela também acredita que os serviços uruguayos sejam mais rápidos, a partir do que se diz na região, contudo manifesta uma suspeita de que esse julgamento pode justamente servir para desqualificar o Brasil

**Ângela:** Olha, o que a gente ouve é que em Rivera é tudo muito rápido, de que os exames são disponíveis [...] é o que se ouve. Mas, eu nunca passei por essa situação de ter alguém próximo a mim que foi lá e conseguiu uma ecografia obstétrica, por exemplo, em três dias. Eu não tenho notícias disso, mas o que a gente ouve é que sim, que lá funciona tudo muito bem, mas as vezes também tem a situação: vamos esculhambar o Brasil mesmo, né? E vamos dizer que lá é melhor. Eu não sei te dizer, o que se ouve é que é muito bom, mas eu não tenho experiência. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Ao final da entrevista com Ângela, lhe pergunto sobre como essa condição de fronteira interfere na vida dessas mulheres, ou seja, se estar em uma fronteira torna o acesso a saúde mais difícil ou se isso não é determinante. Nesse momento tivemos um diálogo mais descontraído e muito interessante em que a própria entrevistada e a Lídia se posicionam e partilham suas próprias situações diante do tema da aquisição de nacionalidade uruguiaia.

**Ângela:** Eu acho que a nossa maior dificuldade reside na distância que nós temos dos grandes centros. Não é nem uma questão de ser da fronteira. Eu imagino que as mulheres que vivem na fronteira de Jaguarão, que tem mais proximidade a Pelotas, que é uma cidade universitária, por exemplo, que tem hospital universitário, que tem maior oferta de serviços, eu creio que essas mulheres não passam tanto trabalho, não tem tanta falta e tanta dificuldade ao acesso quanto as nossas mulheres, em função da localização geográfica. Não apenas por ser zona de fronteira, mas por onde nós estamos. Na minha opinião, essa é a maior dificuldade que nós temos, porque nós estamos isolados, tu olha as outras cidades [...], olha a infraestrutura das outras cidades e olha a nossa, né? Nós estamos distante, não sei o que realmente acontece com o nosso município, mas falta um monte de coisa.

**Bruna:** E saber que tem um país aqui do lado e ainda sim a integração é difícil, né?

**A:** É cada um na sua caixinha, né? Eu acho que essa parte, do direito das mulheres, talvez esteja mais integrado, né?

**Lídia:** Mas não, mais é a luta que a gente trava mesmo enquanto movimento sindical, movimento social, mas a política e a implementação não, se a gente vai acessar. É isso que agora tu me confirmou uma coisa que eu não tinha certeza pra falar pra ela. Se não tiver a documentação. Até ela me perguntou a fronteira. Eu digo, eu desconheço, mas acho que a fronteira ela não te habilita a tu ter o serviço de saúde lá.

**A:** E eu estou tentando fazer os meus documentos pra lá, pra poder fazer a faculdade, e é um entrave.

**L:** Ah, eu também.

**A:** Eu fui besta, porque eu fui casada com um uruguaio, era pra eu ter feito tudo naquela época.

**L:** Mas sabe o que, o João fez agora, só que ele pagou 700, entregou na mão do cara, mas o cara deu tudo pronto pra ele.

**A:** Eu vou ter que fazer isso

[...]

**L:** Ele tem um contato do cara. Meu pai era uruguaio, né? “Ah, mas tem que ir lá em Artigas”. Não, tu só dá os 700 pila na mão dele e ele faz tudo, te entrega tudo.

[...]

**A:** Eu não tenho ninguém no Uruguai, mas eu preciso arrumar meus documentos pra fazer a faculdade lá. Porque eu não tenho dinheiro pra pagar uma faculdade de enfermagem aqui, né?

**L:** Eu vou pegar o contato desse cara e quem sabe ele te dá uma luz.

**A:** Eu preciso dos meus documentos uruguaios, se não eu não consigo nada lá.

**B:** E a tua faculdade é em Rivera mesmo?

[...]

**A:** É aqui em Rivera

**B:** E a que tu faz hoje?

**A:** É a federal de Pelotas, a distância. To fazendo língua espanhola. (Ângela, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

O tema da nacionalidade não fica distante, muito pelo contrário, se faz presente na vida das participantes da pesquisa, cada qual a partir de um interesse, sempre muito próximo de sua realidade, independente da condição social em que esteja. Percebe-se que essas mulheres que detém acesso à informação ainda encontram dificuldades para conseguir a documentação, tão necessário, em uma fronteira marcada pelas distâncias, de acordo com as palavras de Ângela.

### **5.3. Livramento, Alegrete, Uruguaiana, Porto Alegre**

Em todas as entrevistas, de alguma forma, está presente a necessidade de sair de Livramento e percorrer longas distâncias para ter algum atendimento mais especializado. Questiono sobre essas situações, em que não conseguem prestar atendimento e se tornam casos em que precisam levar as gestantes para outros lugares. Victoria menciona o Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR) em

Alegrete, que estava funcionando havia um mês. Ela relata que, nem no município nem no AGAR tem, por exemplo, o exame de “Ecocardiofetal”, frustrando as expectativas de que o AGAR resolveria este problema. Com isso, elas acabam tendo que encaminhar as pacientes para Porto Alegre, o que se configura, na prática, em uma longa jornada (cerca de 500km).

Victoria relata o caso de uma gestante que eles estão atendendo que pesa 189kg, tem 36 anos, e está no seu primeiro filho. Devido à falta de estrutura física, assim como de UTI neonatal – que, neste caso, poderia ser necessária – essa paciente não poderá ser atendida em Livramento, somente em Porto Alegre. Elas procuram fazer a transferência para cidades mais próximas da região, como Alegrete, mas nem sempre conseguem uma vaga. Ela relata ainda que, em diálogo com o Hospital, soube de que há uma dificuldade para transferir a gestante, diferente do bebê.

Já no Centro de Atendimento da Saúde da Mulher, questiono sobre a carência de consultas ginecológicas e se existem casos em que, devido à falta do serviço no município, essas pacientes são encaminhadas para outras cidades, Carolina responde:

**Carolina:** É que não tem outro lugar, né? Agora, por exemplo, o nosso hospital não está fazendo cirurgias, aí a gente encaminha para fora do município. Mas no caso das consultas, elas têm que se atender aqui mesmo.

**Bruna:** E essas cirurgias vão para qual município?

**Carolina:** Por exemplo, no caso do câncer de mama, câncer do colo do útero, nossa referência é Uruguaiana, né? Mas também tem casos que são encaminhados para Porto Alegre, né? Tipo histerectomia, prolapso de útero, de bexiga também, a gente encaminha para Porto Alegre também. (Carolina, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Sobre essas transferências, Ângela explica que não são todos os casos em que as pacientes são encaminhadas para Porto Alegre quando há demanda por atendimento especializado. O SUS se organiza com cidades de referência para certos tratamentos e especialidades, com isso a procura varia de acordo com o serviço que está sendo buscado.

**Ângela:** Nem sempre é Porto Alegre. O Rio Grande do Sul é dividido, dentro da saúde, por macro e micro regiões. Então, se nós formos ver, ortopedia, nós temos Rio Grande e São Gabriel, se nós formos ver leucemia, nós temos Santa Maria como referência. Se nós formos ver câncer de colo de útero ou de mama, nós temos Uruguaiana. Então, o pediatra de uma criança ou então o obstetra no caso de uma gestante faz o encaminhamento para a Alta Complexidade, vai para dentro da Secretaria de Saúde, e a Secretaria de



Saúde é que faz esse encaminhamento. [...]. No que se trata de criança, 90% vai para Porto Alegre [...]. (Ângela, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Estamos falando de Alegrete, Uruguaiiana, Porto Alegre, cidades distantes cerca 200km, 230km e 500km respectivamente. Questiono se algum desses serviços estariam disponíveis e poderiam ser ofertados por Rivera para as mães brasileiras e Victoria relata desconhecer o atendimento em saúde na cidade vizinha. Eva relata que também precisou ir com seu filho para Porto Alegre, em virtude de um tratamento para convulsão:

**Eva:** Caso eu precise, eu vou pra lá. A guria que mora ali diz que o atendimento de lá de Rivera é muito melhor do que o daqui. E quando comecei a ir pra Porto Alegre, ele tinha dois meses e começou a dar convulsão nele, aí os médicos daqui não sabiam mais o que fazer com ele, aí transferiram pra Porto Alegre, aí lá o médico de lá acertou horrores com ele. Parou de dar as convulsões nele e tudo. (Eva, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Marga comenta, em tom de desabafo, sobre os problemas enfrentados por seu marido para conseguir realizar uma cirurgia e Marisol também faz menção a essa mesma história: seu sogro (esposo de Marga), que está com 70 anos e encontra dificuldades para conseguir atendimento. Marisol expressa que é de costume as pessoas de Livramento consultarem fora do município, em Uruguaiiana, Porto Alegre, e outras cidades. Para ser mais rápido, as pessoas precisam “ir para fora”, na opinião dela, a partir da sua convivência com as pessoas, sobretudo da sua comunidade.

**Bruna:** E as pessoas acabam buscando os serviços de saúde ali em Rivera, por aqui ser mais perto, ou acabam indo mais para Porto Alegre e para outros lugares?

**Marisol:** É mais para fora, para Rivera não é tanto, a não ser que passem para lá, até porque acho que não podem consultar lá quem é daqui, não pode. Eu tenho uma sobrinha que nasceu, mas porque o hospital aqui não estava atendendo. [...] Tem muita dificuldade, pra lá não vai. (Marisol, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

No caso da Sofia, ela relata que em junho de 2018 descobriu que estava com câncer de mama. Diferente das outras mães, ela possui plano de saúde do Instituto de Previdência do Estado (IPE). Na época não sabia que havia mastologista em Livramento, já que não estava sendo atendida pelo SUS. Mesmo a cidade oferecendo essa opção, a cirurgia mais próxima seria em Uruguaiiana. Sendo assim, Sofia optou por fazer a operação de retirada do câncer em Porto Alegre. Para o tratamento, ela precisou ir a cada duas semanas para a capital até que as consultas passaram a ter um espaçamento de dois meses. A sua opção por fazer o tratamento em Porto Alegre

situa-se em um contexto de maiores possibilidades de escolha, melhores condições econômicas e consequente maior mobilidade.

#### 5.4 Saúde da mulher em Rivera e as políticas públicas do Uruguai

Aida relata que o Uruguai fez recentemente uma reforma na saúde, assim como o Brasil fez em 1989 com o Sistema Único de Saúde (SUS). Seguindo as indicações da ONU e de todos os organismos de saúde, o Uruguai decidiu separar o Ministério de Saúde da sua parte assistencial. Na figura 13, encontramos a sede do Ministério em Rivera, local de trabalho de Aida.



**Figura 9:** Dirección Departamental de Salud de Rivera. Fonte: foto tirada por Bruna Cagliari.

A função do ministério é de fiscalização e controle, tanto dos prestadores públicos como privados, por isso chama-se *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS). Foi necessário separar o ministério da parte assistencial, que se chama *Administración de los Servicios de Salud del Estado* (ASSE), que corresponde a tudo o que dá assistência, nas redes de atenção primária e hospitais. Segundo Aida,

**Aida:** O Uruguai avançou muito nas leis de direitos das mulheres. Uruguai foi o primeiro país que a mulher poderia votar, antes não. E assim é uma luta, de conseguir espaços, de nos profissionalizar, de ser respeitadas. Então no

governo da Frente Ampla, saúde sexual e reprodutiva foi um dos temas mais avançados. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

Aida explica algumas leis e serviços do Uruguai para a saúde da mulher, mostrando alguns folhetos e materiais que sintetizam o que está previsto nestas leis. Para a prevenção de câncer de mama e de colo de útero há um dia por ano de livre escolha e pago para as mulheres fazerem mamografia e exame de Papanicolau. Sobre o parto humanizado há uma lei que prevê o acompanhamento do parto pelo companheiro. No Uruguai, agora é lei a reprodução humana assistida. Também há leis contra violência doméstica e de gênero, bem como lei integral de saúde mental, dentre outras. O material ainda explica sobre os métodos de proteção anticoncepcionais, a ecografia transvaginal durante a gravidez, dentre outros temas.

Sobre as questões de maternidade, Aida explica como está organizado o atendimento para as gestantes e mães. No Departamento de Rivera há apenas uma maternidade, localizada na própria cidade. Segundo os dados que ela apresentou, no Uruguai há 44 mil nascimentos por ano e em Rivera são 800. Ela também discorre sobre as ações feitas para diminuir a gravidez na adolescência, bem como a possibilidade de interromper a gravidez prevista na lei dos direitos dos adolescentes.

**Aida:** Nós temos um controle estrito da gravidez, desde o primeiro trimestre, claro que muitas não chegam no controle, mas temos diminuído a gravidez na adolescência, não o que queríamos, mas tem diminuído, pela oferta de métodos anticoncepcionais. As menores grávidas que quiserem fazer uma interrupção voluntária da gravidez também têm direito, pela lei dos direitos dos adolescentes. A equipe essa de reflexão com psicóloga e assistente social tratam de falar com a moça e explicar que seria bom que a sua família estivesse inteirada, a sua mãe, enfim. Mas se a adolescente não quer que a família (fique sabendo), se não quer, se deixa uma constância na história e se faz a interrupção voluntária. Nós consideramos que abaixo dos 14 é abuso sexual e violência. E, o que mais me perguntastes?

**Bruna:** Sobre ter filhos, para as mulheres que escolhem ter filhos e não escolhem a interrupção, os serviços, como são?

**A:** Aí se conectam com as redes de atenção primária, e se controla a rede. E tem só uma maternidade, em todo o departamento de Rivera, tem só uma maternidade, que tem bloco cirúrgico, anestesista, tem tudo.

**B:** E fica aqui?

**A:** Aqui, no hospital.

**B:** E dá conta da demanda das mulheres? Os serviços são bons?

**A:** Sim, nós temos no Uruguai 44 mil nascimentos, por ano, em todo o país. Rivera deve ter 800 ao ano. Estamos na borda entre os que morrem e os que nascem, não crescemos. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

Aida fornece uma série de materiais e folhetos de divulgação com importantes informações sobre os serviços de saúde para as mulheres e menciona os 13 objetivos sanitários escolhidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

**Bruna:** E hoje, quais seriam os maiores desafios para atuação de vocês em relação à saúde da mulher?

**Aida:** Já vou te dar. Nós temos objetivos sanitários, feito pelo Ministério da Saúde. Estes aqui são nossos problemas prioritários, 13: gravidez não desejada na adolescência, o primeiro; prematurez e baixo peso ao nascer; elevados índices de cesáreas; transmissão vertical de sífilis e HIV; alterações no desenvolvimento na primeira infância; problemas nutricionais críticos, estamos com crianças obesas, uma crise de obesidade; depois enfermidades cardiovasculares; câncer; suicídio, somos o segundo país da América com mais suicídios; [...] acidentes de trânsito; violência de gênero, estão todos aqui. Estes são os 13, com base neles temos metas, algumas já tem números, e quanto nós temos que descer esses números, está tudo explicadinho. Aqui tem todas as situações desde dois anos, quando se fez isso e o que tem que se cumprir em metas. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

Os materiais de divulgação e informação impressos entregues por Aida dizem respeito aos *Objetivos Sanitarios Nacionales* para 2020, apresentando metas para melhorias no sistema de saúde uruguaio. Um último material refere-se aos direitos das mulheres no Uruguai. Estes versam sobre diferentes temas, sendo eles: qualidade aos serviços de saúde, públicos e privados; métodos de proteção e contracepção; prevenção de câncer; gravidez, parto e puerpério; interrupção voluntária de gravidez; reprodução humana assistida; violência doméstica e sexual; saúde mental e testes rápidos de sífilis e HIV. Todos esses folhetos constam nos anexos 2 e 3 desta dissertação.

Em síntese, percebe-se os avanços uruguaio nas políticas públicas e promoção de saúde para as mulheres. Na sequência trataremos com maiores detalhes sobre a descriminalização do aborto no país e a interrupção voluntária de gravidez em Rivera.

## 5.5 Aborto na fronteira

O perfil das uruguaioas que procuram o aborto é de mulheres em geral acima de 30 anos, que já tem filhos e uma família estruturada. Segundo Aida, cerca de 200 mulheres recorrem ao aborto por mês em Rivera. Sobre a interrupção voluntária de gravidez, Aida explica com detalhes a realidade de Rivera:

**Aida:** Interrupção voluntária de gravidez foi em 2013, aqui está toda a explicação, 12 semanas, tem um período de reflexão orientado por uma equipe de assistente social e psicóloga. Nós aqui em Rivera temos 200 mulheres que recorrem à interrupção voluntária de gravidez por mês.

**Bruna:** Que fazem [a interrupção voluntária de gravidez]?

**A:** Que concorrem à policlínica. Uma porcentagem, depois do período esse de reflexão, de falar com a psicóloga, tem uma porcentagem que continua,

porque as vezes são temas econômicos, como a assistente social orienta. Mas a maioria são mulheres maiores de 35 anos, que já tem sua família estabelecida, se dá toda a orientação de métodos para que não volte a fazer um aborto. E 12 semanas, aqui está tudo. E o médico indica a medicação, o misoprostol, como deve ser tomada, e tanto a parte pública como privada, *brindam* o medicamento, o misoprostol. Mulheres não têm que comprar no mercado negro misoprostol vencido ou que não serve, que depois gastam um “dinheirão” e não faz efeito depois, então aqui tanto o hospital como a policlínica da periferia e os privados dão o misoprostol. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

Esse perfil é semelhante ao descrito em Livramento e condiz com as pesquisas nacionais sobre o aborto no Brasil. A enfermeira Victoria comenta que reparou, no ano de 2019, um aumento na procura pelo abortamento.

**Victoria:** Mas nos outros anos eu nunca tinha percebido. Foi esse ano que aumentou. E aumentou não em mulheres solteiras, não em adolescentes, em mulheres assim, com relacionamento estável.

**Bruna:** Talvez já mães?

**Victoria:** Já mães, já. Nenhuma foi [mãe pela primeira vez] (Victoria, Sant’ana do Livramento, 14/10/2019)

Aida relata que o Uruguai estava enfrentando muitas mortes de mulheres por abortos clandestinos e descreve a situação do país antes da legalização do aborto:

**Aida:** Nós tivemos um período antes da lei de iniciativa sanitária. Uruguai estava tendo muitas mulheres mortas por abortos clandestinos, então se fez um programa com a OPS [Organização Panamericana da Saúde] de iniciativa sanitária, então se fazia todas essas etapas, se acolhia a mulher, lhe aconselhava, mas não se podia dar a medicação, e assim foi por três anos, mas depois com a lei, já o ginecologista dá a medicação. E o mesmo, o depois da medicação, o controle pós-aborto. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

Lídia questiona sobre o acesso das mulheres brasileiras ao aborto no Uruguai, por meio da carteira de fronteira. Conversamos sobre o assunto, porém não se tinha uma definição mais conclusiva sobre a permissão ou não para as fronteiras brasileiras abortarem no Uruguai. Aida, então, se prontifica e liga para um médico ginecologista, buscando uma resposta mais assertiva.

**Lídia:** Nesse caso, para interrupção voluntária, se as mulheres têm a carteira fronteira, podem acessar o serviço?

**Aida:** Sim, sim, elas têm que ter residência comprovada. Não, perdão, não sei se estão aceitando, porque a lei pede um ano de residência no Uruguai, que nós agora estamos complicados com o tema das cubanas que vêm grávidas, sem dinheiro, e não têm acesso ao serviço pela lei. Teria que ter havido uma adaptação da lei a essa migração que não contávamos com ela. Vou perguntar para o ginecologista.

**Bruna:** Mas então, na verdade, tu precisas residir um ano aqui no Uruguai, para uma brasileira ter acesso a um aborto? Então só a carteira de fronteira não (resolve)?

**Aida:** É o que vou perguntar, já te digo. Me parece que sim, porque estão atendendo outros serviços, mas não sei se esse. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

Retomamos a conversa sobre a interrupção de gravidez, para esclarecer melhor quem são as mulheres que podem acessar este serviço no Uruguai, haja vista a grande desinformação. Para abortar no Uruguai, a mulher precisa ter nacionalidade uruguaia ou residência comprovada de um ano no país. Partindo dessas premissas, as mulheres brasileiras fronteiriças não podem realizar abortos legais no Uruguai. Aida reforça que no país a mortalidade materna por casos de aborto é zero.

**Aida:** Se tem um ano de residência, a lei diz assim.

**Bruna:** Então no caso, se eu sou brasileira, e resido aqui, por um ano...?

**A:** Se tu és uruguaia, casada com um uruguaio, ou vives aqui, por um ano, que demonstre já residência de um ano, sim, podes concorrer à policlínica

**B:** E as brasileiras não?

**A:** Não. Isso se pôs justamente para não interferir, digo, se o Brasil não aceita o aborto, nós não vamos fazer o aborto em brasileiras. Então, lamentavelmente...

**B:** E nem, no caso, se é uma brasileira fronteiriça e ela reside aqui (em Rivera)?

**A:** Se tem residência de um ano

**Lídia:** Sim, desde que comprovado um ano...

**A:** Claro, vai na polícia e diz “eu moro aqui” faz tanto

**L:** Faz uma declaração...

**A:** Qualquer estrangeira, brasileira, cubana, venezuelana, que tenha um ano de residência no Uruguai tem direito a interrupção voluntária de gravidez.

**B:** E depois que vocês fizeram a lei, tu consegues me falar sobre os abortos inseguros?

**A:** Eu acho que os inseguros ninguém faz, porque a nossa policlínica [...] é para o prestador privado e para o público. Então o prestador privado colocou uma licenciada, um psicólogo, a parte pública colocou outra coisa, então todas as mulheres, tanto sejam da privada como da pública, têm acesso à mesma policlínica. [...] Ninguém mais, sabendo que tem toda a segurança de saúde e tem toda a confiabilidade, tem uma equipe que tem confiança com esses pacientes, ninguém mais recorre. Nós temos mortalidade materna no Uruguai zero. Se morrem mulheres de outras coisas, mas de aborto, zero.

**B:** E brasileiras aqui para procurar esses abortos, que acabam não encontrando esses abortos legais. Vocês têm indícios?

**A:** Isso tens que perguntar em Livramento como está a mortalidade materna por aborto. Seguro que tem. [...] Em Livramento deve haver mortes maternas, pois clandestino, alta porcentagem morre. (Aida, Rivera, 15/10/2019)

Se, no Uruguai existe toda uma política de acolhimento e proteção da vida dessas mulheres, em Livramento encontramos uma realidade bastante adversa. A enfermeira Sara, do Hospital Santa Casa, relata os casos de aborto, tanto espontâneos como provocados, que são identificados no hospital. Comenta ainda sobre a possibilidade que as mulheres uruguaias têm de manifestar o desejo pela interrupção da gravidez.

**Bruna:** E vocês recebem casos relacionados ao aborto, mulheres que desejam interromper a gravidez, como que acontece isso?

**Sara:** Não, normalmente quando elas chegam, nos procuram aqui, elas nunca relatam terem realizado um aborto, tá? Com relação ao aborto, assim, elas nunca chegam aqui relatando que realizaram um aborto, né? Até porque, no Brasil, né? Essa questão do aborto ainda não é uma questão legalizada. Chegam referindo dor, referindo sangramento, que aí para nós fica difícil às vezes saber se é um aborto espontâneo ou se é um aborto provocado. Diz, eu não sei te dizer, que no Uruguai, acho que alguma coisa com relação ao aborto é legalizada, acho que elas podem manifestar essa vontade de interromper a gestação lá, mas aqui não, e quando elas nos procuram no serviço, nunca nos relatam que fizeram um aborto, nos relatam que estão com sangramento, que estão com dor, perda espontâneo né? E caso seja meio que visível, assim, tipo, já de mais tempo, sinais de que o feto nasça com sinais de aborto, é registrado um boletim de ocorrência, e todas essas questões legais. (Sara, Sant'ana do Livramento, 15/10/2019)

Carolina, do Centro de Saúde da Mulher, relata que, devido ao seu trabalho de acompanhamento de estágio dos alunos que fazem o curso técnico em enfermagem, ela consegue saber de alguns casos de aborto no município.

**Carolina:** Eu vejo mais na verdade, porque eu também faço estágio com alunos no hospital. Também dou aula. Então a gente acaba sabendo de casos, assim. E tu sabe, né? Lá, por exemplo, quando eles retiram o feto, né? Tu sabes se é ou não provocado. Até porque fica sinais, laceração, coisa e tal. Mas a gente sabe de casos, assim, de aborto provocado, que acontece e acontece bastante. [...]

**B:** E tu sabe se as mulheres aqui em Livramento conseguem acessar esse aborto seguro? [...]

**C:** Agora há pouco a gente teve um treinamento, né? Da 10ª Coordenadoria, que é a responsável aqui pela nossa região, falando sobre isso, né? Sobre o aborto legal, que ele deve ser oferecido, né? Principalmente quando a mulher sofre um ato de violência. Então tem uma campanha em cima disso, mas a gente não vê muito, assim, né? Não vi casos, assim, específicos, de pessoas que precisaram fazer. (Carolina, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

No acompanhamento dos pré-natais, a enfermeira Victoria diz encontrar muitas pacientes – e em número crescente – que procuram informações sobre o aborto. No entanto, o município de Livramento não oferece serviços de aborto legal para as mulheres fazendo com que aquelas que se encaixem nos casos previstos pela lei, tenham que ir à Porto Alegre para fazer a interrupção.

**Victoria:** Aborto, como que funciona. É difícil ainda. Esse ano aumento muito a procura para aborto. Nós não temos, ainda aqui pra nós, né? Esse serviço. Só em Porto Alegre que tem, alguns casos que é possível fazer, né? Através da parte legal também né? Que tem essas questões. Aqui no município a gente não tem. Então, esse ano, mais de cinco com certeza já me procuraram pra questão do abortamento. Então a gente faz o aconselhamento, explica a assim, a questão do risco, porque aqui na cidade a gente não tem esse serviço.

**Bruna:** Não tem para os casos que seriam legais?

**Victoria:** É, e na verdade o que me procuraram esse ano era tudo fora de critério, assim, não se encaixava. Mas é muito complicado, assim. Muitas delas seguiram o pré-natal aqui conosco e hoje estão bem, assim, tá tudo tranquilo. Mas algumas elas não referem depois que fizeram o aborto, mas

elas chegam aqui e depois precisam de uma consulta ginecológica porque estão com sangramento, dizem que perderam. (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Devido a esses impedimentos, as mulheres buscam serviços de aborto inseguro em Livramento e até mesmo no Uruguai. Victoria menciona os camelôs e grupos de Whatsapp que oferecem o medicamento (misoprostol), com base nos relatos de suas pacientes.

**Victoria:** O que que elas nos falam, assim, que não é nada oficial, né? Que conseguiam o medicamento, o misoprostol, via camelô, porque tem os camelôs aqui, eu não sei como tá isso no dia de hoje, mas já teve relatos que conseguiram ali para fazer esse tipo de trabalho. Até inclusive tem um Whatsapp que rola aí, isso eu vi, porque foi uma paciente que me mostrou. De uma moça que ela pede um valor e consegue o tal medicamento. Qual é a via que ela consegue, eu não sei. Mas que tem gente que deve fazer, eu entendo que sim. A Santa Casa, quando identifica qualquer tipo de aborto provocado, eles fazem um boletim de ocorrência e então se investiga esse aborto. Inclusive umas duas a três semanas atrás eu tive que depor, porque teve uma paciente nossa que o hospital achou que ela tinha feito um aborto, né? Provocado. E eu fui lá depor na questão do pré-natal, que foi totalmente o inverso, assim. Ela fez um pré-natal precoce, né? Que é difícil, muitas vezes elas já vêm tardias. E eu, do que eu acompanhei ela aqui, eu não posso dizer se ela fez o aborto ou não, né? Porque normalmente quando a paciente quer fazer o aborto ela não comparece as consultas, a gente tem que ficar indo atrás, ela não faz os exames, ela não toma vitaminas, ela não faz as vacinas. E essa paciente foi totalmente ao contrário. Ela veio cedo, ela fez os exames, ela não faltou nenhuma consulta, ela fez as vacinas, mas ela acabou tendo um aborto. Espontâneo ou não, não sei, mas a delegacia está investigando. [...] (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Diante dessa condição adversa e delicada, Victoria relata que elas, enquanto prestadores de serviço, só podem oferecer apoio e suporte emocionais nessas situações.

**Victoria:** Mas nós, nós não temos esse serviço para oferecer, a não ser um suporte psicológico que muitas vezes elas nem querem ir, porque aí elas já se apegam, se vinculam a nós, profissional, assim, pessoalmente. Aí vem, choram, a gente aconselha, faz todo aquele atendimento. Tenta encaminhar, mas elas não querem encaminhar, e daí a pouco elas não querem consultar com o médico porque elas não querem se expor, assim, é um pouco complicado essa questão, assim. Aí acontece isso assim, de as vezes a gente supor que elas fizeram um aborto ilegal, né? Mas provar, elas não vêm contar, né? [...] (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Questiono se essas mulheres, ao não conseguirem atendimento de aborto em Livramento, não passam a buscá-lo em Rivera, e Victoria afirma que sim. Contudo, o atendimento em Rivera é bastante criterioso, então essa procura acaba sendo de forma clandestina e insegura.



**Victoria:** Elas vão, mas eu acho que elas não têm muito acesso. O que elas fazem, elas fazem lá. Esse WhatsApp que eu te falei é um uruguaio, que eu já nem sei, que foi só uma coisa que eu vi em um momento, que uma gestante me mostrou, que inclusive ela não fez, né? Até eu acompanhei todo pré-natal aqui, tem o bebê e hoje vive bem faceira e bem agradecida pelo meu atendimento [...] O que eu percebo dessa parte do aborto de Rivera é muito criterioso. Então elas também não se encaixam. As que me procuraram, por exemplo, não se encaixariam. Se elas procuram Rivera? Sim. Mas é de forma clandestina. [...]

**B:** E por que elas não se encaixam? É por não ter documentação?

**V:** É, porque lá precisa.

**B:** Precisa de uma dupla nacionalidade?

**V:** Isso, tem que ser. Pra nós aqui é mais tranquilo tipo, vacina, esse tipo de coisa, o pessoal de Rivera vem e a gente aplica, não tem essa exclusão, assim. Até porque tem muitas doenças que não tem fronteira, né? Vai ter, por exemplo, a dengue, o mosquito não vai saber que até na linha aqui é Brasil, e aqui é Rivera, né? Vai passar de um lado para o outro. Febre amarela, o pessoal de Rivera não tem disponível na rede de lá. Então eles vêm aplicar aqui e a gente aplica. Porque não tem o que fazer, se der um surto de febre amarela em Rivera, vai dar em Livramento. Então nós não colocamos essa barreira, mas, por exemplo, lá em Rivera eles colocam um Implanon, que é um implantezinho no braço, que é um contraceptivo, um anticoncepcional intradérmico. E as pacientes daqui não podem ir lá colocar, né? [...] Tem que ter o fronteiroço. Diferente daqui que, por exemplo, vem sem cartão SUS e faz a vacina, né? Lá, o intradérmico não pode por porque tem que ser morador de Rivera ou tem que ter nacionalidade. E o aborto é meio por aí. Eu não sei te dizer bem direitinho quais são os documentos. Sei que se tu não fores uruguaia, não for casada com um uruguaio, ter um fronteiroço, tu não consegues.

**B:** Nem com aquela carteira de fronteiroço?

**V:** Acho que a fronteiroço talvez consiga. Não sei te dizer de certeza. Sei que as informações dessas últimas que vieram, elas não conseguiram. [...] E eu acho que muito aborto acontece sem a gente saber, né? Isso eu acho que sim. [...] Normalmente, o aborto provocado elas não nos procuram, não vêm mais atrás, assim, salvo esse ano, que foi um ano atípico assim, das pacientes nos procurando para fazer esse serviço, mas que nós não temos para oferecer. (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

Victoria explica que, devido a problemas hospitalares, elas não estão fazendo cirurgias de laqueadura, o que pode aumentar a procura dessas mulheres por serviços de aborto.

**Victoria:** Esse ano, como tem essa questão desse problema hospitalar, não saiu nenhuma laqueadura, que é uma coisa importante pra nós. Nenhuma laqueadura eletiva foi feita. Então isso também faz com que, daqui a pouco essas mulheres possam querer um aborto ou alguma coisa assim, porque não querem mais aquela gestação. Mas elas também não buscam os serviços [contraceptivos]. É bem complicado. (Victoria, Sant'ana do Livramento, 14/10/2019)

## **CAPÍTULO 6: PRATICANDO A MATERNIDADE EM CONDIÇÃO FRONTEIRIÇA**

Nessa sessão serão apresentadas algumas análises sobre os materiais coletados em campo, as falas das participantes da pesquisa, as impressões da pesquisadora e as lacunas que permaneceram. Tentaremos, com isso, indicar possíveis nuances do que viria a ser uma “condição fronteira feminina”.

### **6.1 As impressões durante as entrevistas**

Há uma grande diferença na forma como as entrevistas ocorreram com as mulheres-mães em comparação com os resultados obtidos das entrevistas com as mulheres-profissionais (por vezes também mães). Usualmente, as mães dispõem de respostas sucintas e as entrevistas duram menos tempo. Além disso, elas estão próximas dos seus filhos e demais familiares no momento da entrevista, o que a faz ser atravessada por barulhos e interrupções constantes, além da vigilância familiar sobre assuntos por vezes polêmicos.

Um dos momentos de entrevista congregou quatro mães, alguns filhos pequenos, a Lídia, que me acompanhou durante todo o percurso, uma televisão ligada, animais domésticos pelo pátio e muitas conversas paralelas, elementos que fazem parte da vida das pessoas, mas que, ao mesmo tempo, tumultuaram as entrevistas. Nos dias de trabalho de campo estava chovendo em Livramento, o que dificultou a visita às casas das mães, localizadas em bairros mais afastados e com precária infraestrutura, como pode-se ver na figura 14.

Em outra circunstância, a Sofia foi entrevistada em seu carro, durante os nossos deslocamentos. Enquanto ela dirigia, começou espontaneamente a contar sobre sua história de vida e aproveitei a oportunidade para dar seguimento às perguntas. Seu relato foi breve e anotado ali mesmo, no carro, em movimento. Esses exemplos ilustram que as entrevistas, por vezes, não aconteceram com a qualidade esperada. Não obstante, suas respostas, às vezes curtas e dispersas, trouxeram elementos de análise profundamente significativos.



**Figura 10:** Moradia de uma das mães entrevistadas – Bairro Simon Bolívar. Fonte: foto tirada por Bruna Cagliari.

A conversa com as profissionais da área da saúde e afins foram de maior duração e ocorreram em seus ambientes de trabalho – locais melhor estruturados, mais reservados e que possibilitaram entrevistas com menores interferências. As mães são mais tímidas, mas ao mesmo tempo, o roteiro de entrevista e a maneira como a temática foi abordada talvez possa ter privilegiado maior envolvimento das profissionais. Ainda assim, todas as pessoas, à sua maneira, demonstraram disponibilidade para ouvir e falar, o que corrobora com a ideia de que:

a sociedade da fronteira caracteriza-se por uma oralidade fortemente desenvolvida e valorizada, daí o infindável repertório de narrativas orais e a existência da categoria “contador/ contadora de ‘causos”” como responsável pela transmissão desse conhecimento, seja da história oficial, de anedotas ou de suas próprias histórias pessoais, todas elas formas narrativas que informam sobre uma forma de ser e de se relacionar em sociedade. (HARTMANN, 2010, p. 93)

Por vezes, trata-se os agentes do Estado como masculinos ou espera-se que sejam homens. Contudo, todas as participantes da pesquisa foram mulheres. Minhas expectativas inconscientes foram frustradas e me identifiquei com o relato de Luciana Hartmann, de que:

Esse obscurecimento e desconsideração da participação das mulheres na história e em vários âmbitos da vida social, como nos contam várias autoras, é tão forte, constituindo de tal maneira nossa visão de mundo, que eu mesma cheguei ao campo pronta para ouvir os homens, afinal eles é que deveriam ser os contadores! (HARTMANN, 2010, p. 84)

O único momento que estive em diálogo com uma figura masculina foi com o Secretário da Assistência Social do município. Ele precisou assinar a autorização de participação na entrevista (o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) das profissionais do Centro de Referência da Mulher – o que é importante deixar registrado.

Portanto, são mulheres que atendem mulheres, do ponto de vista da atuação prática, na prestação de serviços e assistência social, cumprindo o papel de prover, diante das adversidades socioeconômicas e muitas vezes da falta da figura masculina individual, como é discutido por Adriana Viana e Laura Lowenkron (2017). Além disso, sobretudo a partir da década de 1990, tanto no Brasil quanto no Uruguai, houve maior participação de mulheres vinculadas aos movimentos feministas no Estado, para o planejamento das políticas públicas voltadas para essa população (COSTA, 2009; ROSTAGNOL, 2018).

No segundo dia de trabalho de campo, entrevistei uma das enfermeiras do Hospital Santa Casa em Livramento e me dirigi à Rivera para poder articular contatos em ambos os lados da fronteira. Em Rivera, procurei o *Ministerio de Desarrollo Social* (MIDES), o *Ministerio de Salud Pública* (MSP), e o *Centro de Salud Dr. J. Royol*, este último responsável pelo aborto legal e seguro. Em Rivera, o acesso às informações foi um pouco mais difícil. Nesse dia consegui entrevistar apenas a Aida. Dessa forma, uma das limitações na realização deste estudo consiste na falta de simetria e de materiais que representem as cidades-gêmeas, e não apenas Livramento.

Apesar do método escolhido para conduzir essa pesquisa apresentar vantagens, algumas questões limitaram a sua implementação. método escolhido para conduzir essa pesquisa tem suas limitações. A realização de mais trabalhos de campo foi impossibilitada pela pandemia de COVID-19 em 2020. Com isso, a amostra de entrevistas é pequena, o que não nos permite fazer generalizações e, por vezes, nos deixa diante de uma série de lacunas, dúvidas e questões que não puderam ser aprofundadas ou que apareceram de diferentes formas segundo cada entrevistada. Por mais que a amostra seja pequena para fazer grandes afirmações, optou-se por

descrever as práticas femininas relacionadas à saúde e maternagem, valorizando o que encontramos na saída de campo, reconhecendo sua legitimidade.

Para falas mais profundas precisa-se de intimidade. Seja pela agitação nas casas ou pelo espaço institucional que propicia a impessoalidade, essas situações colocavam empecilhos para o aprofundamento das histórias. Hartmann (2010) diz ainda que “as mulheres contam preferencialmente para outras mulheres, em ambientes de intimidade” e foram nessas situações de maior vínculo, interação e desenvolvimento de confiança que pude acessar histórias mais profundas e pessoais.

Contudo, é interessante perceber que nessa pequena amostra foi possível identificar duas mães que tiveram seus filhos em Rivera – o que demonstra que essa prática de cruzar a fronteira para ter filhos é presente em Livramento-Rivera.

## **6.2 Maternidade e aborto na fronteira: discursos e práticas**

Em Livramento, há uma grande integração nos serviços de saúde prestados especificamente para as mulheres. Contudo, o discurso de todas as profissionais da saúde é de separação total dos serviços de saúde para as mulheres brasileiras e uruguaias na fronteira Livramento-Rivera, demonstrando que não há uma integração institucionalizada do ponto de vista prático, o que corrobora com o argumento defendido por Márcia Bühring em sua tese. Ainda que o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios para Prestação de Serviços de Saúde, firmado em 2008, tenha representado avanços para a integração em termos de saúde na fronteira, na prática não é o que ocorre e:

O que chama a atenção é justamente que os habitantes das cidades gêmeas, dentro de uma faixa de até 20km da fronteira, tem disponível uma integração em termos de serviços de saúde, o que não significou a liberação do acesso total/integral dos fronteiriços ao sistema de saúde da outra parte, e nem que haja cobertura total nos atendimentos por parte do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) e Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) (BÜHRING, 2013, p. 418)

O próprio atendimento do SUS exige que o paciente tenha residência comprovada dentro da área a qual pertence a unidade de saúde para ser atendido. Caso contrário, a orientação é para dirigir-se a unidade mais próxima da sua residência. Em se tratando de dois países, os empecilhos não seriam menores, muito pelo contrário, haja vista a questão dos recursos financeiros e a perda de informações

pela não integração dos dois sistemas nacionais de saúde. Bühring (2013) aponta, em suas conclusões, que:

Embora o Ajuste ao Acordo tenha trazido inovação no que se refere às profissões que prestam serviço de saúde humana, a exemplo de médicos, enfermeiros, terapeutas, etc, nessas localidades vinculadas, específicas portanto, **não legitimou a utilização livre** por parte dos usuários/usuárias [...] justamente por implicar em cobertura da consulta/tratamento realizado, envolve novamente aporte financeiro, muito embora no caso do fechamento da Santa Casa em duas oportunidades tenha se autorizado a utilização do sistema de saúde do país vizinho – portanto somente em situações excepcionalíssimas. (BÜHRING, 2013, p. 420)

Em relação aos médicos uruguaios, a referida liminar concedida pela Justiça Federal permite que estrangeiros uruguaios fronteiriços trabalhem nos hospitais do lado brasileiro da fronteira nas localidades vinculadas. Isso representa uma política especial para a fronteira, devido a demanda e urgência de médicos, expressando, como os autores afirmam, que “o ativismo local lança mão de estratégias internacionais e pode ser resumido como a *instrumentalização do imaginário nacionalista* para avançar demandas locais.” (DORFMAN e CARDIN, 2014, p. 38). Ou ainda:

essas situações correspondem a mobilizações que têm lugar na fronteira e que recorrem às descontinuidades fronteiriças, ou à tentativa de diminuir essas descontinuidades, ou ainda de usar o poder simbólico da fronteira para dar visibilidade às lutas do lugar (idem, p. 32)

Durante todo o trabalho de campo, a comparação entre os dois países ficou evidente. Sobre ser melhor de um lado ou de outro, é uma pergunta difícil de se responder e tem muito mais a ver com quem irá responder e também com sua nacionalidade do que outra coisa. Às vezes, como disse a Ângela, pode ser “só pra ferrar o Brasil”, isto é não reconhecer os serviços que são oferecidos pelo país como forma de desmerece-lo. Como afirmam Dorfman e Cardin (2014), sobre o episódio ocorrido no Hospital Santa Casa em 2009:

Se o fechamento do hospital não tivesse acontecido em condição fronteiriça, teria passado despercebido. O episódio adquire um caráter internacional, não por sua natureza ou devido a algum projeto internacionalista, mas por sua situação geográfica nas margens do estado. (DORFMAN e CARDIN, 2014, p.38)

Na entrevista, Ângela relata que pouco se vê em termos de integração entre os países na assistência em saúde para as mulheres. Lídia contribui afirmando que a luta política é conjunta, mas a implementação não, embora se façam esforços de

integração. Para encontrar esse entrecruzamento, é necessário conversar com as moradoras da fronteira, ou seja, é algo que é feito mais como um movimento de cada mulher (ainda que dentro do horizonte oferecido por sua condição fronteiriça) do que institucionalmente pelos Estados – com exceção de situações emergenciais em que os agentes do Estado realizam buscas ativas para retomar o acompanhamento dessas mulheres. Quando essas pessoas chegam aos serviços de saúde e assistência social, a integração acaba passando muito pelo profissional que vai lhe atender.

Os casos que tive contato representam situações emergenciais e involuntárias: mães sendo levadas em ambulâncias para Rivera, sabendo que teriam seus filhos em outro hospital, em outra cidade, no momento do parto. Além dos casos emergenciais, há relatos, exemplos, histórias que elas contam de outras mulheres que acessam Rivera para buscar esses serviços de saúde, em movimentos mais articulados, usufruindo propositalmente das diferenças de nacionalidade.

É importante dimensionar que as condições econômicas ditam a mobilidade para as mulheres. A Sofia foi a única mulher a ter mais possibilidades de acesso e escolha durante seu tratamento de saúde, optando por fazê-lo em Porto Alegre, justamente por apresentar melhores condições econômicas e conseqüente maior mobilidade. Nas situações opostas, se o sistema de saúde é organizado para atender as mulheres nas unidades mais próximas de suas casas, deslocar-se para Rivera, por exemplo, por conta própria e ainda não tendo a certeza do atendimento, também se configura em um empecilho encontrado.

Ângela, ao relatar as viagens que as mães fazem com seus filhos para Porto Alegre em busca de atendimentos especializados, questiona a ideia de que existam todas as condições para que isso ocorra, demonstrando as dificuldades encontradas em deixar seus demais filhos em casa, além das condições econômicas necessárias para realizar esses deslocamentos. Estamos diante de uma fronteira composta por mulheres negras em condição de pobreza e esses marcadores são determinantes. É importante ainda destacar a situação preocupante enfrentada pelas mulheres assentadas que passam por inúmeras dificuldades e estão desprovidas de amparo e assistência por parte do Estado.

Algumas das mães que entrevistei tiveram seus filhos em Rivera, mas estão incluídas nesses casos de situações emergenciais em que o hospital de Livramento esteve fechado. Algumas utilizaram serviços de Rivera posteriormente, já que os filhos

também têm a nacionalidade uruguaia, mas não como algo frequente. Contudo, não encontrei mães que tivessem a dupla nacionalidade nesse momento, o que seria importante, tendo em vista que possivelmente estas mulheres possam transitar pela fronteira em busca dos serviços de saúde de maneira mais intencional, a partir da instrumentalização da nacionalidade (DORFMAN e CARDIN, 2013).

Portanto, a nacionalidade ficou mais evidenciada nos registros dos filhos de brasileiras nascidos em Rivera, no uso de alguns serviços do outro lado da fronteira e nas diferenças de procedimentos relacionados ao aborto, ou seja, mais enquanto as diferenças que o lugar congrega do que propriamente enquanto recurso ou instrumento. Sendo involuntário ou intencional, ambas as situações são importantes pois demonstram esse trânsito pela fronteira em busca dos serviços de saúde.

O fato de Eva e Elisa não utilizarem com frequência da nacionalidade uruguaia de seus filhos e de Ângela e Lídia estarem ativamente em busca desta para fins específicos também demonstra que a nacionalidade tem a ver de certa forma, com informação que permita instrumentalizar as possibilidades da condição fronteiriça. Além disso, no momento do nascimento a nacionalidade pode não ser tão valorizada, mas com passar do tempo ela vai adquirindo maior relevância, a partir de certas necessidades, a exemplo do caso de Ângela que buscava a nacionalidade uruguaia para estudar em Rivera.

Em uma amostra pequena foi possível identificar como várias crianças nasceram em Rivera nesse período. A princípio, o movimento de mulheres buscando saúde em Rivera é maior do que o fluxo contrário, porém, na comparação da qualidade dos serviços prestados pelos dois países, as profissionais brasileiras divergiram: algumas acreditam que certos procedimentos de médicos uruguaio são equivocados, outras apostam que a saúde no Uruguai está mais avançada.

As falas, por vezes, parecem apresentar certas contradições. Os serviços de saúde públicos de Rivera são descritos como melhores em relação aos de Livramento, porém, por vezes a fala é de que não há vantagens em ter a dupla nacionalidade. As profissionais Ângela, Carolina, Sara e Victoria também divergiram em alguns pontos, por exemplo, sobre a atuação dos médicos uruguaio no Hospital Santa Casa e sobre a comparação entre os serviços de Rivera e Livramento. Com isso, fica evidente que cada uma delas fala a partir da sua experiência mais próxima de trabalho e/ou de vida em sentido mais amplo, refletindo novamente a sua posição/situação/lugar.



O SUS tem uma política de atendimento a todo indivíduo em solo brasileiro. Na prática, em alguns serviços, sobretudo nas emergências, há atendimento para os estrangeiros, já nas situações de parto as uruguaianas são encaminhadas para o seu país. Ter a dupla nacionalidade ou ter apenas a carteira de fronteira é outro ponto que causa desencontro de informações para poder ser atendido no SUS, ainda que esse tenha a premissa de que toda pessoa em território nacional deve ser atendida.

Há uma desinformação generalizada, sobretudo em relação às questões legais. Falta de clareza e desinformação podem ocorrer pelo fato de não buscarem acessar esses serviços no país vizinho, por já imaginarem previamente que não serão atendidas. Além disso, não são tomadas medidas para ampliar o acesso a informação por parte da população. Um exemplo disso ocorre quando Aida liga para o ginecologista, durante a entrevista, para saber se os médicos aceitam as solicitações de brasileiras para o aborto legal em Rivera.

Algumas temáticas estavam previstas para serem abordadas de maneira tangencial, contudo, durante os trabalhos de campo, elas tomaram uma proporção maior. É o caso dos processos de abortamento. Em todos os momentos busquei informações sobre as questões relativas ao aborto. Especificamente na entrevista com a Aida, esse tema tomou maior relevância dentro dessa pesquisa. É difícil tematizar a reprodução biológica e não se deparar com a interrupção de gravidez. São temas interconectados e, embora o aborto seja um tema desconfortável e que, por vezes, cause estranhamento para as entrevistadas, quando questionamos sobre ele sempre surgem muitas informações. É uma temática escondida, mas que, quando procurada, sempre há muitos casos e histórias para se contar.

A fronteira é, de fato, até o que pude constatar, uma barreira para as mulheres quando sua necessidade ou opção é pela interrupção voluntária da gravidez. Tanto por não oferecer serviços de aborto legal para os casos previstos em lei, quanto pela impossibilidade do acesso ao aborto pelas mulheres brasileiras fronteiriças em Rivera. Em Livramento, como a enfermeira Victoria informou, não é oferecido o serviço de aborto para as mulheres, nos casos previstos pela lei brasileira. Para ter esse acesso, é necessário deslocar-se para Porto Alegre. Além disso, ficou claro que as profissionais brasileiras não têm maiores informações sobre o aborto, sobretudo no Uruguai.

Sendo assim, revela-se a face cruel de como os corpos femininos são compreendidos e geridos pelos Estados. Como a Aida menciona, o Brasil não

descriminalizou o aborto, então o Uruguai não pode impor-se sobre uma decisão nacional e permitir que as brasileiras de Livramento tenham esse acesso em Rivera. Dessa maneira, é difícil pensar nos inúmeros casos de mulheres mortas de um lado da fronteira, e pensar que, no outro lado, estão trabalhando em perspectiva de morte zero.

### **6.3. Práticas fronteiriças femininas**

A partir das realidades informadas pelas mulheres-profissionais podemos perceber que Livramento também é um lugar de atração de pessoas. Várias das entrevistadas não são naturais de Livramento e deslocaram-se de outras regiões do interior do estado, como as enfermeiras Victoria e Sara. As profissionais de saúde (sendo mães ou não) são dotadas de maiores recursos e melhores condições de mobilidade. Já as mães em sua maioria são de Livramento ou como a Marga, moram há muito tempo na cidade.

A saúde dos filhos, de outros familiares, e a sua própria saúde – essas três dimensões afetam diretamente as vidas das mulheres. Como entrevistei mulheres em condição de pobreza, é nítida a dedicação delas à família, sendo algo muito presente “cuidar dos filhos, cuidar da casa, cuidar do marido”. É notório que são recorrentes os problemas de saúde envolvendo os recém-nascidos, bem como com os demais familiares. Em todos esses casos, há uma grande responsabilidade dessas mulheres-mães no cuidado com as crianças e a família em geral, trabalho que por vezes é pouco conhecido e reconhecido, sendo mal dimensionado por ser exercido justamente por essas atrizes pouco representadas na sociedade patriarcal e capitalista.

A maternidade é importante e desejada na vida dessas mulheres, como as mães Marisol e Elisa declararam. Elas gostam de ser mães, de cuidar dos filhos, de trabalhar em casa e isso é muito legítimo. Entretanto, Alves, Pedroso e Guimarães citam o exemplo de mulheres com câncer de mama e os impactos que isso acarreta do ponto de vista da socialização, como essas mulheres perdem vida social, pois “essa transformação na identidade social e espacial tem como efeito produzir um afastamento do indivíduo da sociedade e de si mesmo” (ALVES *et al*, 2019, p. 15). No caso das mulheres-mães que eu pude entrevistar, a condição da pobreza e demais adversidades, como as necessidades especiais dos filhos, faz com que elas estejam em casa, no lar e é como se a sua existência dependesse ou acontecesse mediante

a maternidade. Há uma relação muito forte aqui com ter filhos, quase que como um mérito: tu és importante ou tu existes por ser mãe.

A fronteira também é cruel para essas mães pelas longas distâncias percorridas e porque as possibilidades do outro lado, por vezes, são poucas. A fala da Ângela sobre as distâncias e a comparação com as cidades de Jaguarão e Pelotas refletem as dificuldades enfrentadas por Livramento estar muito afastada de outras cidades com maiores recursos e não propriamente por ser uma fronteira. Essa constatação corrobora com Adriana Dorfman e Eric Cardin a medicação que “a importância das regiões de fronteira está em serem simultaneamente locais de reafirmação do estado e sinônimo de sua ausência.” (DORFMAN e CARDIN, 2014, p. 34). Sejam as distâncias, o tamanho do país ou o número de habitantes, são todas referências de análise geográfica frequentemente referidas pelas participantes da pesquisa durante as entrevistas.

Tanto em um lugar como no outro, existe uma ampla construção em defesa da vida das mulheres, pelo fim da violência, por acesso à saúde integral, a exemplo dos cartazes encontrados no Centro de Referência da Mulher (figura 15) e no Departamento de Salud de Rivera (figura 16).



**Figura 15:** Quadro de informações no Centro de Referência da Mulher. Fonte: foto tirada por Bruna Cagliari.

O Uruguai tem um avanço nas políticas públicas para mulheres, sobretudo pela descriminalização do aborto. Isso decorre de amplas e históricas lutas travadas pelos movimentos feministas e setores progressistas do país. No caso brasileiro, as lutas sempre existiram e o país avançou nas questões de saúde, a exemplo do SUS e da saúde para as mulheres. No Brasil ainda não conseguimos avançar na demanda pelo aborto legal, por questões religiosas e morais.



**Figura 16:** Cartaz na porta de entrada do Ministerio de Salud Publica. Fonte: foto tirada por Bruna Cagliari.

Por ter sido mencionada pela maioria das entrevistadas, os nascimentos em Rivera marcaram e ainda repercutem na sociedade de Livramento, mesmo tendo se passado mais de 10 anos desde o fechamento do Hospital Santa Casa de Misericórdia. Interessante que depois de anos esse ocorrido permanece na memória e é comentado como uma questão central quando se pensa nos nascimentos na

fronteira, sobretudo para demonstrar/lamentar a ausência do Estado ou sua ineficácia para as demandas locais.

Se a fronteira Livramento-Rivera é cruel pelas suas distâncias, contudo, Rivera salvou muitas mulheres brasileiras na iminência de dar à luz, colocando uma possibilidade para o enfrentamento das adversidades no cenário da saúde em Livramento, o que seria próprio da condição fronteira desse lugar, “que representa tanto restrições na forma da ausência de um serviço quanto a possibilidade de aceder a este na cidade vizinha, nesse caso, noutro país”. (DORFMAN e CARDIN, 2013, p. 37)

Dessa forma, nascimento e a reprodução biológica são práticas femininas fronteiriças. Eles podem se constituir como práticas recorrentes, daquelas mulheres dotadas de maiores informações e possibilidades, como surgirem em situações emergenciais. Fica evidente como as mulheres produzem esse espaço fronteiro em seus percursos para ter (ou não) filhos tendo em vista as possibilidades concedidas pelo que seria uma condição fronteira feminina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS: A CONDIÇÃO FRONTEIRIÇA FEMININA

Em se tratando de uma região marcada pela forte integração, de alguma forma as mulheres-mães conseguem tirar proveito disso. No campo, foi possível ver os conceitos discutidos ao longo do trabalho. A cidadania dual (YUVAL-DAVIS, 1993) é característica central da forma como as mulheres se relacionam com os Estados e produzem a nação. No caso da fronteira Brasil-Uruguaí, cada Estado, à sua maneira, produz políticas públicas e detém controle sobre o corpo de cidadãos. A política do aborto seria o exemplo acabado disso.

Nas situações de maternidade relatadas pelas mulheres-mães identificamos casos de nascimentos que ocorreram em Rivera. Esses casos referem-se a situações emergenciais: mães sendo levadas em ambulâncias para Rivera, sabendo que teriam seus filhos em outro hospital, em outra cidade, no momento do parto. Algumas utilizaram serviços de Rivera posteriormente, já que os filhos também têm a nacionalidade uruguaia, mas não como algo frequente, demonstrando que, para esses casos, a nacionalidade não adquire relevância propriamente no nascimento, mas no decorrer da vida. Entretanto, também identificamos histórias e relatos de vizinhas, amigas ou pacientes que acessaram os serviços em Rivera, em movimentos mais articulados, usufruindo propositalmente da nacionalidade enquanto um recurso.

A realidade se apresenta de forma diversa, contudo, alguns fatores devem ser pontuados. A vivência dessas mulheres em condição de pobreza revela extremas dificuldades e limitações. As condições econômicas ditam os acessos e a mobilidade para essas mulheres, no exercício da maternidade, nos cuidados de saúde, da casa dos filhos, no trabalho doméstico, profissional. Estamos diante de uma fronteira composta por mulheres, mães, negras, assentadas, pobres e esses marcadores são determinantes nas suas experiências de vida.

Outras dificuldades acompanharam esta pesquisa. A pandemia de COVID-19 limitou as saídas de campo e o que foi colocado aqui pode já ter sido modificado devido aos imperativos da pandemia. Vivemos uma grave crise sanitária, política e social, sendo tomados por situações desoladoras de morte, em que a vida foi assumindo diferentes significados. Essa reflexão parece ser muito pertinente para um trabalho que fala justamente sobre nascimento, sobre vida de crianças, vida de

mulheres. Nos diferentes contextos, tudo aponta para a necessidade de reafirmarmos a vida em primeiro lugar, vida digna para todos.

Nas primeiras páginas dessa dissertação, enquanto ainda era um projeto que estava em seu início, vi o movimento *Ni una a menos* tomar as ruas em Buenos Aires, na Argentina, no Brasil, e os noticiários do mundo. Enquanto estou concluindo essa dissertação a luta feminista conquistou o direito ao aborto legal e seguro na Argentina. No Chile, depois de anos, a temática voltou às discussões no Congresso Nacional. Podemos pensar que o Uruguai possa ter sido o pioneiro, o precursor de um processo de luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, pela vida das mulheres, na América Latina. Quem sabe essa maré verde possa chegar ao Brasil para impulsionar a descriminalização do aborto e somar esforços que enfrentamos hoje para defender as nossas vidas.

O aborto até aqui, para meu incômodo, apareceu sempre, como se diz “nas últimas páginas”. Não por menosprezo, ou falta de interesse, longe disso. O próprio andamento da pesquisa foi nos levando a outros caminhos. Na fronteira entre Brasil e Uruguai nota-se explicitamente o encontro de legislações e políticas públicas em saúde distintas, visto que, de um lado, não só é permitido o aborto em qualquer circunstância como existem clínicas que oferecem esse atendimento, enquanto, do outro, o aborto legal é previsto para alguns casos, porém não há a prestação desse serviço no município. Em Livramento não existem serviços de aborto legal e no caso de Rivera, há clínicas estruturadas que prestam esse serviço para a população.

Neste trabalho o aborto aparece sempre por último, mas não por ser menos importante. O embate no Brasil é grande e a disputa está em curso. Entretanto, percebeu-se que a temática se apresentava de maneira complexa, com questões específicas a serem melhor exploradas, além de um grande desencontro de informações. Acredito que é de extrema relevância a continuidade desta pesquisa para que um próximo trabalho possa abordar apenas as práticas de interrupção voluntária da gravidez. Constatar essa limitação e transformá-la é o objetivo: fazer que em uma próxima pesquisa, o aborto seja o tema central, ou melhor, o direito a decidir sobre o próprio corpo e a sua vida.

Nesse sentido, a reapropriação do corpo dominado é entendida aqui como uma possibilidade para a emancipação (SILVA *et al*, 2019), diante de tamanhas injustiças. Para isso os esforços feitos tiveram o objetivo de valorizar as práticas locais e cotidianas dessas mulheres-mães que vivenciam a maternidade de maneira

conflituosa e desafiadora e, ao mesmo tempo, produzir informação e conhecimento como instrumentos básicos para a transformação da realidade. Essa conduta é coerente com a perspectiva descolonial que perpassou essa pesquisa, em teoria e prática.

A integração nesse espaço fronteiriço entre Brasil e Uruguai é necessária, representando inclusive uma questão de sobrevivência em algumas circunstâncias. Essa integração, que em última instância significa a possibilidade de contestar os imperativos dos estados, pode ser uma estratégia para reagir frente a afirmação das soberanias que regulam e controlam os corpos femininos.

Os dados de realidade nos fizeram entrar em contato com uma fronteira do cuidado, da assistência social, da saúde da mulher e de crianças, mais ligada a certas práticas de maternidade, que sofre com as grandes distâncias, que por vezes representa a possibilidade de acesso no país vizinho e que é marcada por grandes dificuldades e limitações. A partir desses elementos pode-se constatar que a cidadania das mulheres é praticada diante de uma condição fronteiriça feminina.

Em uma nota de rodapé, Luciana Hartmann (2010) compartilha uma de suas impressões: “ouvi uma vez de Dona Nilza, moradora de uma estância no lado brasileiro da fronteira, o seguinte comentário: “É lindo morar na campanha [...]”. Fiquei pensando que talvez esse seja o campo das mulheres, a campanha, no feminino.”

Para os fronteiriços e para as mulheres estamos falando de uma cidadania diferenciada (QUADRELLI-SANCHEZ, 2002) ou dual (YUVAL-DAVIS, 1993). Esses dois elementos podem ser agregados para explicar como as mulheres na fronteira Livramento-Rivera agem diante de uma condição fronteiriça feminina. Que se use de todas essas cidadanias para garantir a justiça de gênero (FRASER, 2007), haja visto que “as mulheres da região e as uruguayas também, apresentam suas demandas de exercício de uma cidadania plena, entendida como o direito a ter direitos, quer dizer, como processo, como construção continuada e inacabada” (ROSTAGNOL, 2018, p. 209, t.n.<sup>41</sup>).

---

<sup>41</sup> Las mujeres de la región, y las uruguayas también, presentan sus demandas de ejercicio de una ciudadanía plena, entendida como el derecho a tener derechos, es decir, como proceso, como construcción continua e inacabada. (ROSTAGNOL, 2018, p. 209)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Natália. C.; PEDROSO, Mateus. F.; GUIMARÃES, Raul. B. **Corpos que falam**: interpretações geográficas entre saúde, gênero e espaço. Caderno Prudentino de Geografia (AGB), n. 41, v. 3, pp. 9-24, jul-dez 2019.

BALLESTRIN, Luciana M. de A. **Feminismos Subalternos**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 25, n. 3, pp. 1035-1054, out. 2017.

BRASIL, Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sobre a cidade de Sant'ana do Livramento**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santana-do-livramento/panorama>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde. Uruguai**. Disponível em: <<http://portals.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/uruguai>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama da População de Sant'ana do Livramento**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santana-do-livramento/panorama>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama da População do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pirâmide Etária da População Brasileira 2012/2019**. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BÜHRING, Marcia A. **Direitos humanos e fundamentais, migração nas fronteiras Brasil e Uruguai**: uma análise dos déficits do direito social à saúde da mulher nas cidades gêmeas: Santana do Livramento-BR/Rivera-UR e Chuí-BR/Chuy-UR. Tese (Doutorado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CAMACHO, Jandira Julia Vieira; SALDANHA, Gustavo Segabinazzi. **Programa de atenção integral à saúde da mulher no município de Santana do Livramento: reflexões e constatações**. Sant'ana do Livramento: Trabalho de Conclusão do Curso de Administração. Universidade Federal do Pampa. 2016. Disponível em: <<http://dspace.unipampa.edu.br:8080/jspui/handle/rii/3265>> Acesso em:

CARDOSO, Ana C; HENNEMANN, Gustavo. Grávidas do RS vão ao Uruguai para dar à luz. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 30 de out. 2009. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3010200926.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 17, pp.117-131, 2003.

COLLING, Ana M; LOSANDRO, Antonio T (Org.). **Dicionário Crítico de Gênero**. 2ª ed. Dourados: Editora UFGD, 2019, v. 1. 748p.

COSTA, Ana Maria. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14 n. 4 Rio de Janeiro jul/aug, 2009.

CRESWELL, John. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha, 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, 248p.

CRUZ, Valter Carmo. Geografia e pensamento descolonial: notas sobre um diálogo necessário para a renovação do pensamento crítico. In: CRUZ, Valter Carmo; OLIVEIRA, Denílson Araújo de. **Geografia e Giro descolonial: experiências, ideias e horizontes de renovação do pensamento crítico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra capital, 2017, v. 1, cap. 1, p.15-36

DORFMAN, Adriana. **Contrabandistas na fronteira gaúcha: escalas geográficas e representações textuais**. 2009. 360 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Geografia, UFSC, Florianópolis. 2009.

\_\_\_\_\_. A condição fronteiriça diante da securitização das fronteiras do Brasil. In: NASCIMENTO, D.; REBELO, J. P. **Fronteiras em perspectiva comparada e temas de defesa da Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2013.

\_\_\_\_\_; CARDIN, Eric Gustavo. **Estratégias espaciais do ativismo em condição fronteiriça no Cone Sul**. *Revista Colombiana de Geografia*, v. 23, n. 2, jul, pp. 31-44, 2014.

FRASER, Nancy. **Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao da redistribuição ao reconhecimento e à representação**. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 15, n. 2, pp. 291-308, mai/ago, 2007.

HAESBAERT, Rogério. **Viver no limite: território e multi/territorialidade em tempos de insegurança e contenção**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HARTMANN, Luciana. Do Campo à “Campanha” - Gênero, Performance e Narrativas Oraís na fronteira entre o Brasil e o Uruguai. *Estudos feministas*, v. 18, p. 81-100, 2010.

ILHA, Flávio. Sem autorização, estrangeiros atuam em hospitais da fronteira. **O Globo**. Porto Alegre, 19 jul. 2013. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/sem-autorizacao-estrangeiros-atuam-em-hospitais-da-fronteira-9108016>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LUERSEN, Daniele. **Percepção dos gestores de cidades gêmeas Brasil/Uruguai sobre a descriminalização do aborto**. Pelotas: Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2017.

MARX, Vanessa; CELIBERTI, Lilian. **Diálogo de Mulheres de Fronteira no Contexto da Universidade Popular dos Movimentos Sociais: novas metodologias e agendas**. *Revista Iluminuras*, Porto Alegre, v. 18, n. 43, pp. 119-133, jan/jul, 2017.

MASSARO, Vanessa; WILLIAMS, Jill. **Feminist Geopolitics: Redefining the Geopolitical, Complicating (In)Security**. *Geography Compass*, v. 7, i. 8, pp. 567–577, 2013

MÉLO, José Luiz Bica de. **Fronteiras: da linha imaginária ao campo de conflitos**. Dossiê Sociologias, Porto Alegre, a. 6, n. 11, pp. 126-146, jan/jun, 2004.

MONK, Janice et al. **Place, positionality, and priorities: Experts' views on women's health at the Mexico-US border**. *Health & Place*, v. 15, pp. 799-806, 2009.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, s.1, pp. S25-S32, 1998.

PEREIRA, Martha P. B.; BARCELLOS, Chistovam O território no programa de saúde da família. *Hygeia, Uberlândia*, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, pp.1903-1914, 2018.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. De saberes e de territórios – diversidade e emancipação a partir da experiência latino-americana. In: CRUZ, Valter Carmo; OLIVEIRA, Denílson Araújo de. **Geografia e Giro descolonial: experiências, ideias e horizontes de renovação do pensamento crítico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra capital, 2017, v. 1, cap. 2, p. 38-54.

PRZYBYSZ, Juliana; SILVA Joseli M. **Pesquisar para transgredir: fazendo geografias feministas corporificadas**. *Caderno Prudentino de Geografia (AGB)*, v.3, n. 41, 2019.

PUCCI, Adriano Silva. **O Estatuto da Fronteira Brasil-Uruguaí**. Brasília: FUNAG, 2010, 322p.

QUADRELLI-SANCHÉZ, Andrea. **A fronteira inevitável: um estudo sobre as cidades de fronteira de Rivera (Uruguaí) e Sant'ana do Livramento (Brasil) a partir de uma perspectiva antropológica**. 209 p. Porto Alegre: Tese de doutorado - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRGS, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana Livramento RS. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Sant'Ana do Livramento: Secretaria de Saúde, 2018.

ROSTAGNOL, Susana. **Mi cuerpo es mío. Movimientos de mujeres, derechos sexuales y reproductivos a fines del siglo XX**. In: CELIBERTI, Lilian (editora). *Notas para la memoria feminista. Uruguay (1983-1995)*. *Cotidiano Mujer*. Montevideu, pp. 193-211, 2018.

SANTOS, Thales W.; RAPOZO, Pedro H. C. ; LUNA, Teresa E. C. **Tener el hijo al frente: La búsqueda por servicios obstétricos en la triple frontera amazónica Brasil, Colombia y Perú**. *Revista de Ciências Sociais (UFC)*, v. 49, pp. 25-62, 2018.

SILVA, Maurício Pinto da. **Ações de Cooperação em Saúde na Fronteira Brasil/Uruguai**: Um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Sant'ana do Livramento-Rivera. *In*: DIPROSUL – O direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteira, Pelotas, ago, p. 1-18, 2011.

SILVA, Joseli M.; ORNAT, Márcio J.; JUNIOR, Alcides L. C. **O legado de Henri Lefebvre para a constituição de uma geografia corporificada**. Caderno Prudentino de Geografia (AGB), v. 3, n. 41, 2019.

URUGUAY, *Instituto Nacional de Estadística*. **Censo 2004 Fase I**. Disponível em: <<http://www3.ine.gub.uy/censo-2004-fase-i>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Censos 2011**. Disponível em: <<http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad**. Disponível em: <[http://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=12d80f63-afe4-4b2c-bf5b-bff6666c0c80&groupId=10181](http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=12d80f63-afe4-4b2c-bf5b-bff6666c0c80&groupId=10181)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

URUGUAY, *Ministerio de Desarrollo Social*. **Recursos sociales de frontera**: Rivera / Santana do Livramento.

VELEDA DA SILVA, Susana M. **Geografia e Gênero / Geografia Feminista – O que é isto?**. Boletim Gaúcho de Geografia, Porto Alegre, v. 23, n. 1, pp. 105-110, mar, 1998.

\_\_\_\_\_. **Gender and nation**. *Ethnic and Racial Studies*, v. 16, n. 4, pp. 621-632, out 1993.

\_\_\_\_\_. **Woman and the biological reproduction of “the nation”**. *Women’s Studies International Forum*, v. 19, pp. 17-24, 1996.

\_\_\_\_\_; STOETZLER, Marcel. **Imagined Boundaries and Borders: A Gendered Gaze**. *The European Journal of Women’s Studies*, v. 9, n. 3, pp. 329-344, 2002.

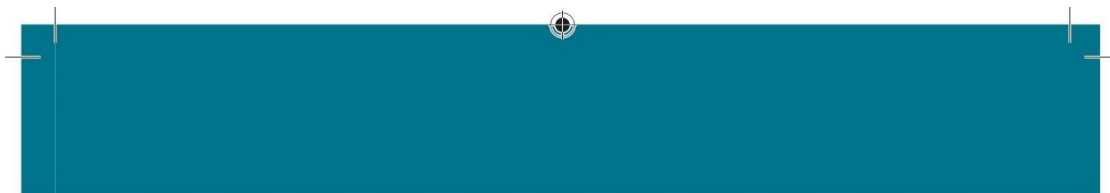
\_\_\_\_\_. **Intersectional Border(ing)s**. *Political Geography*, v. 66, pp. 139-141, 2018.

VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. **O duplo fazer do gênero e do Estado**: interconexões, materialidades e linguagens. Dossiê Gênero e Estado: formas de gestão, práticas e representações, Cadernos Pagu, v. 51, 2017.

VILLAS BÔAS, Bruno. IBGE: Mortalidade infantil cai no Brasil, mas segue longe de padrão desenvolvido. **Valor Econômico**. Rio de Janeiro, 28 nov. 2019. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/11/28/ibge-mortalidade-infantil-cai-no-brasil-mas-segue-longo-de-padrao-desenvolvido.ghtml>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

## ANEXOS

Anexo 1: *Recursos sociales de frontera* - Rivera/Livramento



## Recursos sociales de frontera

.....  
Rivera / Santana do Livramento

## Rivera, Uruguay

### Vulnerabilidad social

#### **Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) - Oficina Territorial**

Atención al ciudadano en situación de vulnerabilidad social en su oficina central así como de forma descentralizada en las localidades de: Tranqueras, Minas de Corrales y Vichadero.

Se integra además por los siguientes institutos y sus respectivas competencias: Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), Instituto Nacional de la Juventud (INJU) e Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores).

Dirigido a toda la población en situación de vulnerabilidad social.

Dirección: Agraciada 728.

Teléfono: 462 - 34917.

Correo electrónico: [rivera@mides.gub.uy](mailto:rivera@mides.gub.uy)

Dependencia: MIDES.

#### **Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (SOCAT)**

Servicio de orientación y consulta al ciudadano en situación de vulnerabilidad social. Promoción de participación. Articulación interinstitucional.

Dirigido a: Población en situación de vulnerabilidad social.

## Santana do Livramento, Brasil

### Vulnerabilidad social

#### **Secretaria Municipal de Assistência e Inclusão Social (SMAIS)**

Atención al ciudadano en situación de vulnerabilidad social.

Dirigido a: Población en situación de vulnerabilidad social.

Dirección: Silveira Martins 892.

Teléfono: 3968 - 1030 / 1037.

Correo electrónico: smasthliv@yahoo.com.br

Dependencia: Prefeitura de Santana do Livramento.

#### **Rede Internacional de Proteção às pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social**

Acciones integradas (personas, asociaciones civiles, grupos e instituciones) para la protección de niños/as, adolescentes y adultos cuyos derechos fundamentales se encuentren vulnerados. Promoción y fortalecimiento de la red integrada de atención de niñas/os y adolescentes en el combate a la violencia.

Dirigido a: niños/as adolescentes, jóvenes, adultos personas con discapacidad, mujeres víctimas de violencia, adultos mayores en situación de riesgo social.

Dirección: Dr. Pio Martins Salgado 662.

Teléfono: 3242 - 2547 / 9962 - 5375.

Correo electrónico: flalevy@terra.com.br

Dependencia: organização da sociedade civil (OSC)

#### **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**

Información y orientación en derechos sociales a ciudadanos y familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Promoción de la participación social.

## Rivera, Uruguay

---

### **SOCAT Kolping:**

Dirección: Avda. Brasil 2006.

Teléfono: 462 - 30572.

Correo electrónico: [socatkolpingrivera@gmail.com](mailto:socatkolpingrivera@gmail.com)

Dependencia: Convenio MIDES con organización de la sociedad civil (OSC).

---

### **SOCAT Mi Salita:**

Dirección: Santiago Queirolo 303

Teléfono: 462 - 23722

Correo electrónico: [socatmisalita@gmail.com](mailto:socatmisalita@gmail.com)

Dependencia: Convenio MIDES con OSC.

---

### **SOCAT Emir:**

Dirección: Gestido 1087.

Teléfono: 462 - 39449.

Correo electrónico: [socatemir@gmail.com](mailto:socatemir@gmail.com)

Dependencia: Convenio MIDES con OSC.

---

### **SOCAT ACJ:**

Dirección: Julio Herrera y Obes 274.

Teléfono: 462 - 24998.

Correo electrónico: [socatacj@gmail.com](mailto:socatacj@gmail.com)

Dependencia: Convenio MIDES con OSC.

---

### **SOCAT ACJ Progreso:**

Dirección: Policlínica La Estiba (Juan Acosta s/n esq. E. Tal) y salón comunal  
Recreo Zabaleta (Lorenzo Gadea s/n esq. F. Romero)

Teléfono: 094 149 667 / 098 826 623.

Correo electrónico: [socatacjprogreso@gmail.com](mailto:socatacjprogreso@gmail.com)

Dependencia: Convenio MIDES con OSC.



## Santana do Livramento, Brasil

---

### **CRAS Prado:**

Dirección: Saldanha Da Gama, 1879 - Barrio Prado.  
Teléfono: 3968 - 1030 Urgencias 8413 - 1639.  
Correo electrónico: crasprado@gmail.com  
Dependencia: Prefeitura de Santana do Livramento - SMAIS.

---

### **CRAS Armour:**

Dirección: Rua Manuel Novais 60, Bairro Armour.  
Teléfono: 3968 - 1033.  
Correo electrónico: crasassistenciasocial@hotmail.com  
Dependencia: Prefeitura de Santana do Livramento - SMAIS.

---

## Rivera, Uruguay

### Programa Cercanías

Abordaje familiar por un equipo multidisciplinario: Equipos Territoriales de Abordaje Familiar (ETAFA).

Dirigido a: la población en situación de vulnerabilidad social.

Dirección: Agraciada 728.

Teléfono: ETAFA Cuaró (091 802 429 - 099 376 030)

ETAFA Plemu (095 337 057 - 093 325 330 - 098 074 070 - 098 732 792).

Correos electrónicos: etafmidesrivera@gmail.com ,

etafcomunidadcuaro@outlook.com

Dependencia: Interinstitucional: MIDES, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), Banco de Previsión Social (BPS).

### Servicio público de atención a mujeres en situación de violencia basada en género

Servicio gratuito para todas aquellas mujeres que se encuentren en situación de violencia basada en género. Procura promover el restablecimiento de los derechos vulnerables de las mujeres adultas buscando prevenir nuevos perjuicios y contribuyendo a la igualdad en las relaciones de género.

Dirigido a: mujeres mayores de 18 años que se encuentren en situación de violencia basada en género.

Dirección: Agraciada 784, planta baja.

Teléfono: 462 - 36387 / (dispositivo móvil) 099 060066.

Correo electrónico: serviciovrivera@hotmail.com

Dependencia Convenio MIDES con OSC.

### Programa Uruguay Crece Contigo (UCC)

Consolidar el sistema de protección a la primera infancia a través de una política que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos.

## Santana do Livramento, Brasil

### **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)**

Atención y abordaje de familias en situación de vulnerabilidad. Equipo multidisciplinario. Atención y acompañamiento a adultos mayores en situación de negligencia y abandono.

Dirigido a: Población en situación de vulnerabilidad social y adultos mayores.

Dirección: Duque de Caxias 1872

Teléfono: 3968 - 1030 - 1037.

Correo electrónico: creas.livramento@yahoo.com.br

Dependencia: Prefeitura de Santana do Livramento - SMAIS.

### **Centro Municipal de Referência da Mulher “Professora Deise”**

Centro de referencia que brinda atención, acompañamiento psicológico - social y orientación jurídica a mujeres en situación de violencia (doméstica, intrafamiliar, sexual, patrimonial, moral, física, psicológica, tráfico, acoso sexual, etc.).

Dirigido a: todas las mujeres.

Dirección: Rua Dos Andradas 115.

Teléfono: 3968 - 1032.

Correo electrónico: centrodereferencialivramento@yahoo.com

coord.mulherlivramento@gmail.com

Dependencia: Coordinación del Gabinete de la Primera Dama - Prefeitura Municipal.

## Rivera, Uruguay

Dirigido a: hogares con mujeres embarazadas y/o niñas y niños menores de 4 años, priorizando situaciones que presentan vulnerabilidad social y/o sanitaria.  
 Dirección: Oficina Territorial, Sarandí 915 - Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP): Faustino Carámbula casi Sarandí.  
 Teléfono: 462 - 22414 / 25877.  
 Dependencia: OPP.

### Jóvenes en Red

Programa interinstitucional que busca promover el ejercicio de derechos de jóvenes desvinculados del sistema educativo y del mercado formal de empleo. Con un abordaje integral, territorial y en comunidad. Dirigido a: adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años que no estudien y no hayan culminado el Ciclo Básico, pertenezcan a hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza, no tengan empleo formal.  
 Dirección: Agraciada 728 (local MIDES)  
 Teléfono: 091 604 988.  
 Dependencia: Coordinación MIDES.

## Documentación - Certificados

### Consulado de Brasil en Uruguay

Apoyo a compatriotas brasileños que se encuentren dentro de su jurisdicción (Rivera y Tacuarembó) en el marco de la Convención de Viena. Legalizaciones de documentos, expedición de carteira de Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) para extranjeros, visados. Cuenta con un sector cultural.  
 Dirigido a: toda la población residente en su jurisdicción.  
 Dirección: Ceballos 1159  
 Teléfono: 3242 2499 (línea Br) / 462 24470 (línea Uy) - Cel: 094 727 220  
 Correo electrónico: consbras.rivera@itamaraty.gov.br  
 Dependencia: Ministério das Relações Exteriores de Brasil (MRE).

## Santana do Livramento, Brasil

### Documentación - Certificados

#### Consulado de Uruguay en Brasil

Asistencia y asesoramiento a compatriotas uruguayos y a ciudadanos brasileños residentes en la jurisdicción, en todo lo vinculado a servicios consulares (repatriaciones, legalizaciones, poderes generales y especiales, permisos de viaje para menores de edad, visas de ingreso de extranjeros, etc.), en el marco de la Convención de Viena. Expedición de documentación para residencia legal (Ley Nº 19.254) para tramitar documentos de identidad ante Identificación Civil a personas extranjeras.

Dirigido a: toda la población residente en su jurisdicción.

Dirección: Avda. Tamandaré 2101 (salas 401, 402, 403)

Teléfono: 462 22461 (línea Uy) / 3242 1416 (línea Br ) Cel.: 8111 8213

Correo electrónico: [cdlivramento@mrree.gub.uy](mailto:cdlivramento@mrree.gub.uy)

Dependencia: Ministerio de Relaciones Exteriores de Uruguay (MRREE).

## Rivera, Uruguay

### Registro Civil

Expedición de testimonios de actas de estado civil, nacimientos, matrimonio y defunción.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Agraciada 570

Teléfono: 462 31900 int. 148

Dependencia: Intendencia Departamental de Rivera (IDR).

### Dirección Departamental de Migraciones

Asesoramiento en materia migratoria. Expedición del Documento Especial Fronterizo (DEF).

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Florentino Sánchez 914

Teléfono: 462 - 24086 / 099 608 528

Dependencia: MI.

### Oficina de Migraciones - Terminal turística

Control de ingreso, permanencia y egreso de extranjeros. Control de egreso y reingreso de uruguayos.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Presidente Viera s/n casi Avda. Sarandí.

Teléfono: 462 - 25254

Correo electrónico: dnm-rivera@minterior.gub.uy

Dependencia: MI

## Santana do Livramento, Brasil

### **Tabelionato**

Servicio notarial. Art. 236 de la Constitución: “Os serviços notariais e de registro são exercidos em caráter privado, por delegação do Poder Público”.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Rua Barão do Triunfo 927

Teléfono: 3242 - 3482

Dependencia: Privado.

### **Cartório Civil**

Inscripción y expedición de partidas de nacimiento, casamiento, defunción y tutelas.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Rua Tomas Albornoz esquina Rivadavia Correia

Teléfono: 3242 - 2075

Dependencia: Gestión privada, supervisada por el Registro Nacional de Cartórios.

### **Policia Federal**

Órgano que tiene como principales atribuciones: asegurar el orden público y social; proteger bienes, servicios e intereses de actores públicos y privados; prevenir y reprimir el tráfico de sustancias / drogas; ejercer funciones de policía marítima, aeroportuaria y de frontera; expedir residencias temporarias y permanentes, Documento Especial Fronterizo.

Dirigida a: toda la población.

Dirección: Silveira Martins 1257.

Teléfono: 3241 - 9000.

Correo electrónico: dpf.liv.srrs@dpf.gov.br

Dependencia: Policia Federal.

## Rivera, Uruguay

### **Dirección Nacional de Identificación Civil (DNIC)**

Expedición y renovación de documento de identidad a uruguayos y extranjeros, y de pasaporte para nacionales uruguayos

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Monseñor Vera 1165

Teléfono: 462 22618

Dependencia: MI

### **Justicia penal y civil**

#### **Juzgados Letrados 1º y 2º turno**

Competencia en justicia de materia penal.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Sarandí 528.

Teléfono: 462 - 25050.

Dependencia: Poder Judicial.

#### **Juzgados Letrados 3er a 6º turno**

Competencia en materia civil: menores, laboral, venias, sucesiones, auxilioria de pobreza y violencia doméstica.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Sarandí 528.

Teléfono: 462 - 23313.

Dependencia: Poder Judicial.

#### **Fiscalías Letradas Departamentales de 1º, 2º y 3º turno**

Fiscalización de expedientes de los Juzgados.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Ituzaingó 443.

Teléfono: 462 25552.

Dependencia: Ministerio de Educación y Cultura (MEC).



## Rivera, Uruguay

### Infancia, adolescencia y familia

#### **Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay Centro de estudio y derivación (INAU/CED)**

Garantiza el ejercicio efectivo de la ciudadanía a todos los niños, niñas y adolescentes como corresponde a su calidad de sujeto pleno de derecho. Rector de políticas referidas a esta población (Supervisión de Centros de Atención a la Infancia y la Familia). / CED: Atención a derivaciones de otros servicios o instituciones. Tiene a su cargo: Línea azul, Hogar infantil, Hogar femenino.

Dirigido a: primera infancia, niñez y adolescencia.

Dirección: Agraciada 592.

Teléfono: 462 - 38028.

Correo electrónico: cedrivera@inau.gub

Dependencia: Servicio descentralizado dirigido por un Directorio (designado por el Poder Ejecutivo).

### Salud

#### **Hospital Departamental de Rivera**

Establecimiento de políticas y estrategias para el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, asegurando la salud colectiva.

Sistema Nacional Integrado de Salud basado en los principios de la Atención Primaria en Salud.

Cuenta con servicio de Asistente Social, atención psiquiátrica y psicológica.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Presidente Viera s/n.

Teléfono: 462 - 23307

Dependencia: Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

## Santana do Livramento, Brasil

### Infancia, adolescencia y familia

#### **Conselho Tutelar**

Protección de derechos de niños, niñas y adolescentes según el Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Orientación, fiscalización y derivaciones. Trabajo en redes a nivel Interinstitucional.

Dirigido a: infancia y adolescencia.

Dirección: Rua Dos Andradas 1157.

Teléfono: 3241 - 2639.

Dependencia: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

#### **CMDCA: Fiscalización al Conselho tutelar**

Fiscalización y contralor de las acciones del Conselho Tutelar con participación igualitaria del gobierno y la sociedad.

Dirigido a: infancia y adolescencia.

Dirección: Rua dos Andradas - Centro de referencia Da Mulher, 2º piso.

Correo electrónico: comdicalivramento@hotmail.com

Dependencia: Prefeitura de Livramento.

### Salud

#### **Hospital Santa Casa de Misericórdia de Livramento**

Atención en salud. Beneficiarios del SUS y convenios privados.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Manduca Rodrigues 295.

Teléfono: 3242 - 2063.

Dependencia: Secretaria da Saúde, Prefeitura de Livramento.

## Rivera, Uruguay

---

### **Dirección Departamental de Salud**

Servicios asistenciales, contralor sanitario, higiene (epidemias, enfermedades infecto-contagiosas)

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Avda. Sarandí 915 .

Teléfono: 462 22414.

Correo electrónico: [ddsrivera@gmail.com](mailto:ddsrivera@gmail.com)

Dependencia: MSP

## Santana do Livramento, Brasil

### **Secretaria da Saúde**

Fiscalización y contralor de temas referentes a la implementación de servicios de salud. Vigilancia sanitaria, epidemiológica y ambiental.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Duque de Caxias entre Silveira Martins y Rivadavia Correa.

Teléfono: 3968 1171.

Correo electrónico: saudelivramento@yahoo.com.br

Dependencia: Prefeitura de Santana do Livramento.

### **Coordenação Municipal de Doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS**

Servicio especializado en tratamiento y atención en DTS, HIV y hepatitis virales. Su principal objetivo es formular y fomentar políticas públicas de forma ética, eficiente y participativa, fundamentadas en los Derechos Humanos y los principios directrices del Sistema Único de Salud (SUS).

Dirigido a: toda la población.

Dirección: Antonio Fernandes Da Cunha 403.

Teléfono: 3968 - 1186.

Correo electrónico: aidslivramento@gmail.com

Dependencia: Secretaria de Saúde - Prefeitura de Santana do Livramento.

### **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Unidad de salud que cuenta con equipo multidisciplinario y brinda atención a patologías mentales. Régimen ambulatorio o internación.

Dirigido a: toda la población.

Dirección: João Manuel 817.

Teléfono: 3908 - 1170.

Dependencia: Secretaria da Saúde - Prefeitura de Santana do Livramento.

## Anexo 2: Objetivos Sanitarios Nacional



# OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2020

**Ministerio de SALUD**

**INTRODUCCIÓN**

Entender la **salud como derecho humano** implica asumir responsabilidades inherentes al Estado en su condición de garante.

La obligación del Estado de definir y liderar políticas, proteger y promover salud no se limita a la atención sanitaria, sino que incluye a otros factores que inciden en la calidad de vida de las personas.

A partir de una serie de problemas de salud de la población priorizados según criterios de magnitud y relevancia, se definieron **Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN)** para orientar la producción de resultados concretos y medibles, en el marco de las perspectivas de derechos, género y generaciones.

### 15 Problemas críticos priorizados

1. Embarazo no deseado en adolescentes.
2. Prematurez y Bajo Peso al Nacer.
3. Elevado índice de cesáreas.
4. Transmisión vertical de sífilis y VIH.
5. Alteraciones del desarrollo en la primera infancia.
6. Problemas nutricionales críticos en la primera infancia.
7. Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica.
8. Morbimortalidad por cáncer.
9. Morbimortalidad por VIH/Sida.
10. Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental.
11. Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral.
12. Violencia de género y generaciones.
13. Dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables.
14. Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas.
15. Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria.

Los OSN ofician como hoja de ruta general, organizando la tarea de todos los actores con una mirada nacional pero sin perder de vista los diversos niveles de la gestión ni la intersectorialidad. A la vez, dan lugar a la definición de Objetivos Estratégicos (OE), con sus correspondientes metas e indicadores, áreas de intervención y líneas de acción.

La definición de OSN significa, en definitiva, un desafío para la política de salud, que apoyada en los logros de estos últimos años de recuperación y transformación del sistema sanitario, identifica un futuro cercano y posible donde la salud de la

PRESIDENCIA  
Borhans Ojeda del Rosario





OBJETIVO ESTRATÉGICO  
**3**

**MEJORAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN DE SALUD EN EL CURSO DE VIDA**



OBJETIVO ESTRATÉGICO  
**4**

**CONSTRUIR UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD**



OBJETIVO ESTRATÉGICO  
**5**

**AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE ATENCIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES**





- ACV      Accidente Cerebro Vascular
- CIH      Comité Infecciones Intrahospitalarias
- COSEPAS      Comisión Seguridad del Paciente
- EPOC      Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- NV      Nacidos Vivos
- SC      Sífilis Congénita
- SNIS      Sistema Nacional Integrado de Salud
- TARV      Terapia Antirretroviral
- TFE      Tasa de Fecundidad Específica
- UPP      Úlceras por Presión

SIGNIFICADO DE LOS SÍMBOLOS EN LAS METAS:      ↓      ↑      »      INSTALAR MANTENER EIECUTAR

Objetivos y Metas Sanitarias centrados en las personas, en la perspectiva de derechos y en los determinantes sociales.



Uruguay, 2015  
[www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

 Ministerio de Salud Pública - Uruguay  
 @MSPUruguay



Anexo 3: Las mujeres tenemos derechos



## Métodos de protección y anticonceptivos

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- Métodos de protección y anticonceptivos en todas las instituciones de salud, sin costo o a costo mínimo.

¿Cómo los conseguís?

En tu consulta anual de ginecología, podés solicitar:

- 13 vales para pastillas anticonceptivas, y/o
- 12 vales para preservativos masculinos o femeninos (cada uno equivale a 15 preservativos), y/o
- anticonceptivos orales para el período de lactancia,
- 3 vales para anticonceptivos de emergencia.

Recordá que tenés derecho a retirar simultáneamente anticonceptivos y preservativos (Decreto 009/2011).

- Realizarse la ligadura de trompas, de forma gratuita, desde los 21 años de edad. No es necesaria la autorización de otra persona para realizarla (Decreto 383/2010).
- A solicitar el Dispositivo Intrauterino (DIU) sin costo. Sólo te deben cobrar el ticket por el método. Quien te atiende, debe colocarlo en la consulta y no realizar un procedimiento aparte.

## Prevención del cáncer genito-mamario

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- Un día al año, libre y pago en el trabajo, para realizarse el Papanicolaou (PAP) y/o mamografía. Siempre debe ser en los plazos recomendados por el Ministerio de Salud Pública (Ley 17.242).
- Ser exoneradas del copago en estudios de PAP siempre que se lo indique su médico (Decreto 210/2013).
- Realizarse la mamografía de forma gratuita 1 vez cada 2 años si tiene entre 50 y 69 años. (Ordenanza MSP 842/2015).
- Recibir la vacuna contra el HPV de forma gratuita, si nació a partir del año 2001.
- Que su médica/o incluya el examen de PAP en los estudios de rutina durante el control de embarazo.

## Embarazo, parto y puerperio

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- Ser acompañadas en el trabajo de parto, parto o cesárea por quien elijan (Ley 17.386).
- Ingresar a cualquier puesto de trabajo sin que le pidan un test de embarazo como requisito (Ley 18.868).
- Concurrir acompañadas por su pareja a los controles del embarazo (Decreto 35/2014).
- Realizarse la ecografía transvaginal y ecografía estructural a costo mínimo durante el embarazo (Decreto enero 2016).
- Contar con asistencia humanizada y en una institución de salud, durante el parto y conocer lo que eso significa.
- Acceder a toda la información necesaria sobre las conductas que se toman durante el control del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.
- Recibir información adecuada sobre los cuidados en el embarazo, el parto y puerperio, así como los cuidados del recién nacido.
- El apoyo y la educación necesaria para el desarrollo de la lactancia.
- Recibir información detallada sobre métodos de protección y anticoncepción adecuada para esta etapa.

## Interrupción voluntaria del embarazo

### Todas las mujeres uruguayas, o con al menos 1 año de residencia en el país, tienen derecho a:

- La interrupción voluntaria del embarazo, siempre que estén cursando hasta 12 semanas de gestación. En caso de violación, la interrupción puede realizarse hasta las 14 semanas de embarazo.
- Recibir la medicación para realizar la interrupción.
- Interrumpir un embarazo, sin fecha límite y por orden médica, si el mismo conlleva grave riesgo de salud, o por anomalías fetales que sean incompatibles con la vida fuera del útero.
- Consultar con una médica/o de cualquier especialidad si desean interrumpir un embarazo, y ser asesoradas por un equipo conformado por un profesional de la ginecología, un profesional de la psicología, y uno del trabajo social, en el mismo día o al día siguiente.
- Ser derivadas de inmediato con un profesional que inicie el procedimiento, si el primero que las atendió, declaró objeción de conciencia. El profesional no puede efectuar juicios de valor o cuestionamientos a la decisión expresada por la mujer.
- Recibir información basada en evidencia científica, para tomar decisiones autónomas, donde no se transmitan juicios de valor ni preconceptos (Ley 18.987).
- Recibir información, realizarse los estudios necesarios y los controles posteriores para la interrupción, cuando se cursa un embarazo de más de 12 semanas. (Ordenanza MSP 369/2004).
- Ir a la consulta, solas o acompañadas, aún siendo menor de 18 años de edad.
- Cambiar de institución en el plazo de 24hs., en caso de que la institución no brinde la prestación, realizando nota ante la Junta Nacional de Salud.
- Denunciar el incumplimiento de alguno de estos derechos por parte de la institución prestadora de salud.

## Reproducción humana asistida

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- Técnicas de reproducción asistida de baja, media o alta complejidad en caso de esterilidad. Esto incluye a mujeres, con o sin pareja (Ley 19.167/2013 Decreto 84/2015). Las técnicas de baja complejidad son cubiertas por su prestador de salud, debiendo realizar un copago. Las de alta complejidad son cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos, con un costo que depende de los ingresos de las personas.

## Violencia doméstica y en las relaciones de pareja

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- Consultar, recibir orientación y atención por el equipo especializado en violencia (Equipo de Referencia en Violencia) de su centro de salud.

Recordá que las situaciones de violencia basada en género se pueden dar en todas las edades y en toda la sociedad.

*¿Cómo darte cuenta si se trata de una relación violenta?*

La violencia puede ser física y también psicológica, sexual o vinculada al dinero. Algunas señales que te pueden ayudar para saberlo:

- te insulta o deja en evidencia delante de otras personas,
- te separa de tu familia y/o amistades,
- no te permite manejar tu dinero,
- te desautoriza frente a tus hijos/hijas,

- cuestiona qué ropa te pones,
- te responsabiliza de los problemas del hogar,
- revisa tu celular o redes sociales,
- te cela, te hace escenas frente a otras personas,
- te obliga a tomar alcohol u otras sustancias aunque no tengas ganas,
- te obliga a tener relaciones sexuales aunque no quieras,
- te saca fotos o te filma en situaciones comprometidas y te amenaza con publicarlo,
- no te permite elegir que método anticonceptivo usar,
- te presiona para no usar condón,
- adopta actitudes de víctima ante otras personas, luego de desarrollar alguna de las conductas anteriores te pide disculpas y/o te hace regalos buscando el perdón.

Podés recibir información y asesoramiento en tu prestador de salud o gratuitamente a través del teléfono 0800 4141 desde un teléfono fijo y a través del \*4141 desde tu celular.

## Violencia sexual

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- Recurrir a la emergencia de su centro de salud para recibir ayuda, en caso de haber vivido una situación de violencia sexual.
- Realizarse, en esa consulta, todos los análisis necesarios y tratamientos preventivos para evitar infecciones de transmisión sexual, así como un embarazo producto de violación.
- Atenderse en los servicios de salud, en las 72 horas posteriores a la situación de violencia. Recordá que es importante recibir la atención en las primeras 6 horas.
- Recibir ayuda del equipo médico para realizar la denuncia policial. La atención es confidencial.
- Recibir asistencia en salud mental.

## Salud mental

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- La atención en salud mental en todos los centros de salud.

#### ¿Cómo accedés a este servicio?

- Tenés que pasar por una entrevista con un equipo (comité de recepción) que evalúa tu caso de forma confidencial. El comité —formado en general por una médica/o y una psicóloga/o— te deriva a atención psicoterapéutica individual o grupal.
- Podés ir sola o acompañada, aun siendo menor de 18 años de edad.
- Para acceder al comité podés pedir hora directamente o tu médica/o puede derivarte.

## ITS-SIDA

### Todas las mujeres en Uruguay tienen derecho a:

- Solicitar test rápidos de sífilis y/o de VIH de forma inmediata y confidencial a su médica/o de referencia.
- Elegir conocer el resultado o no.
- Tratamiento, atención y seguimiento si el resultado fuera positivo.

## **APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas**

### **Roteiro das Entrevistas**

Nesse questionário busco saber, a partir da sua trajetória pessoal e das suas experiências, relatos sobre as práticas do cotidiano das mulheres na fronteira Livramento – Rivera. Dessa forma, gostaria de salientar para que você procurasse dizer se isso acontece por estar em uma fronteira internacional e por ser com uma mulher.

Nesse trabalho o objeto é saber em que medida as mulheres conseguem usufruir desse encontro de Estados, legislações e nacionalidades diferentes que ocorre na fronteira, se isso é possível ou não e de que forma acontece ou não. Podes responder da forma que achares melhor e aquilo que quiseres responder.

#### **Identificação e trajetória pessoal**

- a) Sua idade
  - b) Onde mora? Há quanto tempo mora na fronteira? Por que mora/ou veio morar aqui?
  - c) Onde trabalha?
  - d) Grau de instrução
  - e) Sua nacionalidade
  - f) Sua autodeclaração racial
  - g) Fale sobre sua trajetória pessoal e como é sua vida na fronteira.
- 
- 1) Sendo mulher, há vantagens em viver na fronteira? Da mesma forma, há desvantagens em estar na fronteira para as mulheres?
  - 2) De que forma as mulheres (e você) estão expostas a situações de vulnerabilidade na fronteira?
  - 3) Como o convívio com diferentes territórios, legislações e nacionalidades influencia na sua vida enquanto mulher? As mulheres constroem estratégias para viver na fronteira?

- 4) Quais são as ocupações desempenhadas e as condições de trabalho encontradas pelas mulheres (e você) na fronteira?
- 5) O atendimento de saúde é diferente de um lado e do outro da fronteira? Como funciona?
- 6) As mulheres (você) atravessam a fronteira em busca de atendimento de saúde?
- 7) Os serviços de saúde entre os países estão integrados? De que forma?
- 8) Como as mulheres mães são atendidas? Quais espaços são utilizados? Sob quais condições?
- 9) Quais são os serviços públicos que mais mobilizam as mulheres (e você) a passar a fronteira? Eles são diferentes em ambos os lados?
- 10) As mulheres conseguem usar dessas diferenças? Se possível, cite exemplos.



## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Geociências  
Programa de Pós-Graduação em Geografia

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) senhor(a) \_\_\_\_\_, respeitosamente gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada “A fronteira como um recurso: gênero e nacionalidade na fronteira Brasil-Uruguai”. Essa pesquisa tem como objetivo compreender como a expansão da nacionalidade e a integração dos serviços de saúde são utilizados por mulheres na fronteira Brasil-Uruguai.

A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada, desse modo, sua colaboração para esta pesquisa será respondendo as questões de interesse do estudo.

A pesquisa não apresenta riscos físicos aos participantes. Contudo, o(a) senhor(a) poderá não responder a alguma questão, caso lhe cause algum constrangimento, para assim minimizar os riscos psicológicos. Sua participação será voluntária, podendo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe ocasione algum prejuízo.

Os benefícios desta pesquisa não são obtidos imediatamente, porém, a longo prazo, espera-se que este estudo dê um retorno social relevante e contribua com a formulação de políticas públicas para as mulheres na fronteira.

Seu anonimato será assegurado durante todas as etapas da pesquisa. A identificação dos participantes será realizada por códigos, os dados serão transcritos e analisados com responsabilidade e os resultados utilizados somente para a pesquisa científica. Caso queira identificar-se, assinale aqui ( ).

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido (a) de maneira clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e dos benefícios da presente pesquisa. A pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas até minha completa satisfação e entendimento.

Ciente disso, eu \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa e permito o uso de gravador de voz digital.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

Pesquisadora responsável: Mestranda Bruna Bianchi Cagliari

E-mail: brunacagliar@gmail.com      Telefone: (51) 99964-2877

Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Adriana Dorfman

E-mail adriana.dorfman@ufrgs.br      Telefone: (51) 3308-6337