

**FABRICIA SANTINA DE OLIVEIRA CARISSIMI**

**SAÚDE DA MULHER NA FRONTEIRA OU  
FRONTEIRA NA SAÚDE? LIMITES E  
POTENCIALIDADES POR UMA POLÍTICA DE  
SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇA**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE-MS**

**2025**

**FABRICIA SANTINA DE OLIVEIRA CARISSIMI**

**SAÚDE DA MULHER NA FRONTEIRA OU  
FRONTEIRA NA SAÚDE? LIMITES E  
POTENCIALIDADES POR UMA POLÍTICA DE  
SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇA**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação –  
Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom  
Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de  
Doutora em Psicologia, área de concentração: Psicologia da  
Saúde, sob a orientação da Professora Dra. Luciane Pinho de  
Almeida.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária Mourâmise de Moura Viana - CRB-1 3360

C277s Carissimi, Fabícia Santana de Oliveira  
Saúde da mulher na fronteira ou fronteira na saúde?  
limites e potencialidades por uma política de saúde  
transfronteiriça/ Fabícia Santana de Oliveira sob  
orientação da Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida.--  
Campo Grande, MS : 2026.  
166 p.: il.

Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Católica  
Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2026  
Bibliografia: p. 150-157

1. Saúde. 2. Mulheres. 3. Fronteira. 4. Transfronteirização.  
5. Direitos sociais I. Almeida, Luciane Pinho de. II.  
Título.

CDD: 613.04244

A tese apresentada por **FABRÍCIA SANTINA DE OLIVEIRA CARISSIMI**, intitulada **“SAÚDE DA MULHER NA FRONTEIRA OU FRONTEIRA NA SAÚDE? LIMITES E POTENCIALIDADES POR UMA POLÍTICA DE SAÚDE TRANSFRONTEIRÇA.”**

Como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi aprovada\_\_.

A presente defesa foi realizada presencialmente. Eu Luciane Pinho de Almeida, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

Campo Grande, 12 de dezembro de 2025.

---

Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida  
Profa. Dra. Anita Guazelli Bernardes  
Profa. Dra. Renata Bellenzani  
Profa. Dra. Tatiana Machiavelli Carmo Souza

*À Eudócia de Oliveira Carissimi (in memoriam), minha mãe,  
amiga e mulher de notável trajetória, bem como às demais  
mulheres, em reconhecimento aos processos de luta e resistência  
que todas elas representam, as quais admiro profundamente e  
que me constituem.*

## AGRADECIMENTOS

A expressão de agradecimento e reconhecimento às pessoas, às instituições, bem como às energias e forças do universo que me sustentaram ao longo desta trajetória, reflete a construção desta pesquisa e o meu lugar neste momento de realização pessoal, acadêmica e profissional.

Inicialmente, manifesto minha gratidão às *mulheres* que me constituem e que compõem esta produção escrita. É por elas, para elas e com elas que toda esta investigação se tornou possível. Em especial, agradeço às *mulheres transfronteiriças da região do “Matadouro”, em Porto Murtinho/MS*, bem como às *demais mulheres que habitam o território fronteiriço entre Brasil e Paraguai*, cuja contribuição foi de suma importância para o desenvolvimento deste estudo.

Também nesse universo de mulheres, a minha mais sincera gratidão à *minha orientadora, Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida*, cuja expertise contribuiu significativamente para o aprimoramento deste trabalho. Além de desempenhar suas funções de docente com dedicação e competência, ela demonstrou muito afeto. Mais do que uma orientadora, uma parceira inigualável!

Agradeço às professoras *Dra. Anita Guazzelli Bernardes, Renata Bellenzani e Tatiana Machiavelli Carmo Souza*, cujas contribuições na banca de qualificação foram fundamentais para a construção final da tese.

Sou grata à *minha família* pelo amor, compreensão e suporte incondicional, essenciais para a concretização desta conquista. Em especial, à minha filha “*Rafucha*”, que acompanhou essa jornada comigo dos seus 4 aos 8 anos de idade, tornando cada momento ainda mais significativo, apesar de todos os desafios que se somam à maternagem.

Agradeço também aos/as *colegas e amigos/as* que compartilharam experiências, trocaram ideias e ofereceram afeto, apoio e amor ao longo deste percurso. Em especial, *Ben-Hur Ferreira, Vânia Ribeiro, Luara Quadros, Silmar de Fátima, Erivaldo José e Menssios Leoni*. Vocês são incríveis!

Ao *Fernando Cesar Figueiredo Santiago, Carla Cristina de Souza e Gabriel Nolasco*, expressões vivas de companheirismo, que me fortaleceram e apoiaram em cada etapa desse percurso. Vocês iluminam minha vida!

Agradeço a todos/as os/as docentes e discentes do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, que somaram muitos aprendizados ao longo desta jornada, com menção especial aos/às integrantes do *Núcleo de Inserção Social na Pesquisa (NISP)*, hoje *Núcleo de Extensão na Pesquisa em Psicologia (NEXT-PSI)*.

Também destaco a contribuição das pessoas do *Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-Histórica, Migrações e Políticas Sociais (GPEMPS)* e do *Laboratório de Estudos Psicossociais em Saúde frente a contextos de Desigualdade Social (LEPDS)*, ambos cadastrados no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil – CNPq. Nesse processo, um carinho mais que especial às *acadêmicas de iniciação científica* que estiveram comigo, na certeza de que nossos caminhos, para além de aprendizados recíprocos, foram de laços e afetos: *Edymila Lima Moraes, Iamê Rezende Piotto, Katarina Zampieri Klimpel do Nascimento, Luiza Mansur Costa e Tayla Queiroz Bernardes Correa Ferreira*.

Agradeço, ainda, ao *Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro-Oeste (IBISS-CO)*, parceiro nas atividades realizadas em Porto Murtinho/MS, sobretudo à querida “*Cida*”.

Igualmente à *minha equipe de trabalho e gestão do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Humap-UFMS)*, unidade vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Por fim, agradeço às *instituições e às fontes de financiamento* que apoiaram este trabalho: a *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)* e a *Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (Fundect)*, cuja colaboração foi fundamental para a realização e o sucesso desta pesquisa.

*Muito obrigada a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta Tese e que fazem parte incondicional desta trajetória!*

Esta pesquisa integra o escopo do Projeto da Rede Internacional da América Latina, África, Europa e Caribe (ALEC). No contexto brasileiro, ela é vinculada ao projeto intitulado “Entre flores, espelhos e faces desiguais: a dialética da força feminina nos deslocamentos humanos”, financiado pela Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (Fundect), conforme chamada nº 10/2022 – Mulheres na Ciência Sul-Mato-Grossense. Este projeto possui parecer consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº 6.942.088, CAAE 79220123.9.0000.5162. Também conta com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), cujo projeto desta tese intitulada “Saúde da mulher na fronteira ou fronteira na saúde? Limites e potencialidades por uma política de saúde transfronteiriça”, possui parecer consubstanciado emitido pelo CEP nº 6.583.214, CAAE 76348323.5.0000.5162.

## RESUMO

**Introdução:** As fronteiras constituem espaços relacionais complexos, marcados por intensas interações sociais, culturais, econômicas e políticas. No contexto sul-americano, a implementação de corredores de integração regional, como o Corredor Rodoviário Bioceânico, intensifica processos de mobilidade e transfronteirização. Nesse cenário, as mulheres que habitam as fronteiras vivenciam demandas específicas relacionadas ao acesso à saúde e, com frequência, são desconsideradas pelas políticas públicas e pelo mundo acadêmico. A fronteira Brasil-Paraguai, especificamente as cidades gêmeas Porto Murtinho (Mato Grosso do Sul) e Carmelo Peralta (Paraguai), exemplifica essas dinâmicas. **Objetivo:** Compreender os limites e as potencialidades referentes ao acesso à saúde, vivenciados pela população feminina que habita a fronteira Brasil-Paraguai, integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico, com vistas à construção de uma política de saúde transfronteiriça que contribua para a garantia dos demais direitos sociais inerentes à vida humana. **Metodologia:** Pesquisa participante de base materialista histórico-dialética, articulando as dimensões singular, particular e universal dos fenômenos. Foram utilizados dados sociodemográficos de quarenta e quatro mulheres do território, junto ao Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro-Oeste (IBISS-CO), instituição parceira na pesquisa. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas e rodas de conversa com mulheres transfronteiriças residentes na fronteira entre Porto Murtinho/MS e Carmelo Peralta, nos anos de 2024 e 2025. **Principais Resultados:** A investigação revelou que o acesso à saúde das mulheres transfronteiriças é profundamente marcado por limites estruturais, mas também por potencialidades significativas que foram discutidas em quatro blocos principais: Bloco 1: concepções de saúde, suas determinações e o modo de vida capitalista; Bloco 2: limites estruturais e a exploração capitalista no tripé capital-patriarcal-racista; Bloco 3: consciência coletiva, resistências e práxis feminista; Bloco 4: potencialidades: sujeitas de poder e práxis transformadora. A ancoragem em perspectivas teórico-metodológicas marxista e feminista, operacionalizadas através das categorias de totalidade, contradição, mediação e práxis, revelou-se potente para articular macroestruturas (capitalismo, patriarcado, racismo) e experiências singulares das mulheres transfronteiriças. A análise evidenciou que as relações que permeiam a saúde dessas mulheres não constituem acidentes ou práticas naturalizadas, mas expressões histórica, cultural e socialmente determinadas, inscritas no tripé capital-patriarcado-racismo e, portanto, abertas à contestação e reconfiguração mediante ação coletiva e informada. A ausência de uma política de saúde transfronteiriça abrangente reflete a tendência neoliberal de fragmentação dos direitos sociais. Situar as mulheres como sujeitas de poder, produtoras de saberes e protagonistas permitiu reconhecer que a transformação das realidades fronteiriças envolve processos de luta e resistência coletiva. O território da fronteira, nessa perspectiva, revela-se como potência germinadora, contra movimento à hegemonia do capital. **Considerações finais:** conclui-se que a garantia do direito à saúde para mulheres transfronteiriças é inseparável da construção de uma política de saúde verdadeiramente inclusiva, transformadora e articulada aos demais direitos sociais, como alimentação, educação, trabalho, segurança, habitação e dignidade. Essa construção é tarefa coletiva que ultrapassa fronteiras geográficas, políticas e simbólicas, pois exige a aliança entre mulheres, movimentos sociais e sujeitos/as oprimidos/as na luta por um mundo no qual a saúde, os direitos humanos e a dignidade sejam verdadeiramente universais.

**Palavras-chave:** saúde; mulheres; fronteira; transfronteirização; direitos sociais.

## ABSTRACT

**Introduction:** Borders constitute complex relational spaces, scarred by intense social, cultural, economic, and political interactions. In the South American context, the implementation of regional integration corridors, such as the Bioceanic Road Corridor, intensifies mobility and cross-border processes. In this scenario, women who inhabit border regions experience specific demands related to healthcare access and are frequently unregarded by public policies and the academic world. The Brazil-Paraguay border, specifically the twin cities of Porto Murtinho (Mato Grosso do Sul) and Carmelo Peralta (Paraguay), exemplifies these dynamics. **Objective:** To understand the limitations and potentialities regarding healthcare access experienced by the female population inhabiting the Brazil-Paraguay border, members of the Bioceanic Road Corridor, with a view to constructing a cross-border health policy that contributes to guaranteeing other social rights inherent to human life. **Methodology:** Participatory research based on historical-dialectical materialism, articulating the singular, particular, and universal dimensions of phenomena. Sociodemographic data from forty-four women in the territory were obtained from the Brazilian Institute of Innovations for Healthy Society – Central-West (IBISS-CO), a partner institution in the research. Semi-structured interviews and conversation circles were also conducted with cross-border women residing at the border between Porto Murtinho/MS and Carmelo Peralta, during the years 2024 and 2025. **Main Results:** The investigation revealed that healthcare access for cross-border women is profoundly marked by structural limitations, but also by significant potentialities that were discussed in four main blocks: Block 1: health conceptions, their determinations, and the capitalist way of life; Block 2: structural limitations and capitalist exploitation in the capital-patriarchal-racist tripod; Block 3: collective consciousness, resistance, and feminist praxis; Block 4: potentialities: subjects of power and transformative praxis. The anchoring in Marxist and feminist theoretical-methodological perspectives, operationalized through the categories of totality, contradiction, mediation, and praxis, proved powerful for articulating macrostructures (capitalism, patriarchy, racism) and the singular experiences of cross-border women. The analysis evidenced that the relationships permeating these women's health do not constitute accidents or naturalized practices, but rather historically, culturally, and socially determined expressions, inscribed in the capital-patriarchy-racism tripod and, therefore, open to contestation and reconfiguration through collective and informed action. The absence of a comprehensive cross-border health policy reflects the neoliberal tendency toward fragmentation of social rights. Situating women as subjects of power, knowledge producers, and protagonists allowed recognizing that the transformation of border realities involves processes of struggle and collective resistance. The border territory, in this perspective, reveals itself as a germinating power, a counter-movement to capital hegemony. **Final Considerations:** Concludes that guaranteeing the right to health for cross-border women is inseparable from constructing a truly inclusive, transformative health policy articulated with other social rights, such as food, education, work, security, housing, and dignity. This construction is a collective task that transcends geographical, political, and symbolic borders, as it requires alliances among women, social movements, and oppressed subjects in the struggle for a world in which health, human rights, and dignity are truly universal.

**Keywords:** health; women; border; cross-borderization; social rights.

## ÑEMOMBYKY <sup>1</sup>

**Ñepyrũ:** Umi yvy rembe'y ha'e tenda ijetu'úva oñondivepa haña, ojehechakáva heta joaju tekove rehegua, teko rehegua, viru rehegua ha mburuvicha rehegua. Yvy ape gotyo Amérika-pe, oñemoañetevo tape guasu ombojoajúva tetãnguéra, techapyrã ramo pe Corredor Rodoviário Bioceânico, omombarete tapicha kuéra jeguata ha jehasa peteĩ tetãgui ambuepe. Ko'ã mba'épe, umi kuña oikóva yvy rembe'ype oguereko tekotevẽ ijojaha'yva, ko'yte tesã rehegua, ha heta jey ndojehechakuaái chupekuéra tetã rembiaporãme ni aranduka rehegua ñehesa'yijópe. Pe yvy rembe'y Brasil ha Paraguái mbytépe, ko'yte umi táva joyke'y Porto Murtinho ha Carmelo Peralta, ohechauka porã ko'ã mba'e. **Mba'epota:** Oikuaauka haña umi mba'e ojokóva ha umi ikatúva oipytyvõ tesã rehegua jehupytyrãme umi kuña oikóva Brasil ha Paraguái rembe'ype, oikeva'ekue pe tape guasu Bioceânico-pe, ikatu hañaicha oñemopu'ã peteĩ ñangareko tesã rehegua ohasa tetã rembe'y, oñangarekóva avei ambue teko tekotevẽ rehe tekove rehegua.

**Tape ojeipuruva'ekue:** Kóva ha'e peteĩ tembikuaareka oñondivepa ojapóva, oñemopyendáva mba'e oiko hague ha mba'éichapa oñemoambue ohóvo rehe. Ojepuru marandu tapicha rehegua 44 kuña oikóva upe tetã rembe'ype, oñembyatyva'ekue Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável Centro-Oeste ndive, ha'éva tembikuaareka irũ. Avei oñomongeta hendivekuéra ha ojejapo ñembyaty ñomongeta umi kuña oikóva mokõive tetã rembe'ype, Porto Murtinho ha Carmelo Peralta mbytépe, ary 2024 ha 2025-pe. **Tembiapokue ojekuaáva:** Ojehechakuaa umi kuña oikóva mokõive tetã rembe'ype hasyha ohupyty haña tesã rehegua ñangareko, oĩgui heta mba'e ojokóva, ha upéicharõ jepe oĩ avei heta mba'e ikatúva oipytyvõ. Ko'ã mba'e oñemboja'o irundy hendápe: **1:** Mba'éichapa ojehecha tesã ha mba'éichapa oiko tekove ko árape; **2:** Mba'e tuicháva ojokóva ha mba'éichapa ojejopy tapicha kuéra rehe; **3:** Ñemoirũ ha ñorairõ oñondivepa ha kuña rembipota ñemoañete; **4:** Mba'e porã ikatúva oiko: kuña imbarete ha omoambuéva hekoha. Pe ñehesa'yijõ ohechauka umi apañuái ndaha'ei mba'e oiko rei térã ijeheguiete, ha katu oñemboheko yma guive teko, jepokuaa ha tekohápe. Upévale ikatu oñemoambue umi tapicha oñondivepa oñemoĩvo. Pe ndaipóri peteĩ ñangareko tesã rehegua ombojoajúva mokõive tetã ohechauka mba'éichapa heta jey oñemboja'o tapicha derécho kuéra. Oñemoĩvo umi kuña imbarete ha arandu rekohára ramo, ojehechakuaa yvy rembe'y rehegua ñemoambue oikotevẽha ñorairõ ha ñeha'ã oñondivepa. Ko yvy rembe'y ikatu avei omoheñoĩ pyahu, oñemoĩvo mba'e vai poguýpe. **Ñemohu'ã:** Oñangareko porã haña tesã rehe umi kuña oikóva tetã rembe'ype, tekotevẽ peteĩ ñangareko opavavepe guarã, omoambuéva tekove ha oñembojoajúva ambue teko tekotevẽ ndive, ha'eháicha tembi'u, tekombo'e, tembiapo, py'aguapy, óga ha tekoporã. Ko mba'e ndojejapói peteĩva año rehe, tekotevẽ opavave oñondivepa, ohasávo tetã rembe'y, mburuvicha renda ha apytu'ũ rupi jehechapyre, oikotevẽgui kuña, aty ha umi oñemboykeva'ekue oñorairõ haña peteĩ yvy pyahu rehe, upépe tesã, tekojoja ha tekoporã ha'e haña añetehápe opavavépe guarã.

**Ñe'ẽ iñimportanteva:** Tesã; Kuña; Yvy rembe'y; Jehasa tetã rembe'y rupi; Teko tekotevẽ opavavépe guarã.

---

Este resumo está escrito em guarani paraguaio (avañe'ẽ), língua utilizada por pessoas transfronteiriças no território pesquisado, como forma de valorizar a coprodução do conhecimento. Tradução realizada pelo amigo Irwing Ferreira.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Rotas da integração sul-americana.....	50
<b>Figura 2</b> – Arcos da faixa de fronteira brasileira.....	55
<b>Figura 3</b> – Corredor Rodoviário Bioceânico .....	58
<b>Figura 4</b> – Entrevista individual abril/2024.....	83
<b>Figura 5</b> – Entrevista coletiva abril/2024 .....	84
<b>Figura 6</b> – Roda de conversa junho/2024.....	84
<b>Figura 7</b> – Roda de conversa dezembro/2024 .....	85
<b>Figura 8</b> – Roda de conversa abril/2025.....	85
<b>Figura 9</b> - Gráfico referente à nacionalidade.....	98
<b>Figura 10</b> - Gráfico referente à faixa etária .....	100
<b>Figura 11</b> - Gráfico referente à raça/etnia.....	101
<b>Figura 12</b> - Gráfico referente ao estado civil.....	103
<b>Figura 13</b> - Gráfico referente ao local de moradia .....	105
<b>Figura 14</b> - Gráfico referente ao tipo de habitação.....	107
<b>Figura 15</b> - Gráfico referente à escolaridade .....	108
<b>Figura 16</b> - Gráfico referente à profissão/situação .....	110
<b>Figura 17</b> - Gráfico referente ao benefício/programa.....	113
<b>Figura 18</b> - Gráfico referente à renda .....	115
<b>Figura 19</b> - Gráfico referente aos habitantes na casa.....	116
<b>Figura 20</b> - Gráfico referente à quantidade de filhos e filhas.....	117
<b>Figura 21</b> - Gráfico referente aos problemas de saúde.....	118

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>Trajetórias entrelaçadas e a emergência da temática “saúde das mulheres na fronteira”</b> .....	<b>14</b>
<b>Problematização da pesquisa e opção por uma epistemologia crítica</b> .....	<b>17</b>
<b>Fundamentos teórico-metodológicos e estrutura: uma perspectiva marxista-feminista</b> .	<b>21</b>
<b>1. INTERLOCUÇÕES COM MULHERES, SAÚDE E FRONTEIRAS</b> .....	<b>25</b>
1.1 A mulher na sociedade contemporânea: atravessando contextos e territórios .....	26
1.2 Direitos sociais, saúde e determinação social: marcos históricos e contradições.....	36
1.3 Territórios fronteiriços e mulheres: conceitualizações, resistências e potencialidades .....	42
<b>2. TERRITÓRIOS DE FRONTEIRA: A SAÚDE E AS MULHERES</b> .....	<b>48</b>
2.1 Territorialidades fronteiriças sul-americanas e brasileiras .....	49
2.2 Contradições entre o corredor rodoviário bioceânico e produção de saúde .....	59
2.3 Saúde na fronteira entre Brasil e Paraguai.....	63
<b>3. IDAS E VINDAS DE UM PERCURSO METODOLÓGICO “PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS”</b> .....	<b>72</b>
3.1 Saúde e a dialética da pesquisa.....	73
3.2 Saúde e mulheres no contexto de pesquisa participante .....	76
3.3 Desconstruções e construções na coprodução do percurso de pesquisa .....	79
<b>4. MULHERES, SAÚDE E CONSCIÊNCIA COLETIVA: CONSTRUCTOS PARA UMA POLÍTICA TRANSFRONTEIRIÇA</b> .....	<b>89</b>
4.1 Saúde da mulher no território entre Brasil e Paraguai.....	90
4.2 Limites para o acesso à política de saúde para as mulheres transfronteiriças .....	95
4.3 Vozes femininas e suas “fronteiras”: limites ou potencialidades?.....	121
4.3.1 <i>Bloco 1: Concepções de saúde e a determinação social da saúde</i> .....	121
4.3.2 <i>Bloco 2: Limites estruturais e a exploração capitalista no tripé capital-patriarcal- racista</i> .....	125
4.3.3 <i>Bloco 3: consciência coletiva, resistências e práxis feminista</i> .....	135
4.3.4 <i>Bloco 4: potencialidades: sujeitas de poder e práxis transformadora</i> .....	138
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>142</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>149</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>158</b>

<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	159
<b>APÊNDICE B – Questionário para a coleta de dados</b> .....	161
<b>ANEXO</b> .....	<b>162</b>
<b>ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP</b> .....	163

## **INTRODUÇÃO**

---

## **Trajetórias entrelaçadas e a emergência da temática “saúde das mulheres na fronteira”**

A elaboração de uma tese constitui um percurso que transcende o período de quatro anos de estudo acadêmico, sendo este iniciado em etapas anteriores que se complementam e se entrelaçam. Não se refere unicamente à definição do denominado “objeto de estudo”<sup>2</sup>, mas, sobretudo, à maneira pela qual realizamos nossas escolhas e somos, de certa forma, “escolhidos/as”<sup>3</sup> por elas, ao processo de construção do nosso referencial teórico-metodológico, e à nossa afirmação enquanto sujeitos/as históricos, sociais e políticos. Assim, consideramos relevante destacar alguns aspectos dessa trajetória que evidenciam essa dinâmica, contribuindo para uma compreensão aprofundada do percurso que culmina na produção do conhecimento.

A trajetória de vida pessoal, social e profissional do/a pesquisador/a inevitavelmente se entrelaça com o percurso acadêmico. Considerando que esse viés subjetivo não deva comprometer a objetividade na análise do “objeto” de estudo, reconhecemos que a seleção dos temas de pesquisa, desde a graduação, encontra-se alinhada à nossa trajetória individual, integrando-se às experiências profissionais e ao percurso acadêmico ao longo de nossa história.

Os temas abordados ao longo de nossa formação incluem: durante a graduação em Serviço Social, um estudo realizado em uma instituição de saúde; na graduação em Ciências Sociais, uma investigação sobre homens autores de violência contra as mulheres; na pós-graduação *lato sensu* em Políticas Sociais com ênfase no Território e na Família, o papel da família no processo de envelhecimento com dependência e sua interface com as políticas sociais; no mestrado, discussões acerca de mulheres, violências e feminismo, com foco nas mulheres do campo e da floresta; e, nesta tese de doutorado, questões relacionadas à saúde, às mulheres e às fronteiras.

Essas experiências possibilitaram compreender o quanto tais escolhas, enquanto profissional e trabalhadora social na área da saúde, contribuíram para a construção de uma perspectiva sensível às complexidades sociais. Paralelamente, essas temáticas representam uma reflexão aprofundada acerca da saúde, especialmente no que diz respeito às intervenções que impactam diretamente o processo saúde-doença dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como na interface com as demais políticas públicas e na garantia de direitos. Essas

---

<sup>2</sup> Utilizamos aspas para nos referirmos ao “objeto de estudo”, devido à relação subjetiva envolvida, a qual, longe de estar dissociada do campo da cientificidade, representa uma realidade concreta interpretada a partir dos pressupostos do método científico.

<sup>3</sup> Nossa redação adotará a linguagem que contempla as representações do feminino e do masculino (o/a), exceto quando estivermos referindo às concepções de determinados/as autores/as que, frequentemente, utilizam uma linguagem universalizada de caráter masculino.

questões mostraram-se presentes em nossa área de atuação e reflexão, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada e contextualizada.

Nesse sentido, considerar a saúde como um conceito que abrange uma amplitude temática e que se manifesta em diferentes dimensões, implica compreendê-la além da mera ausência de doenças ou enfermidades. Mais precisamente, demanda um entendimento de bem-estar integral (físico, mental e social) que envolve condições concretas de moradia, alimentação, saneamento básico, transporte, trabalho, renda e outros fatores. Essa concepção encontra respaldo na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes.

Esse conjunto de conceitos e ações relaciona-se diretamente à nossa atuação enquanto assistente social em um hospital universitário público, especificamente no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), unidade vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), na qual atuamos desde 2006.

Assim, a trajetória brevemente descrita aqui se entrelaçou com a construção da temática “saúde das mulheres na fronteira” mediante um movimento marcado por tensionamentos sucessivos e pela existência de contradições estruturais com as quais a prática e a experiência já se confrontavam. O convite realizado por nossa orientadora no primeiro ano do doutorado (2022), para integrar uma pesquisa nos territórios brasileiro e paraguaio (2021-2023), constituiu ruptura epistêmica crucial ao deslocar nosso olhar para a fronteira enquanto categoria de análise capaz de revelar processos dinâmicos e contraditórios que estruturam a experiência de saúde das mulheres. Isso não significou abandonar nossa inserção anterior, mas complexificá-la ao reconhecer que a saúde é simultaneamente dimensão individual, subjetiva e expressão material e objetiva; que as relações sócio-históricas determinam as condições de existência e de vida; e que operam diferenciadamente conforme marcadores de classe, sexo/gênero e raça/etnia.

Essa investigação intitulada “Rede Intersetorial de Políticas Públicas: Saúde, Saberes e Diversidades no Município Fronteiriço de Porto Murtinho/MS”, contou com financiamento da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT), por meio da Chamada n.º 08/2020 – Programa Pesquisa para o US: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS). A pesquisa respondeu aos eixos temáticos “Saúde nas Fronteiras” e “Estudos sobre estratégias de educação em saúde no SUS em áreas de fronteira”, envolvendo a participação de diversos/as pesquisadores/as.

A pesquisa em questão teve como objetivo compreender as principais questões sociais decorrentes das condições enfrentadas pelas populações locais que habitam a fronteira Brasil (Porto Murtinho) – Paraguai (Carmelo Peralta), inseridas no Corredor Rodoviário Bioceânico<sup>4</sup>, bem como analisar a estrutura da rede intersetorial de políticas públicas no campo da saúde. Buscou-se, igualmente, identificar estratégias fundamentadas em práticas de saúde, considerando a diversidade de saberes, a produção de conhecimentos e as respostas às demandas locais. Nesse processo, aproximamo-nos do território e passamos a considerar suas especificidades indispensáveis ao aprofundamento do tema que já vinha sendo estudado por nós, qual seja, a saúde, agora com um recorte ainda mais preciso e situado.

A discussão sobre as particularidades e singularidades da saúde nesses territórios fronteiriços, que implicam no direito à saúde e na denominada “saúde na fronteira”, tornou-se nossa principal preocupação. Essa região apresenta características distintas das demais áreas brasileiras e de outros países, sobretudo em virtude da implementação do Corredor Rodoviário Bioceânico, o que reforça a necessidade de compreender suas especificidades no campo da saúde.

Além disso, determinados grupos experienciam a saúde na fronteira de maneira particularizada, como é o caso das mulheres<sup>5</sup>. A partir de observações locais, bem como nos diversos relatos e narrativas, evidenciamos a presença de vulnerabilidades, riscos, violências e violações de direitos, bem como manifestações de resistência e potencialidades.

Portanto, a temática proposta “saúde das mulheres transfronteiriças”, consolidou-se não apenas por sua relevância intrínseca, mas também por representar uma questão de grande importância no campo da determinação social da saúde<sup>6</sup> e das políticas sociais.

---

<sup>4</sup> O Corredor Rodoviário Bioceânico, também denominado Rota Bioceânica de Capricórnio em algumas localidades que tomam como referência o contexto argentino, constitui-se como uma infraestrutura de transporte de grande relevância estratégica para a integração regional e internacional. Trata-se de um corredor rodoviário com aproximadamente 2.396 quilômetros de extensão, cuja trajetória conecta o Oceano Atlântico aos portos do Norte do Chile, passando pelo Paraguai e pela Argentina. A cidade de Porto Murtinho, em Mato Grosso do Sul, será o ponto de partida dessa rota. A implementação do Corredor tem como objetivo principal promover a redução dos tempos de deslocamento de cargas destinadas às exportações brasileiras para mercados asiáticos, contribuindo assim para a otimização das operações logísticas e o fortalecimento da integração econômica na região. No que diz respeito à denominação “Rota Bioceânica de Capricórnio” no contexto argentino, tal nomenclatura decorre da trajetória específica do corredor naquela região, a qual está associada ao Cerro del Capricornio, uma formação geológica emblemática situada na província de La Rioja. Essa designação simboliza a conexão tanto geográfica quanto simbólica entre os elementos naturais e a infraestrutura de transporte, com o objetivo de promover a integração dos oceanos Atlântico e Pacífico por meio do território argentino. Embora, no Brasil, essa nomenclatura seja incorporada em determinados contextos, optamos por utilizar exclusivamente o termo “Corredor Rodoviário Bioceânico”, sob a compreensão de que essa denominação reflete uma realidade local, ao mesmo tempo em que abrange a dimensão transnacional que caracteriza os países envolvidos na sua implementação.

<sup>5</sup> Optamos por utilizar majoritariamente o termo “mulheres” no plural para enfatizar as diversas manifestações do feminino e reconhecê-las como sujeitos históricos, sociais e políticos. Contudo, o termo poderá ser empregado no singular, em especial quando nos referirmos a um/a autor/a que adote essa configuração.

<sup>6</sup> A discussão sobre determinantes sociais e determinação social da saúde será apresentada ao longo desta tese.

## **Problematização da pesquisa e opção por uma epistemologia crítica**

Nesse contexto, a necessidade de abordar a temática da saúde das mulheres na região de fronteira também foi reforçada ao considerarmos que elas representam a maior parcela da população brasileira e constituem as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme aponta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (Brasil, 2004). Compreendemos, ainda, o protagonismo dessas mulheres enquanto chefes de família, trabalhadoras, mães, esposas/companheiras e parceiras. Ressaltamos que as questões por elas enfrentadas podem ser intensificadas por fatores indissociáveis de classe, sexo/gênero e raça/etnia, bem como pela incidência de violência, discriminação no âmbito das relações de trabalho, sobrecarga decorrente das responsabilidades atribuídas tanto na esfera pública quanto na privada, além de diversas violações de direitos. Esses elementos evidenciam desigualdades sociais e de saúde de grande relevância para a compreensão das complexidades sociais vivenciadas por esse grupo.

A principal política brasileira que orienta as ações de saúde voltadas à mulher é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004. Essa política estabelece diretrizes técnico-políticas específicas para a atenção à saúde das mulheres em território brasileiro, configurando-se como um marco sociopolítico. Sob uma perspectiva de gênero, a PNAISM incorpora princípios fundamentais, como a integralidade, a humanização, a atenção e a promoção da saúde, além de assegurar os direitos das usuárias. Ademais, busca ampliar as ações direcionadas a esse grupo, que historicamente foi excluído das políticas públicas, especialmente no que concerne às suas particularidades e necessidades específicas (Brasil, 2004), reforçando a importância de uma abordagem direcionada à saúde da mulher em territórios de fronteira.

A relevância estratégica dessa discussão manifesta-se, ainda, em sua convergência com três dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), os quais integram o conjunto de 17 metas voltadas aos principais desafios de desenvolvimento enfrentados pelo Brasil e pelo mundo. A proposta é que esses objetivos contribuam para a implementação da Agenda 2030 no contexto nacional.

Especificamente, esta pesquisa aproxima-se do Objetivo 3: Saúde e Bem-Estar – garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e promover o bem-estar de todas as pessoas, independentemente da faixa etária. Além disso, conecta-se, igualmente, ao Objetivo 5: Igualdade de Gênero – alcançar a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, bem

como empoderar todas as mulheres e meninas, e ao Objetivo 10: Redução das Desigualdades – diminuir as disparidades existentes tanto dentro dos países quanto entre eles.

Todos esses aspectos foram se delineando em consonância com as múltiplas atividades desenvolvidas no âmbito do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (PPGPSI-UCDB), na área de concentração em Psicologia da Saúde. Essas atividades incluem disciplinas obrigatórias e eletivas, atividades complementares, estágio de docência, participação em eventos científicos, produções acadêmicas, orientações, entre outras. Nesse contexto, a problemática de pesquisa foi amadurecida de forma a alinhar-se à área de concentração do PPGPSI-UCDB, refletindo as múltiplas facetas da ciência psicológica na interface com o campo da saúde e em diálogo com outras ciências humanas, bem como com as ciências políticas, econômicas e sociais.

Paralelamente, a temática também se consolidou por meio da participação e das reflexões promovidas pelo Laboratório de Estudos Psicossociais em Saúde frente a Contextos de Desigualdade Social (LEPDS) e pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Teoria Sócio-Histórica, Migrações e Políticas Sociais (GEPEMPS), ambos cadastrados no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil (CNPq). Essas atividades envolveram discentes de graduação e pós-graduação em Psicologia e áreas afins, bem como profissionais e convidados/as, sob a coordenação da Professora Orientadora, Dra. Luciane Pinho de Almeida.

Dessa maneira, a temática da “saúde da mulher na fronteira” emergiu e consolidou-se a partir das inquietações desta pesquisadora, sendo reconhecida como uma questão relevante no campo das ciências sociais e da saúde, dada a complexidade e as especificidades inerentes a esse segmento populacional e aos territórios fronteiriços.

Além disso, ao longo do percurso da pesquisa bibliográfica, especialmente na fase que precedeu a definição do “objeto de estudo”, constatou-se a necessidade de estudos específicos que abordassem esse recorte e a ausência de discussões fundamentadas na escuta e na experiência da população local.

Trata-se de realizar uma “*pesquisa com*” a população, cuja expressão foi cunhada por Marcia Moraes (2010). Esse tipo de pesquisa representa uma ruptura com o paradigma positivista que, historicamente, se constituiu como modelo hegemônico nas ciências sociais, sustentando-se em uma pretensa neutralidade e em uma separação rígida entre sujeito e objeto. Essa tradição, descontextualizada de seus fundamentos sociais, históricos e culturais, produziu o que se convencionou chamar de “falsa neutralidade científica”.

Em contraposição a essa lógica, propõe-se aqui um modo de pesquisar com, conforme defende Márcia Moraes (2010), isto é, um gesto investigativo que se constrói no encontro, na

escuta e na implicação com aqueles e aquelas que habitam o território. Pesquisar com é estar junto, é partilhar o processo de produção de conhecimento como experiência viva, reconhecendo os saberes locais e as práticas cotidianas como potentes formas de elaboração teórica e práxis social. Assim, o conhecimento deixa de ser extraído do outro e passa a ser tecido entre, num movimento ético-político que rompe com o modelo vertical e colonizador de pesquisa.

Assim, acreditamos que a pesquisa participante/ação, fundamentada na escuta qualificada e na valorização da experiência local, com adoção de uma abordagem que considere as mulheres enquanto sujeitas sociais, históricas e políticas, aliada à perspectiva de inserção social na investigação<sup>7</sup>, coaduna com os pressupostos teóricos-metodológicos adotados e pode contribuir para a revelação de dados pouco explorados, sobretudo quando observados a partir da ótica daqueles/as que efetivamente vivenciam e constroem suas próprias experiências de vida e saúde.

Representa, portanto, um giro epistêmico, caracterizado pela integração entre teoria e prática, entre conhecimento científico e saberes populares construídos coletivamente, entre investigação e ação. Trata-se de um movimento que desafia a hierarquia moderna-colonial-hegemônica de produção de conhecimento, questionando o monopólio eurocentrado da ciência e reconhecendo a legitimidade de outros modos de saber e existir. Nesse sentido, o “pesquisar com” (Moraes, 2010) adquire dimensão política e pedagógica: implica descolonizar o olhar e o método, deslocando o/a pesquisador/a de uma posição de autoridade para uma postura de escuta e coautoria. Essa perspectiva torna-se, assim, uma ferramenta potente para leituras críticas e transformadoras da realidade social, comprometida com a construção de um conhecimento situado, insurgente e plural, realidade essa vivenciada pelas mulheres transfronteiriças.

Diante do exposto, tornou-se fundamental promover uma reflexão acerca da saúde da mulher na região de fronteira compreendida entre o Brasil (Porto Murtinho/MS) e o Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico, bem como sobre os impactos e reflexos dessa dinâmica para as mulheres residentes nesse território.

---

<sup>7</sup> Entende-se inserção social como extensão universitária na indissociabilidade entre teoria e prática no universo acadêmico de uma Instituição de Ensino Superior, adquirindo destaque na pós-graduação ao longo dos últimos anos. De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 07, de 18 de dezembro de 2018, que estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira, a extensão é definida como: “[...] a atividade que se integra à matriz curricular e à organização da pesquisa, constituindo-se em processo interdisciplinar, político educacional, cultural, científico, tecnológico, que promove a interação transformadora entre as instituições e ensino superior e os outros setores da sociedade, por meio da produção e a aplicação do conhecimento, em articulação permanente com o ensino e a pesquisa” (Brasil, 2018, art. 3º).

Considerando as particularidades da região de fronteira no que se refere às questões de saúde para as mulheres, propomos como problema de pesquisa a seguinte questão: “Como ocorre o acesso<sup>8</sup> aos serviços de saúde para a população feminina<sup>9</sup> na fronteira entre o Brasil (Porto Murtinho) e o Paraguai (Carmelo Peralta), sob a perspectiva das políticas públicas e da garantia do direito à saúde?”

Partimos da hipótese de que há necessidade de uma política de saúde ampla e, sobretudo, voltada às mulheres, de caráter transfronteiriço, que transcenda os acordos bilaterais e, por vezes, informais entre os países, sendo capaz de atender às demandas em contextos de vida e saúde dessa população. Dessa forma, essa política deve garantir o direito universal à saúde, como direito inerente à vida humana, para todas as pessoas que vivem em território brasileiro, acima do que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, definimos como objetivo principal “Compreender os limites e as potencialidades referentes ao acesso à saúde, vivenciados pela população feminina que habita a fronteira Brasil (Porto Murtinho) – Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico, visando à construção de uma política de saúde transfronteiriça que contribua, igualmente, para a garantia dos demais direitos sociais inerentes à vida humana”.

Associados a ele, os objetivos específicos são: “Apreender como ocorre o acesso à política de saúde das mulheres que habitam a fronteira Brasil (Porto Murtinho) – Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico;” “Mapear os equipamentos, dispositivos e serviços que compõem a rede intersetorial de saúde dos municípios de Porto Murtinho/BR e Carmelo Peralta/PY que atendem a população local e fronteira, com ênfase nas mulheres;” “Identificar os principais limites e dificuldades enfrentadas pelas mulheres no território de fronteira entre Brasil e Paraguai para o acesso à política de saúde na sua integralidade;” bem como “Verificar as principais estratégias, alternativas e potencialidades

---

<sup>8</sup> Inicialmente, convém mencionar a definição da categoria acesso no SUS, reservando outras questões para discussões subsequentes nesta tese: “No âmbito de Política Nacional de Atenção Básica, a unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente à necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.” (Brasil, Ministério da Saúde, 202, p. 2-3).

<sup>9</sup> Mantemos o termo “população feminina” conforme originalmente previsto no projeto de pesquisa, no entanto, ao longo do desenvolvimento do estudo, o entendimento ampliado e conceitual de “mulheres”, associado às dimensões de sexo/gênero, que serão discutidas posteriormente, consolidou-se como uma abordagem mais apropriada para a análise. Isso também se mantém no objetivo do estudo.

encontradas pelas mulheres que transitam entre Porto Murinho e Carmelo Peralta para o acesso aos programas, serviços e políticas de saúde;” e “Elencar indicativos que visem à construção de uma política de saúde transfronteiriça que abarque as especificidades e particularidades da população feminina em território de fronteira”.

A exposição desses elementos que delimitaram o objeto de estudo e o contexto da pesquisa é fundamental para a compreensão do referencial teórico-metodológico adotado, que, neste caso, fundamenta-se na perspectiva marxista e feminista, bem como no método materialista histórico-dialético.

### **Fundamentos teórico-metodológicos e estrutura: uma perspectiva marxista-feminista**

Diante disso, é importante considerar dois pontos centrais: a relação sujeito-objeto e a teoria-prática, no contexto em questão. Tonet (2013) afirma que o método científico moderno passou por transformações ao longo do tempo, impulsionadas pela necessidade de fundamentar ontologicamente a problemática do conhecimento. Nesse sentido, cada paradigma deve ser compreendido em sua configuração histórica e social, considerando sua origem, natureza, funções exercidas e o papel que desempenha na reprodução do ser social.

Segundo o autor, as abordagens relativas ao conhecimento apresentam uma diversidade de perspectivas, permeadas por continuidades e rupturas. Essas abordagens tiveram início na filosofia grega para o mundo ocidental e naquilo que se tornou hegemônico como ciência moderna eurocêntrica, mas foi Karl Marx quem estabeleceu os fundamentos de um paradigma científico-filosófico radicalmente inovador no mundo eurocêntrico, a partir das demandas da classe trabalhadora. Esse paradigma possibilita uma compreensão totalizante da realidade social, articulada a um projeto histórico de superação da sociedade de classes, da exploração e das desigualdades. Em última análise, trata-se de um projeto de realização humana para todos, de caráter essencialmente universal (Tonet, 2013).

A nova abordagem de produção de conhecimento, conforme delineado por Tonet (2013), representa uma transformação na sociabilidade e um novo padrão cognitivo relacionado à compreensão da realidade social e à sua aplicabilidade prática, cujos pressupostos demandam uma transformação radical da sociedade. O paradigma marxiano, por sua vez, fundamenta-se na ontologia do ser social, entendida como uma construção teórica e uma tradição ideológica originada pelas demandas da classe trabalhadora diante de uma realidade existente.

Dessa forma, a partir dessa gênese conceitual, aprofundamos os pressupostos que norteiam nossa trajetória de pesquisa, reconhecendo que não há método científico desvinculado

de uma ontologia subjacente. Nesse processo de construção do conhecimento, voltado para um “objeto” histórico e socialmente construído, consideramos sua matriz fundante na categoria trabalho, a qual sustenta as discussões presentes nesta investigação, com ênfase especial na condição das mulheres na sociedade contemporânea.

Evidencia-se a necessidade de produzir conhecimento acerca do mundo e de promover uma interação dialética com a realidade social, reforçando assim a relação intrínseca entre teoria e prática. Segundo Lessa (2014), também inspirado por Marx, nenhuma atividade humana escapa à síntese entre pensamento e transformação do real, assim como toda ação é orientada por uma prévia ideação. Nesse sentido, a especificidade ontológica do ser social reside em sua capacidade teleológica de transformar a realidade de maneira intencional.

Essas considerações sintetizam a perspectiva teórico-metodológica adotada nesta tese, a qual também evidencia a postura política presente em todos os capítulos que a compõem: o marxismo feminista. Essa abordagem congrega características fundamentais, destacando-se, especialmente, aquilo que descreve Teles (2020, p. 101):

[...] O feminismo marxista, formulador de teorias e práticas, articuladas com os movimentos sociais de mulheres se dispõem a levar adiante a luta pela igualdade de gênero, de raça/etnia, anticapitalista, integrada às questões de classes e das desigualdades sociais. [...].

Essa constitui a principal orientação que fundamenta nossa investigação e nossa escrita. Embora existam outras perspectivas que também valorizam lutas semelhantes, acreditamos que a abordagem marxista seja capaz de tecer reflexões teórico-práticas sobre as questões contemporâneas utilizando as categorias essenciais propostas por Marx: totalidade, historicidade, dialética, contradição e mediação. Essa perspectiva permite uma compreensão abrangente de todas as dimensões da vida humana, tanto em sua esfera objetiva quanto subjetiva, que estarão presentes nos capítulos que compõem esta tese.

Antes de adentrar na apresentação dos capítulos, convém enaltecer o processo de qualificação desta tese, no qual obtivemos contribuições fundamentais que moldaram a perspectiva teórico-metodológica e a versão final da escrita. Dentre as inúmeras contribuições, destacamos a consolidação da perspectiva de saúde coletiva e os fundamentos ontológicos do método marxista, possibilitando maior rigor na articulação entre determinação social da saúde e materialismo histórico-dialético, com a Professora Dra. Renata Bellenzani. Também a participação da Professora Dra. Tatiana Machiavelli Carmo Souza, que nos provocou a aprofundar a reflexão crítica sobre as mulheres, instigando-nos a incorporar o conceito de gênero articulado às relações sociais de sexo, reconhecendo seu potencial político e epistemológico, bem como os saberes construídos e a “*pesquisa com*” as mulheres por meio

da pesquisa participante, situando o rompimento com a lógica tradicional de pesquisa “sobre” as mulheres. E a Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes, que reafirma essa vertente e nos provocou a pensar “perspectivas outras”, também pela valorização dos saberes populares, comunitários e ancestrais que sempre existiram e não foram reconhecidos pela ciência moderna e eurocêntrica, para os contextos latino-americanos, marcados pela exploração estrutural e desigualdades decorrentes da colonização, que continuam a influenciar nossa história do tempo presente e, conseqüentemente, as condições de vida das mulheres transfronteiriças.

Essas contribuições foram essenciais para que esta investigação se consolidasse não apenas como um exercício acadêmico, mas como um posicionamento político-epistemológico coerente com o marxismo feminista e comprometido com a transformação social.

Esta Tese está estruturada em quatro capítulos principais e subsequentes a esta Introdução. O primeiro capítulo, “Interloquções com mulheres, saúde e fronteiras” apresenta um panorama ampliado e de caráter universal acerca da condição da mulher na sociedade, fundamentado no referencial teórico-metodológico adotado neste estudo. Nesse capítulo, reconhecem-se os diferentes marcadores sociais que estruturam as relações sociais sob uma lógica concreta e material, com ênfase nos aspectos de classe, sexo/gênero e raça/etnia. Além disso, esse mesmo referencial reconhece as mulheres enquanto sujeitas histórico-sociais e políticas, atuantes na luta pelo direito à saúde e à vida, em distintos contextos. Particularmente, destaca-se a relevância dos territórios de fronteira como cenários específicos para a contextualização dessa discussão.

“Territórios de fronteira: a saúde e as mulheres”, o segundo capítulo, apresenta essa região como inserida em um contexto global de desenvolvimento econômico-comercial, impulsionado pela implementação do Corredor Rodoviário Bioceânico. Contudo, evidencia-se que existem complexidades sociais, as quais revelam a determinação social da saúde envolta para grupos particulares, como as mulheres abordadas neste estudo. Além disso, o capítulo explicita a análise fundamentada na perspectiva marxista e feminista, à luz do materialismo histórico-dialético, bem como os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa. Essa abordagem permite compreender as contradições presentes em um contexto que é, simultaneamente, universal, particular e singular.

“Idas e vindas de um percurso metodológico ‘para além das fronteiras’” é o terceiro capítulo, o qual apresenta os fundamentos teórico-metodológicos que sustentam esta investigação, articulando a dialética materialista histórica com a pesquisa participante no contexto específico da saúde das mulheres transfronteiriças. Discute como a compreensão da saúde enquanto objeto de investigação exige um posicionamento metodológico que reconheça

a dialética inerente ao processo de produção do conhecimento, argumentando que a pesquisa sobre saúde, particularmente em contextos de fronteira, torna-se ela mesma um espaço de contradição, tensão e possibilidade, onde a investigação não se dissocia da práxis social.

Nesse capítulo aborda-se, também, como a metodologia participante recusa a dicotomia sujeito-objeto e a “falsa neutralidade” do positivismo, fundando-se no pressuposto de que o conhecimento é produzido “com” aqueles/as que vivenciam concretamente as realidades investigadas, reconhecendo as mulheres não como “objeto de estudo”, mas como produtoras de saber e sujeitas histórico-sociais capazes de interpretar, questionar e transformar suas próprias condições de vida e saúde. Reflete, ainda, sobre o significado político e epistemológico da designação “nossa pesquisa,” explicitando que esta investigação foi realizada “com” as mulheres, que suas vozes, saberes e experiências são constitutivos da própria pesquisa, e que o conhecimento produzido pertence à comunidade, funcionando como ferramenta potencial para transformação social. Esse capítulo que foi estruturado diretamente a partir das contribuições realizadas em banca de qualificação que nos permitiu fundamentar uma postura político-epistemológica que permeia toda esta tese de que é o compromisso com uma investigação que se integra à luta das mulheres transfronteiriças pelo direito à saúde e à vida, reconhecendo a articulação entre teoria, método e práxis transformadora.

O último capítulo, intitulado “Mulheres, saúde e consciência coletiva: constructos para uma política transfronteiriça”, apresenta as singularidades e particularidades das mulheres transfronteiriças entre o Brasil e o Paraguai, a partir da realidade investigada. Nesse contexto, são destacados os limites identificados e atravessados pelos marcadores sociais mencionados, sob a égide de condições materiais e concretas que estruturam as condições de vida dessas mulheres. Além disso, são evidenciadas as potencialidades manifestadas por meio de formas de resistência e engajamento em lutas cotidianas, fundamentadas na consciência e na compreensão de sua condição de mulher no mundo. Esses elementos permeiam a busca pelo acesso e reconhecimento do direito à saúde, que se particulariza neste território e para essas mulheres. Essa análise evidencia a necessidade premente de uma política de saúde transfronteiriça.

## **1. INTERLOCUÇÕES COM MULHERES, SAÚDE E FRONTEIRAS**

---

## 1.1 A mulher na sociedade contemporânea: atravessando contextos e territórios

A abordagem sobre saúde das mulheres, em qualquer contexto ou território, exige uma compreensão ampliada dos constructos sociais e históricos que moldam sua constituição enquanto ser social<sup>10</sup>. O autor que inaugura a discussão acerca da origem da opressão das mulheres sob a perspectiva marxiana é Friedrich Engels, na sua obra clássica “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, escrita originalmente em 1884. Nesse trabalho, Engels associa o surgimento dessas três esferas: família, propriedade privada e Estado, cuja ordem cronológica não é apresentada de forma aleatória. A obra foi publicada um ano após a morte de Karl Marx e, embora assinada por Engels, fundamenta-se nos escritos e anotações deixados por Marx.

Pela primeira vez, apresenta-se uma análise crítica e uma compreensão histórica dos modos de organização da vida social, na qual as relações entre os sexos transcendem os fundamentos biológicos tradicionais, oferecendo um olhar específico para as mulheres nesse cenário. Nessa obra, Engels afirma que a constituição histórica dessas três esferas ocorreu no contexto do pensamento burguês liberal, que atribuía papéis considerados naturais e imutáveis aos homens e às mulheres. Além disso, relaciona a exploração de classe e a opressão das mulheres ao desenvolvimento do capitalismo.

Segundo Siqueira e Pereira (2020, p. 115), esta obra representou “definitivamente na história do pensamento social a desnaturalização da inferiorização do sexo feminino e a dessacralização da família, revolucionando os estudos sobre a opressão da mulher, comumente marcados pelo essencialismo e biologicismo”. Ainda assim, é importante reconhecer que quase dois séculos depois, a família continua sacralizada e a mulher subjugada.

A obra, de caráter histórico, social e político, evidencia que a opressão machista constitui um fenômeno transitório, ou seja, o patriarcado e a organização familiar nuclear e monogâmica não foram configurações permanentes na história da humanidade, muito embora tenham se solidificado na relação capital-patriarcado ao longo do tempo. Em uma relação dialética, como construções humanas, essas instituições são passíveis de transformação e superação (Siqueira & Pereira, 2020), aspecto que será abordado posteriormente.

Para Engels (1979, p. 22). “[...] o primeiro antagonismo de classe que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre o homem e a mulher na

---

<sup>10</sup> O conceito de ser social fundamenta-se em uma perspectiva ontológica marxiano-lukacsiana, a qual reconhece homens e mulheres como seres humanos sociais, históricos e políticos. Nesse entendimento, o trabalho constitui uma premissa central na gênese desse ser, operando uma transformação no mundo natural que possibilita a emergência de novas relações sociais, objetivas e subjetivas.

monogamia, e a primeira opressão de classe coincide com a opressão do sexo feminino pelo sexo masculino.”. Esses antagonismos “coincidentes” são esclarecidos por Cisne (2018) como decorrentes dos interesses dominantes relacionados à garantia e à reprodução da propriedade privada e da força de trabalho, indicando que as relações de classe estão atravessadas por relações de poder e dominação do sexo masculino sobre o feminino.

Embora seja amplamente reconhecido que essa obra inaugura as discussões acerca da origem da opressão das mulheres, é importante destacar outra produção do mesmo autor, anterior a ela, que abordava a condição da classe trabalhadora na Inglaterra durante o contexto de ascensão da sociedade industrial no século XIX. Essa obra também oferece uma análise específica sobre a situação das mulheres (e das crianças), evidenciando as particularidades e desigualdades inerentes às experiências de classe. Para tanto, selecionamos três trechos dentre os inúmeros relatos apresentados por Engels:

[...] Numa família em que todos trabalham, cada um pode contentar-se com um pagamento proporcionalmente menor e a burguesia, com vistas na redução dos salários, aproveitou-se largamente da oportunidade, propiciada pela mecanização, de empregar mulheres e crianças. [...] (Engels, 2010, p. 119)

[...] As mulheres, em sua maioria, voltam à fábrica três ou quatro dias após o parto e, naturalmente, deixam o bebê em casa; na hora das refeições, correm até lá para amamentá-lo e comer algo – e não é difícil imaginar em que condições ocorre esse aleitamento! Iorque Ashley resume as declarações de algumas operárias: M. h., de vinte anos, tem duas crianças; a menor é um bebê, que fica aos cuidados do mais velho; ela sai para a fábrica pouco depois das cinco horas da manhã e retorna às oito da noite; durante o dia, o leite escorre-lhe dos seios, ensopando-lhe o vestido. M. W. tem três crianças; sai de casa por volta das cinco horas da manhã de segunda-feira e só retorna no sábado, às sete horas da noite; no seu regresso, tem tanto a fazer pelas crianças que não pode se deitar antes das três horas da manhã; às vezes, a chuva parece molhar-lhe até os ossos e ela trabalha nesse estado; afirma: “Meus seios me causam dores terríveis e com frequência escorrem a ponto de me deixarem molhada”. (Engels, 2010, p. 182)

Os efeitos do trabalho nas fábricas sobre o organismo feminino são particulares. As deformações físicas, consequência de um trabalho muito prolongado, são ainda mais graves nas mulheres: deformações na bacia, seja por uma má posição dos ossos da bacia ou por seu desenvolvimento defeituoso, seja por desvios na parte inferior da coluna vertebral, manifestam-se geral e frequentemente como resultantes do excessivo trabalho fabril. [...] (Engels, 2010, p. 197).

Esse retrato evidencia a forma pela qual, nos primórdios da constituição da sociedade capitalista, as mulheres (e as crianças) enfrentaram uma exploração do trabalho ainda mais intensa, caracterizada por trabalhos árduos e precarizados, salários inferiores e baixos, jornadas extenuantes, bem como consequências físicas e psicológicas decorrentes dessas condições. Apesar de conquistas com direitos trabalhistas e de outras dimensões para as mulheres, é possível afirmar de forma análoga que as mulheres permanecem atravessadas por relações de exploração e desigualdades. Assim, essa reflexão torna-se imprescindível ao abordarmos o

trabalho enquanto categoria fundamental do ser social e sua transformação com o advento do capitalismo, permeando as relações sociais de sexo.

A perspectiva adotada parte da concepção dos estudos marxistas de que a sociedade é constituída, de forma histórica e social, por homens e mulheres enquanto seres sociais, sendo o trabalho uma das esferas centrais da vida humana, concebido como categoria fundante do ser social. Homens e mulheres diferenciam-se dos animais na medida em que a produção e reprodução da vida humana se desenvolvem por meio do trabalho, e é nele que se realiza o salto ontológico e qualitativo que emancipa a existência humana das determinações meramente biológicas, vinculando, assim, a existência social ao trabalho (Engels, 1952; Lessa & Tonet, 2011; Lukács, 2003, 2013; Marx, 1983).

De acordo com Lukács (2013), o trabalho, enquanto categoria do ser social, só adquire significado no âmbito de um processo social complexo e dinâmico, que se reproduz de forma processual. Ao analisar o trabalho como base ontológica do ser social em um espaço concreto e material, o autor concebe a totalidade social e a inter-relação dos diversos complexos que compõem a totalidade da vida humana e social.

Para compreender a reprodução ontológica do ser social, é necessário considerar a constituição social do homem em sua reprodução biológica, a qual é modificada pelo trabalho e pela atividade humana. Essa atividade confere ao ser humano relações qualitativamente distintas e novas, tornando o processo de reprodução mais complexo. Ao reproduzir-se a si mesmo, o ser social torna-se progressivamente mais social, formando categorias próprias e sociais, cujo processo de integração ocorre por meio de mecanismos ontológico-formais e ontológico-objetivos, promovendo a união de comunidades humanas singulares (Lukács, 2013).

À medida que se descobrem e realizam novas atividades, surgem novas necessidades e caminhos para a satisfação; o processo de trabalho impõe, no plano social, uma divisão que é tanto técnica quanto social. Nesse contexto, o processo de reprodução do trabalho e a divisão do trabalho dele decorrente conferem um novo viés ontológico à estrutura do ser social. Dessa forma, constitui-se a formação de classes distintas, estruturadas a partir da esfera econômica, que assume prioridade ontológica no âmbito da sociedade (Lukács, 2013).

É por meio do trabalho que homens e mulheres se organizam para produzir e reproduzir sua existência social, ou seja, produzem aquilo que é necessário para a sobrevivência. No desenvolvimento do capitalismo, essa produção foi além das necessidades vitais ou do denominado trabalho com valor de uso, transformando-se em valor de troca. Assim, o trabalho

passou a ser explorado com o objetivo de gerar lucro, valorizando-se as mercadorias e produzindo-se a mais-valia (Marx, 1983).

Nesse sentido, emerge a divisão do trabalho nas esferas produtiva e reprodutiva. Segundo Siqueira e Pereira (2020), Engels antecipou essa compreensão ao apontar que homens e mulheres ocupam posições distintas no âmbito do trabalho produtivo e reprodutivo, configurando a divisão sexual do trabalho. Estudos mais recentes, desenvolvidos por feministas marxistas, abordam o conceito de “reprodução social”.

Trata-se, portanto, de estabelecer uma relação entre o trabalho produtivo, historicamente associado aos homens que, desde os primórdios, quando se dedicavam à caça, pesca e outras atividades na esfera pública, remuneradas, reconhecidas e valorizadas, e o trabalho reprodutivo, atualmente<sup>11</sup> atribuído de forma subordinada às mulheres, responsáveis pelos cuidados com a família, os/as filhos/as e o ambiente doméstico na esfera privada. Essa divisão desconsidera o fato de que o trabalho reprodutivo desempenha papel econômico fundamental na organização da vida social, colocando-o em um lugar de não reconhecimento, não remuneração e desvalorização.

Baseados nessa discussão, Siqueira e Pereira (2020) mencionam o argumento central de Engels:

[...] a passagem das sociedades originárias, nas quais inexistiam classes sociais, desigualdades econômicas e o Estado como órgão especial de repressão, para a sociedade classista, correspondeu a uma série de transformações na estrutura social que levaram à dissolução das antigas *gens*, baseadas em laços de consanguinidade, onde imperavam, como regra, a matrilinearidade (descendência contada em linha materna). No seu lugar, após uma série de transformações e formas transitórias, erigiu-se a família monogâmica, assentada no direito paterno e na submissão da mulher ao homem. O aparecimento da monogamia significou um duro golpe à liberdade das mulheres. (Siqueira & Pereira, 2020, p. 118).

Isso evidencia que a família monogâmica, a propriedade privada, a divisão sexual do trabalho, o patriarcado e o Estado moderno constituem os fundamentos históricos, sociais e econômicos que sustentam a subordinação e a opressão das mulheres. Essas estruturas perpetuam relações sociais desiguais e, mesmo quando as mulheres são incorporadas à esfera produtiva, essa inserção não ocorre de forma dissociada da esfera reprodutiva. Essa dinâmica resulta em jornadas de trabalho duplas, triplas e exaustivas, além de conferir às mulheres

---

<sup>11</sup> Mencionamos atualmente porque em períodos primitivos, a maternidade, juntamente com diversas outras atividades desempenhadas pelas mulheres, representava uma fonte de poder, força e status feminino em sociedades comunitárias e/ou primitivas. Nessas sociedades, a sobrevivência e o trabalho coletivo atendiam às necessidades do grupo; embora houvesse uma divisão de tarefas, tal divisão não indicava hierarquia, poder ou posições de superioridade entre os indivíduos.

remunerações inferiores mesmo quando desempenham atividades semelhantes às dos homens, entre outras manifestações de desigualdade e relações assimétricas. Dessa forma, o avanço do capitalismo, ao buscar atender às necessidades de acumulação e expansão do capital, assimila, reconfigura e apropria-se das formas de opressão e desigualdade que afetam as mulheres, tornando-se cada vez mais onipresente e onipotente.

É importante destacar que existem diferentes perspectivas de inspiração marxista ao abordar a origem da opressão e subordinação das mulheres. Dentre essas, há aquelas que destacam a propriedade privada como elemento central, enquanto outras defendem que essa opressão antecede o capitalismo e a noção de propriedade privada, sendo instituída pelo sistema de dominação patriarcal (Cadó, 2020).

Ainda que haja divergências nas análises acerca da condição das mulheres sob a ótica da tradição marxista, as duas principais abordagens descritas por Cadó (2020) – a marxista ortodoxa, fundamentada na rigorosa aplicação do método histórico-materialista, e a do feminismo radical, centrada na análise das relações patriarcais – compartilhamo do entendimento de que o pensamento de Marx e Engels fornece subsídios teóricos e metodológicos essenciais para compreender as raízes históricas, sociais e econômicas da opressão feminina e sua reprodução no processo de desenvolvimento do capitalismo.

Considera-se, portanto, a categoria trabalho e suas configurações atuais, marcadas por características específicas, tais como a sua natureza abstrata enquanto atividade que produz mercadorias e valor de troca. Essa abstração decorre, em grande medida, da sua subordinação ao capital, resultando na forma abstrata do trabalho. Além disso, distingue-se entre trabalho abstrato produtivo e improdutivo. Neste contexto, o trabalho assalariado é aquele que gera mais-valia de interesse para o capital, com predomínio do conceito de trabalho morto, relacionado aos meios de produção.

O processo de transformação do trabalho de valor de uso em valor de troca reflete a sua posição na estrutura social. Nesse sentido, o trabalho funciona como instrumento de acumulação de capital, além de atuar como meio de consumo da força de trabalho e mecanismo de controle por parte do capitalista. Ele também é responsável pela geração de lucro e mais-valia, ou seja, pelo valor de troca, que origina e circula através das mercadorias. Essas mercadorias apresentam um valor superior à soma dos valores dos insumos utilizados em sua produção, incluindo os meios de produção e a força de trabalho, tornando-se valoradas (Marx, 1983).

O desenvolvimento da sociedade capitalista mediante o trabalho resultou na expropriação de trabalhadores dos seus meios de subsistência e produção. Esse processo

inverteu a lógica da relação de trabalho que, ao invés de uma relação direta entre trabalhador e meio de subsistência, passou a prevalecer uma lógica centrada na exploração do trabalho com vistas à obtenção de lucro e à acumulação de mais-valia para o capital.

Diante do exposto, a divisão de uma sociedade de classes entre burgueses e proletários torna-se uma realidade consolidada, embora as configurações contemporâneas do capitalismo e do capital tenham imprimido novas características a essa estrutura de classes. Uma das principais dessas características, que dialoga com nossa compreensão, tem suas raízes na discussão de que a classe trabalhadora tem dois sexos. Essa concepção foi originalmente descrita por Souza-Lobo (2011), fundamentando-se na materialidade da divisão sexual do trabalho, na qual as relações sociais de classe e sexo posicionam o trabalho feminino na esfera da reprodução, enquanto o trabalho masculino se associa à produção. Essa configuração gera uma relação de desigualdade, na qual o trabalho feminino ocupa uma posição inferior (Kergoat, 2009; Cisne, 2018).

Essa concepção amplia a compreensão do trabalho para além da esfera estritamente produtiva, incluindo também o trabalho realizado na esfera reprodutiva. Segundo Ávila e Ferreira (2020), historicamente, o conceito de trabalho esteve centrado exclusivamente no trabalho produtivo. No entanto, a partir do movimento feminista e de uma perspectiva dialética, passou a incorporar-se a outra dimensão do trabalho: o trabalho reprodutivo ou doméstico. Essa inclusão visa ampliar o significado do conceito de trabalho, promovendo uma reestruturação que reconhece ambas as esferas como componentes essenciais para compreender a totalidade conceitual do mesmo.

Avançando nas reflexões, Ávila e Ferreira (2020) consideram que as análises de Marx e Engels em “A Ideologia Alemã” (1991) são referências nas quais foram construídas as bases teóricas para uma análise feminista quanto à exploração e demonização das mulheres na sociedade capitalista e patriarcal. Entretanto, a concepção de trabalho como lugar da construção de si, como sujeito, como fundante da ontologia do ser social, está ligada apenas ao trabalho produtivo. A outra dimensão do trabalho, que é a reprodutiva, ficou fora dessa dimensão ontológica, mas foi recuperada e ressignificada com as análises feministas de inspiração marxista, que agora passa a ser considerada com maior ênfase como um elemento da exploração e dominação que estruturam relações sociais.

De acordo com Cadó (2020), a sociologia francesa, a partir da década de 1960, baseada na efervescência dos debates das feministas marxistas/socialistas, materializou o conceito de “divisão sexual do trabalho” como uma importante contribuição. Além de buscar romper com os paradigmas dominantes de análise das relações sociais, incorporando a dimensão gênero à

interpretação da sociedade, ampliou a noção do que era entendido como trabalho, incluindo e reposicionando as tarefas executadas na esfera doméstica a esta categoria. A autora destaca o sentido conceitual de divisão sexual do trabalho atribuído por Hirata e Kergoat:

[...] a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.). (...) Essa forma particular da divisão social do trabalho tem dois princípios organizadores: o princípio de separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher) (Hirata & Kergoat, 2007, p. 599).

Segundo Kergoat (2009), homens e mulheres constituem dois grupos sociais envolvidos em uma relação social denominada relações sociais de sexo. Assim como todas as relações sociais, essas possuem uma base material, a qual decorre do trabalho, manifestando-se por meio da divisão social do trabalho entre os sexos, frequentemente referida como divisão sexual do trabalho.

Para a autora, enquanto conceito analítico, a divisão sexual do trabalho está alinhada à proposição de que as práticas sexuais são construções sociais, ou seja, resultam de relações sociais e não representam fenômenos rígidos, imutáveis ou deterministas. Pelo contrário, conforme elucidado por Kergoat:

[...] sim trata-se de pensar a dialética entre invariantes e variações, pois, se supõe trazer à tona os fenômenos da reprodução social, esse raciocínio implica estudar ao mesmo tempo seus deslocamentos e rupturas, bem como a emergência de novas configurações que tendem a questionar a própria existência dessa divisão. (Kergoat, 2009, p. 68).

Homens e mulheres, enquanto grupos distintos, encontram-se em uma tensão permanente no âmbito do trabalho e de suas divisões, evidenciando as relações sociais de sexo e a divisão sexual do trabalho como expressões indissociáveis que, epistemologicamente, configuram um sistema (Kergoat, 2009).

Nas discussões acerca das “relações sociais de sexo”, Cisne (2018) recomenda a utilização dessa categoria com base no feminismo francófono. Ela esclarece que, originalmente, na língua francesa, o termo utilizado é “rapports sociaux de sexe” (que se refere às relações estruturais) diferindo de “relations sociales de sexe” (que diz respeito às relações individuais ou pessoais). Como essa distinção não possui equivalência na língua portuguesa, o termo que expressa as contradições e que corresponderia a “relações sociais de sexo” seria “relações patriarcais de sexo”, embora ambos os termos possam ser empregados conforme o enfoque desejado.

Cisne (2018) também menciona que o termo “relações patriarcais de sexo” foi utilizado pela primeira vez por Almeida (2017), em sua tese de doutorado intitulada “Organismos Internacionais e Enfrentamento à Precarização do Trabalho das Mulheres na América Latina”. A autora emprega essa expressão tanto como uma alternativa para a tradução de “rapport”, dado que o patriarcado remete à ideia de antagonismo, hierarquia e conflito entre homens e mulheres, conforme o sentido de “rapports”, quanto para esclarecer o papel do patriarcado na formação sócio-histórica e econômica do Brasil.

É impossível discutir o patriarcado sem remeter às contribuições de Gerda Lerner (1920–2013), pioneira no tema, cuja obra “A Criação do Patriarcado: História da Opressão das Mulheres pelos Homens”, publicada originalmente em inglês em 1985 e traduzida para o português somente em 2019 pela Editora Pensamento – Cultrix Ltda., apresenta a história da criação do patriarcado e a história das mulheres.

O conceito de patriarcado passou a ser amplamente discutido no Brasil a partir do final da década de 1960, especialmente com a contribuição da intelectual Heleieth Saffioti, que permanece como uma referência fundamental no campo marxista e nas análises sobre o patriarcado. A obra “Mulher na Sociedade de Classes: Mito e Realidade”, publicada em 1969, repercute o pioneirismo de Saffioti sobre as questões das mulheres no Brasil e sua condição, a partir do ponto de vista teórico de desvalorização, invisibilidade, exploração, marginalização, subalternidade e opressão. Para Saffioti (2004), o sistema patriarcal e sua ideologia permeiam tanto a sociedade quanto o Estado, tendo suas raízes no período colonial-escravocrata-senhorial.

Segundo Saffioti (2004), a estrutura de poder no Brasil, nesse contexto, caracteriza-se por um sistema patriarcal-patrimonial, no qual a mulher escravizada era mais explorada do que o homem escravizado, tanto em suas funções e na reprodução da força de trabalho quanto em relação ao papel sexual na sociedade de castas. Nota-se que a dissolução da ordem escravocrata não desencadeou automaticamente a emancipação feminina, uma vez que as mulheres permaneciam privadas do direito à propriedade, entre outras condições que as colocavam em posições de subordinação e que marcaram profundamente a formação social e o pensamento brasileiro.

Conforme a autora, o patriarcado está intrinsecamente presente na sociedade brasileira, imbricado com o sistema capitalista na perpetuação da opressão, dominação e exploração das mulheres. Nesse sentido, ela amplia a compreensão ao associar ambos os conceitos, sem excluí-los mutuamente. Além disso, Saffioti denomina de “ordem patriarcal de gênero” o poder exercido pelo homem branco e heterossexual, refletido nas estruturas e relações sociais que

estabelecem diferenças não apenas de gênero, mas também de raça, etnia<sup>12</sup>, classe social e orientação sexual. Para ela (2004), uma das maiores contradições da sociedade contemporânea reside na interrelação entre patriarcado, racismo e capitalismo. Assim, os marcadores sociais de classe, raça/etnia e gênero/sexo são fundamentais.

A reflexão sobre o conceito de patriarcado em relação ao de matrilinearidade proporciona uma análise enriquecedora. Enquanto este último remete à ideia de uma linha, de uma sucessão ou sequência na transmissão de cultura, valores, ideias e conhecimentos, fundamentada na figura materna e no princípio materno, o patriarcado apresenta uma configuração bastante distinta. Este está associado à figura do homem e ao exercício de poder por parte do masculino sobre as mulheres, caracterizando-se por relações hierárquicas, arbitrárias e opressoras.

O patriarcado refere-se a milênios da história mais próxima, nos quais se implantou uma hierarquia entre homens e mulheres, com primazia masculina. Tratar esta realidade em termos exclusivamente do conceito de gênero distrai a atenção do poder do patriarca, em especial como homem/marido, “neutralizando” a exploração-dominação masculina. Nesse sentido, e contrariamente ao que afirma a maioria das (dos) teóricas (os), o conceito de gênero carrega uma dose apreciável de ideologia. E qual é esta ideologia? Exatamente a patriarcal, forjada especialmente para dar cobertura a uma estrutura de poder que situa as mulheres muito abaixo dos homens em todas as áreas da convivência humana. É a esta estrutura de poder, e não apenas à ideologia que a acoberta, que o conceito de patriarcado diz respeito. (Saffioti, 2015, p.145).

Saffioti valeu-se do conceito do patriarcado enovelado com classes sociais e racismo. Para tanto, ela fez a analogia do “nó”, demonstrando que essas contradições se encontram entrelaçadas de forma complexa, formando um “nó” que é uma metáfora que remete à ideia de um “novelo de lã”, indicando, portanto, que não é possível discutir uma dessas categorias isoladamente sem considerar sua relação intrínseca com as demais.

[...] Retomando-se o nó constituído pelas contradições fundamentais da sociedade brasileira, pode-se afirmar a existência de três identidades sociais básicas: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe social. Não se trata, porém de três identidades autônomas, em virtude, justamente, de estarem atados os antagonismos que lhes dão origem (Saffioti, 1997, p. 63).

[...] difícil é lidar com esta realidade, formada pelas três subestruturas: gênero, classe social, raça/etnia, já que é presidida por uma lógica contraditória, distinta das que regem cada contradição em separado. Uma voz menos grave ou menos aguda de uma mulher é relevante em sua atuação, segundo o preconceito étnico-racial, e, mais seguramente

---

<sup>12</sup> Saffioti emprega a categoria raça e etnia que dialoga com as análises de Cisne (2018), que, por sua vez, se apoia nas reflexões de Curiel (2009) e Falquet (2012). Essas autoras afirmam que o termo “raça” deve ser compreendido como uma categoria de construção simbólica, cultural e política, cuja utilização tem sustentado o racismo ao atribuir sentido ou características biológicas como justificativa. Nesse sentido, o conceito de raça é utilizado para evidenciar o peso estrutural do racismo, que ultrapassa as dimensões meramente culturais ou étnicas. Assim, adotaremos o termo raça/etnia para referir-se a essas expressões, exceto quando alguma referência bibliográfica específica utilizar outro termo, como apenas “raça”, desde que mantenha o mesmo sentido aqui apresentado.

na relação de gênero e na de classes sociais. O importante é analisar estas contradições na condição de fundidas ou enoveladas ou enlaçadas em um nó. (Saffioti, 2015, p. 133).

Com o conceito do “nó”, Saffioti afirma a existência de uma unidade dialética e contraditória entre classe, gênero e raça/etnia. Para Saffioti, este “nó” não se configura como uma mera soma de opressões, mas como a expressão da imbricação orgânica e indissolúvel do patriarcado, do capitalismo e do racismo, concebidos como dimensões constitutivas de um mesmo sistema de dominação. Essas estruturas se retroalimentam, reforçando-se mutuamente na produção das desigualdades sociais e na reificação dos sujeitos, tornando-os inseparáveis na análise da realidade social.

Nesse mesmo sentido, mas com um foco na dinâmica processual de sua produção e reprodução material, Kergoat (2010) aborda o caráter de consubstancialidade e coextensividade das relações sociais de classe, raça e gênero, evidenciando que as relações de exploração, dominação e opressão se entrecruzam nas relações de produção (produção e reprodução social).

A consubstancialidade (Kergoat, 2010) destaca que essas relações não podem ser analisadas hierarquicamente, pois são produzidas e reproduzidas de forma simultânea e indissociável, constituindo-se mutuamente na experiência dos sujeitos. Complementarmente, a coextensividade (Kergoat, 2009, 2010) salienta que tais relações permeiam e organizam todas as esferas da vida social, desde a economia até as interações mais cotidianas, extrapolando a mera esfera produtiva. Em particular, Kergoat (2009) aprofunda a compreensão da divisão sexual do trabalho como um princípio estruturante da sociedade que, ao criar hierarquias e valorizar diferencialmente as atividades designadas a homens e mulheres (no trabalho produtivo e reprodutivo), é ela mesma consubstancialmente atravessada por dimensões de classe e raça/etnia. Isso implica que a exploração e a opressão se manifestam de modos distintos e específicos para cada grupo de mulheres, dependendo de sua posição na hierarquia social do trabalho. Como a própria autora afirma: “[...] mobilizo os conceitos de consubstancialidade e coextensividade para procurar compreender de maneira não mecânica as práticas sociais de homens e mulheres frente à divisão social do trabalho em sua tripla dimensão: de classe, de gênero e origem (Norte/Sul)”. (Kergoat, 2010, p. 93).

Dessa forma, enquanto o “nó” de Saffioti enfatiza a unidade estrutural e indivisível das opressões como um sistema de dominação, a consubstancialidade e coextensividade de Kergoat (2009, 2010) proporcionam uma lente analítica para investigar a dinâmica e a simultaneidade de como essas relações são produzidas, reproduzidas e vivenciadas, especialmente na materialidade da divisão sexual do trabalho e da reprodução social. Essa tessitura complexa de explorações e opressões não apenas afeta, mas fundamentalmente determina as condições de

vida e, conseqüentemente, as condições de saúde dos/as sujeitos/as, configurando a determinação social da saúde discutida por Breilh (2015), que será apresentada na próxima seção.

As mulheres, portanto, são afetadas de maneira diferenciada na sociedade patriarcal, racista e capitalista em que estão inseridas, a qual é marcada por relações históricas e estruturais de dominação e desigualdade. Esse impacto se manifesta de forma singular na saúde dessas mulheres, especialmente em territórios específicos, como as fronteiras, conforme será abordado adiante.

## **1.2 Direitos sociais, saúde e determinação social: marcos históricos e contradições**

As relações sociais patriarcais, de sexo/gênero, raça/etnia e classe configuram a condição das mulheres em distintos contextos e territórios. Essas relações, enquanto estruturas históricas de dominação e desigualdade, exercem impactos diferenciados sobre suas vidas e sua saúde. Nesse sentido, é fundamental reconhecer a existência de uma dialética que articula o particular, o singular e o universal na constituição da complexidade do ser feminino enquanto sujeito social, compreendendo que a totalidade concreta está em constante movimento e transformação.

Ao buscar compreender os limites e as potencialidades relacionadas ao acesso à saúde experienciado pelas mulheres em territórios de fronteira, torna-se imprescindível refletir sobre a luta pelos direitos sociais. Estes não são meras concessões estatais ou benevolência do capital, mas conquistas históricas sob as contradições de uma sociedade de classes, intrinsecamente estruturada pelo tripé patriarcal, racista e capitalista, que exclui e precariza a vida de grupos específicos, especialmente as mulheres trabalhadoras e transfronteiriças.

Os direitos sociais emergiram como exigência da própria reprodução social e da força de trabalho no contexto da exploração capitalista. A intensificação da luta de classes no século XIX, impulsionada pela Revolução Industrial e pelo surgimento do proletariado, evidenciou que a sobrevivência e a qualidade de vida da população não poderiam ser deixadas à mercê do mercado.

No âmbito europeu, as mobilizações por melhores condições de vida e de trabalho foram a base para a reivindicação de direitos que se tornaram visíveis em eventos como a Revolução Russa de 1917 e a subsequente elaboração da Constituição de 1918, na qual a saúde, a educação e o trabalho foram elevados à condição de pilares de uma nova ordem social. Contudo, a luta por direitos sociais também foi sendo profundamente atravessada pelos efeitos da colonização

e escravização, que legaram ao continente americano estruturas de opressão racial/étnica e de sexo/gênero.

Como a perspectiva feminista marxista, proposta por Saffioti (2004) e Kergoat (2009), demonstra, essas lutas são inseparáveis da divisão sexual do trabalho e da exploração do trabalho reprodutivo e doméstico não remunerado, realizado predominantemente por mulheres. As mulheres, em suas múltiplas identidades de classe, raça/etnia e sexo/gênero, foram e continuam sendo as grandes articuladoras da reprodução da força de trabalho e da vida social, tornando suas reivindicações por saúde, moradia, alimentação e educação demandas centrais para a manutenção da própria sociedade.

A consolidação formal de direitos sociais em Constituições, como a Brasileira de 1988, que em seu Artigo 6º elenca a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, representa uma vitória política significativa das lutas populares, ainda que seja considerado que a mera formalização não garante sua efetivação. Os direitos sociais são constantemente ameaçados pelas políticas neoliberais de austeridade, que promovem o desmonte do Estado e a privatização de serviços essenciais, reificando-os e transformando-os de bens comuns em mercadorias.

Para compreender as complexas teias que conformam o acesso à saúde das mulheres transfronteiriças, torna-se analiticamente imperativo revisitar os marcos históricos da luta pelo direito à saúde. A seleção desses referenciais não se baseia em uma linearidade cronológica acrítica, mas na relevância de suas proposições universalistas e na tensão dialética que estabelecem com a realidade vivida por esses grupos. Optamos por destacar a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, seguidas pelas Declarações de Alma-Ata e Astana, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em nível global. No contexto brasileiro, abordamos a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes marcos, embora representem o ideário do direito universal à saúde, simultaneamente expõem as contradições inerentes à sua efetivação em contextos marcados pelo tripé capital-patriarcal-racista, conforme veremos adiante.

A concepção ampliada de saúde ganha força globalmente com a constituição da OMS, em 1948, em concomitância à Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nesse período, a saúde é reconhecida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades, reforçando sua intrínseca relação com os direitos sociais e humanos. Essa perspectiva foi aprofundada na Conferência Internacional

sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, resultando na Declaração de Alma-Ata. Este documento pioneiro estabeleceu os princípios dos sistemas de saúde sob a perspectiva dos direitos humanos, com a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e princípio orientador de um sistema de saúde integral. A Declaração de Alma-Ata consolidou, ainda, a importância de considerar os determinantes sociais da saúde e da cooperação internacional:

IX - Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo. (Alma-Ata, 1978).

Globalmente, a busca pela universalização da saúde foi reafirmada em 2015 com a assinatura dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que renovaram o compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar universais. Posteriormente, em 2018, a Declaração de Astana reafirmou os princípios de Alma-Ata, comprometendo 194 países, incluindo o Brasil, com a APS na busca por saúde e bem-estar para todos, “sem deixar ninguém para trás”. A visão contida no documento enfatiza: “Sociedades e ambientes que priorizam e protegem a saúde das pessoas; Atenção à saúde disponível e acessível para todos, em todo lugar; Atenção à saúde qualificada que trata as pessoas com respeito e dignidade; Pessoas envolvidas na sua própria saúde.” (Astana, 2018).

No contexto brasileiro, a luta pelo direito à saúde intensificou-se no processo de redemocratização pós-regime militar (1964–1985). Um marco fundamental foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que contou com ampla participação social e incorporou uma concepção de saúde fundamentada no reconhecimento do direito universal e na responsabilidade do Estado. Antes da formalização do SUS, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), criados em 1987, já ensaiavam diretrizes como universalização, equidade, integralidade e descentralização. Esses princípios foram, posteriormente, consagrados na Constituição Federal de 1988, que, em seu Artigo 196, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. A operacionalização desse direito deu-se com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nas Leis nº 8.142/1990 (controle e participação social) e nº 8.080/1990 (Lei Orgânica), que estabeleceram seus princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, hierarquização e participação social). A Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui a porta de entrada e elemento

fundamental na estruturação da Rede de Atenção do SUS, visando a prevenção, promoção e proteção da saúde e a abordagem dos determinantes sociais.

Em que pese todos esses avanços normativos e conceituais, a concretização do direito universal à saúde muitas vezes se choca com a realidade estrutural da sociedade. Coaduna com essa afirmativa a discussão sobre os determinantes sociais da saúde presente desde Alma-Ata e reafirmada em Astana e nos ODS, indicando uma necessidade de se pensar para além de fatores que influenciam a saúde.

A saúde coletiva contemporânea tem adotado uma perspectiva que vai além dos determinantes sociais de saúde, discutindo a determinação social da saúde, desenvolvida a partir de uma compreensão materialista e crítica do processo saúde-doença, diferencia-se da noção de “determinantes sociais” ao concebê-la como um produto histórico e social das relações de produção e reprodução da vida, discutida por Breilh (2021).

Essa abordagem entende que a saúde e a doença não são meramente resultantes de fatores isolados, mas de um sistema complexo e imbricado, onde o modo de produção capitalista, a divisão sexual do trabalho e as relações patriarcais e racistas operam como eixos estruturantes que produzem iniquidades. A determinação social da saúde, portanto, analisa a saúde como parte da totalidade social, moldada por conflitos de classe e pelas estruturas de poder que definem quem tem acesso à vida digna (Breilh, 2021).

Em entrevista à Revista Trabalho, Educação e Saúde (2015), Breilh adota a perspectiva da determinação social e critica a epidemiologia que fortalece concretamente as características do capitalismo do século XXI:

[...] Então, eu diria que, por um lado, há os usos diretos da epidemiologia como ferramenta lucrativa ou política. E, por outro, há esse modelo epidemiológico causalista, sustentado pela teoria dos fatores de risco, que gera diagnósticos de saúde não relacionados com as profundas condições estruturais e de vida da população, mas que falam desse mundo dos fenômenos que cercam a doença e justificam uma prática monopolista e uma ação de saúde funcionalista. (2015, p. 534).

Para Breilh (2015), o modelo epidemiológico, fundamentado na teoria dos fatores de risco, enfraquece a ideia de determinação social, pois fragmenta e torna-os menos visíveis.

[...] Eu acho que nós fragmentamos a realidade e assumimos uma conceitualização estatística, probabilística. Começamos perguntando se há uma lista de fatores de risco, qual explica uma maior proporção de variação da variável em estudo; e transformamos isso em uma política pública ou em uma política de saúde. Ou seja, esse fragmento. Portanto, é um recurso para focalizar em vez de transformar. Em vez de agir em um processo integral, agimos de acordo com fatores de risco específicos. (Breilh, 2015, p. 535).

A partir desses pressupostos, é possível dialogar com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) brasileira, lançada em 2004, que representa um marco importante e um esforço ao incorporar a perspectiva de gênero e a integralidade no cuidado, visando a promoção da saúde da mulher em todas as fases da vida, e articulando a atenção com os direitos sexuais e reprodutivos.

Fundamentada nos princípios do SUS, a PNAISM busca enfrentar as especificidades de saúde das mulheres, que são vivenciadas de maneira particularizada. Contudo, essa política, apesar de seu caráter progressista, revela suas limitações quando confrontada com as realidades de mulheres transfronteiriças. A xenofobia institucional, a falta de documentação e a fragilidade de sua nacionalidade – que serão analisadas em capítulos posteriores – se tornam barreiras burocráticas e sociais intransponíveis que as excluem, na prática, dos direitos e da atenção integral prometidos pelo SUS e pela própria PNAISM. A universalidade do SUS e a integralidade da PNAISM são, assim, fragilizadas pelas complexas teias da determinação social da saúde, que se manifestam de forma aguda e particularizada na fronteira.

Ainda assim, convém assinalar a importância dessa política que, no Brasil, orienta a saúde da mulher e que foi elaborada com a participação ativa da sociedade civil organizada, especialmente de movimentos feministas e de mulheres, além do movimento de reforma sanitária, que contou com a colaboração de profissionais de saúde, gestores/as, lideranças políticas e diversos grupos que lutaram pela redemocratização do país na década de 1980.

Antes da implementação dessa política e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, existia o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), regulamentado em 1983. No entanto, foi a política aprovada em 2004, com uma proposta de revisão em 2017, que avançou ao introduzir o conceito de integralidade na atenção à saúde, substituindo o termo materno-infantil que até então orientava as ações voltadas para a saúde da mulher (Souto & Moreira, 2021).

A PNAISM constitui um conjunto de diretrizes e objetivos que busca oferecer cuidados integrais para a saúde das mulheres, em todas as fases da vida, com ênfase nas ações de prevenção, de promoção, de assistência e de recuperação da saúde; a Atenção Primária à Saúde serve de estratégia e ponto inicial para acessar os demais serviços de saúde e outros níveis de atenção. Constituem-se como objetivos gerais da Política:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004, p. 67).

A PNAISM incorpora abordagens sobre gênero e saúde da mulher, entendendo-as como categorias inter-relacionadas que contribuem para a compreensão da integralidade no cuidado à saúde feminina (Souto & Moreira, 2021). Segundo os autores, a trajetória de elaboração, implementação e monitoramento da PNAISM é marcada por contribuições teóricas e por diversos movimentos, especialmente o feminista, que buscam políticas públicas inclusivas, integrais e emancipadoras (Souto & Moreira, 2021).

A história de luta das mulheres na área da saúde e a PNAISM se entrelaçam com as Conferências, que são instrumentos cruciais de democratização e participação social entre o governo e a sociedade civil. Isso culminou na realização da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que mais tarde passou a ser chamada de Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, além da Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM).

Para fins didáticos, é importante lembrar a trajetória descrita por Souto e Moreira (2021): a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher ocorreu em outubro de 1986. A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004, teve como tema "Políticas para as Mulheres: um Desafio para a Igualdade numa Perspectiva de Gênero", com o objetivo de propor diretrizes e sugestões para a elaboração do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM).

A II CNPM aconteceu em 2007, abordando "Desafios para a Construção da Igualdade na Perspectiva da Implementação do II PNPM e Avaliação das Ações e Políticas do I PNPM", já discutindo a PNAISM e a criação de um sistema de monitoramento do plano. A III CNPM ocorreu em 2011, com o tema "Autonomia e Igualdade para as Mulheres", decidindo não elaborar um novo plano, mas sim ações e estratégias, mantendo o Comitê de Monitoramento. Em 2017, a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, com o lema "Saúde das Mulheres: Integralidade com Equidade", tornou-se um marco na saúde das mulheres brasileiras ao dar visibilidade às diversas expressões do feminino, incluindo mulheres brancas, negras, quilombolas, de matriz africana, indígenas, ciganas, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, mulheres com deficiência, vivendo com HIV/aids, privadas de liberdade, em situação de rua, ribeirinhas, trabalhadoras, jovens, idosas, profissionais do sexo, entre outras.

De acordo com Souto e Moreira (2021), a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres aprovou resoluções significativas, incluindo: I) a realização de conferências

municipais, estaduais e nacionais de saúde das mulheres a cada quatro anos; II) a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher nos conselhos estaduais e municipais de saúde; e III) a revisão da PNAISM.

Neste contexto de permanente renovação do compromisso com as políticas para as mulheres, estava prevista a realização da V Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres em 2025, conforme estabelecido na Resolução nº 5, de 15 de dezembro de 2023, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (Brasil, 2023). Essa previsão considera que a Resolução nº 1, de 23 de fevereiro de 2021, havia determinado o adiamento da V CNPM até que a segurança sanitária no país fosse restabelecida (Brasil, 2021). A realização dessa conferência em 2025, de 29 de setembro a 1º de outubro de 2025, sob o lema “Mais Direitos, Mais Democracia, Mais Igualdade”, representa, portanto, uma retomada significativa do diálogo democrático e da participação social na construção de políticas públicas voltadas às mulheres, reafirmando o compromisso do Estado e da sociedade civil com a equidade e a integralidade na atenção às múltiplas dimensões da vida feminina.

Assim, a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres reafirmou a importância da integralidade e da equidade no cuidado à saúde feminina, reconhecendo a diversidade e a pluralidade das expressões do feminino, conforme já abordado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Contudo, persistem desafios significativos, especialmente no que concerne às mulheres em territórios específicos como os de fronteira. Essas mulheres, que se encontram em movimento e residem nessas regiões, enfrentam obstáculos no acesso aos sistemas de saúde dos países pelos quais transitam, o que repercute não apenas em suas condições de saúde, mas também em suas identidades, sociabilidades e cotidiano, configurando uma problemática que demanda uma compreensão ampliada do conceito de saúde.

### **1.3 Territórios fronteiriços e mulheres: conceitualizações, resistências e potencialidades**

Para promover uma compreensão autêntica da realidade, que abranja as questões relacionadas às mulheres, à saúde e às fronteiras, bem como as interconexões existentes entre as dimensões singular, particular e universal dos fenômenos, torna-se imprescindível a análise sistemática das definições conceituais pertinentes. Nesse contexto, destaca-se a importância de considerar os territórios fronteiriços como elementos centrais na delimitação das populações que transitam por essas áreas, uma vez que tais espaços representam pontos de convergência e

interação que influenciam significativamente as dinâmicas sociais, culturais e de saúde dessas populações.

Nesse sentido, referimo-nos às pessoas e, no contexto, às mulheres migrantes, refugiadas, apátridas e fronteiriças. Assim, a legislação brasileira vigente, representada pela Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, conhecida como a “nova” Lei de Migração, dispõe em seu Artigo 1º sobre os direitos e deveres do migrante e do visitante, regula os procedimentos relativos à sua entrada e permanência no país, além de estabelecer princípios e diretrizes para as políticas públicas direcionadas ao emigrante. Essa regulamentação fundamenta-se na seguinte conceituação:

I - (VETADO);

II - imigrante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil;

III - emigrante: brasileiro que se estabelece temporária ou definitivamente no exterior;

IV - residente fronteiriço: pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserva a sua residência habitual em município fronteiriço de país vizinho;

V - visitante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que vem ao Brasil para estadas de curta duração, sem pretensão de se estabelecer temporária ou definitivamente no território nacional;

VI - apátrida: pessoa que não seja considerada como nacional por nenhum Estado, segundo a sua legislação, nos termos da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas, de 1954, promulgada pelo Decreto nº 4.246, de 22 de maio de 2002, ou assim reconhecida pelo Estado brasileiro. (grifos nossos).

As fronteiras configuram-se como territórios a partir dos quais se delimita a entrada ou saída de um país, bem como os espaços pelos quais indivíduos transitam, se identificam e interagem entre dois territórios distintos. Nesse último caso, considera-se a população fronteiriça como transfronteiriça, uma vez que o prefixo “trans”, etimologicamente associado a significados como “além de”, “para além de”, “o outro lado” ou “lado oposto”, indica esse movimento contínuo entre os espaços geopolíticos e espaciais. Essa mobilidade contribui para a construção das identidades e sociabilidades dessas populações, evidenciando a complexidade das dinâmicas relacionadas à saúde e aos direitos em contextos fronteiriços.

As mulheres transfronteiriças compõem um grupo de pessoas que vivem nas áreas limítrofes entre dois ou mais países, fazendo parte de ambos os territórios que, dadas as constantes interações e sociabilidades, são considerados como únicos. Estão muito além das fronteiras geopolíticas, pois vivem “lá e cá”, uma vez que as proximidades desses territórios lhes dão características próprias e similares, constituindo uma unicidade ainda que possuem particularidades. (Carissimi & Almeida, 2025, p. 207).

No caso da fronteira entre Porto Murtinho (Brasil) e Carmelo Peralta (Paraguai), que constitui o lócus desta pesquisa, observa-se uma população predominantemente transfronteiriça, em contraste com outras áreas de fronteira caracterizadas por fluxos intensos e

contínuos de migrantes. Essa população nem sempre reside do lado oposto à fronteira; ao contrário, mantém convivência e relações sociais que abrangem ambos os territórios. Contudo, uma parcela significativa dessa população estabelece residência no território brasileiro. A preservação de vínculos, identidades e sociabilidades vinculadas às suas origens paraguaias frequentemente implica a priorização de relações sociais e culturais em detrimento da regularização documental.

Além disso, é importante considerar os custos operacionais e os entraves burocráticos que dificultam a efetivação desse processo de regularização. Por conseguinte, o território da fronteira e sua população devem ser considerados em sua dinamicidade, totalidade e particularidades. Isso implica reconhecê-la como uma fronteira singular, e considerar o conjunto plural de relações e similaridades que nela se manifestam. Essa abordagem pressupõe a análise das constantes interações, expressões e relações que ocorrem nesse espaço, indo além de uma delimitação meramente geográfica ou física, como se fosse um terceiro espaço relacional.

Cada pueblo constituye un determinado territorio o un lugar geográficamente definido, con sus expresiones y culturas, pero a través de la frontera se relaciona constantemente con la población “del otro lado”. De esta manera, al pensar en territorialidad, se está refiriendo al territorio fronterizo como una totalidad territorial, demarcada por constantes interacciones de personas, relaciones sociales, negocios, intercambios, flujos económicos, sociales y políticos, culturas, tradiciones, o sea, un conjunto de especificidades que ocurren sólo en territorios fronterizos. La territorialidad se expresa como un espacio geográfico único, en el que las relaciones sociales y familiares constituyen el territorio independientemente de sus respectivos Estados-Nación, aunque éstas regulan la normalización de la vida en cada territorio de manera diferente [...]. (Almeida & Carissimi, 2023, p. 4).

Na obra clássica brasileira de José de Souza Martins, a fronteira é concebida como um espaço multifacetado, composto por diversas dimensões: a fronteira da civilização, marcada pela presença oculta da barbárie; a fronteira espacial; a fronteira de culturas e visões de mundo; a fronteira de etnias; a fronteira da história e da historicidade do ser humano; e, sobretudo, a fronteira do humano (Martins, 2012, p. 11). Contudo, para além dessa caracterização multidimensional, é fundamental compreender que essas fronteiras se constituem como territórios usados, conforme propõe Milton Santos (1994, 2005), e não como meros espaços abstratos, mas como categorias integradoras que condensam as relações concretas entre populações, instituições e organizações que neles habitam e atuam.

Nesse sentido, as fronteiras configuram-se como espaços de divisões, paradoxalmente também de somas, de conflitos e tensões, bem como de diálogos permanentes. Esses espaços

representam territórios carregados de significados, sentidos e construções sociais, nos quais esses elementos são elaborados e manifestados por meio do conceito de territorialidade.

Segundo Milton Santos (1994, 2005), o uso do território é aquilo que verdadeiramente o constitui como objeto de análise social, um híbrido que carece de constante revisão histórica. O território fronteiriço, portanto, não é meramente um espaço físico delimitado por fronteiras políticas, mas um quadro de vida onde se entrelaçam horizontalidades, expressas por domínios da contiguidade, lugares vizinhos reunidos por continuidade territorial, e verticalidades, constituídas por pontos distantes ligados por processos sociais, econômicos e políticos que transcendem o local.

Segundo Claude Raffestin (1993), a concepção de território e territorialidade refere-se não apenas ao espaço físico, mas também à maneira pela qual esses elementos são constituídos, envolvendo relações de poder tanto na formação dos Estados-nação quanto na experiência vivenciada pelas populações diante dessas dinâmicas.

A territorialidade adquire um valor bastante particular, pois reflete a multidimensionalidade do “vivido” territorial pelos membros de uma coletividade, pelas sociedades em geral. Os homens “vivem”, simultaneamente, o processo territorial e o produto territorial, por meio de um sistema de relações existenciais e/ou produtivistas. (Raffestin, 1993, p. 158).

Nessa perspectiva, Milton Santos (1994, 2005) enfatiza que o lugar é o espaço do acontecer solidário, onde as solidariedades definem usos e geram valores de múltiplas naturezas, como culturais, antropológicos, econômicos, sociais e financeiros. O lugar, portanto, é o palpável, o concreto, aquele que recebe os impactos do mundo, ainda que seja controlado remotamente por dinâmicas globais.

Por essa razão, ao abordarmos um território fronteiriço que possui suas próprias peculiaridades, especialmente os significados que, até hoje, muitas vezes o associam a aspectos negativos, como a necessidade de segurança nacional para garantir a posse do território, bem como a construção de um imaginário ligado à marginalidade, criminalidade, tráfico de drogas, armas e pessoas, além de conflitos entre facções criminosas, frequentemente noticiados pela mídia, estamos tratando, sobretudo, de um espaço fértil para o entrelaçamento de culturas, para o diálogo entre países e para a construção de novas e dinâmicas relações sociais.

Essa contradição vivida entre as imposições do mundo com verticalidades do capital e do Estado, e as resistências dos lugares, com horizontalidades das populações, constitui, segundo Santos (1994, 2005), o “grito do território”, ou seja, seu retorno como força ativa que impõe ao mundo uma revanche, a percepção efetiva da história como movimento.

Sobre a interação entre Brasil e Paraguai, que constituem o lócus da pesquisa, destacamos o contido em nossos estudos anteriores:

Se considera que la frontera Brasil-Paraguay constituye el escenario articulador de las culturas brasileña y paraguaya, que se mezclan en su territorio, en la dinámica de experiencias entre ciudades cercanas, tanto en el sentido territorial como en el de la identidad y de las sociabilidades. Muchas de las familias paraguayas y brasileñas tienen parientes en ambos territorios, favoreciendo la identificación de dos espacios. Además, también existe un flujo constante e intenso entre ellos, ya que comparten hábitos, alimentos y formas de vida muy cercanas. Las sociabilidades también se entrelazan en el sentido de las necesidades, demandas y acceso a bienes y servicios sociales, que se dan en ambos territorios, a veces separados por barreras burocráticas, administrativas y legales, que hacen que estrategias de supervivencia y experiencias muy difíciles de perfilar sean específicas. (Almeida & Carissimi, 2023, p. 6).

Essa dinâmica fronteira exemplifica precisamente o que Milton Santos (1994, 2005) denomina de espaço banal ou o espaço de todos, que é abrigo de todas as instituições e organizações, em contraposição ao território como recurso ou território das empresas, que responde aos interesses da transnacionalização e da globalização hegemônica. A fronteira Brasil-Paraguai, portanto, não é apenas um espaço de divisão jurídico-política, mas um território usado onde coexistem simultaneamente funcionalidades diferentes, por vezes divergentes ou opostas, gerando novas solidariedades e sociabilidades apesar de todas as formas de diferença.

Para tanto, é fundamental abordar, de maneira central, a população que habita esses territórios, uma vez que ela confere significados, sentidos e construções sociais aos espaços em questão. Assim, no contexto do território que constitui o palco para a implementação do Corredor Rodoviário Bioceânico, é imprescindível considerar o conjunto das populações envolvidas, em especial as mulheres que experienciam essas dinâmicas de saúde e direitos sociais de maneira particularizada. Conforme Santos (1994, 2005), é a partir do território e dos lugares que está sendo gestado um novo tempo, denominado por ele de período popular da história, caracterizado pelo processo de resistência dos lugares às perversidades impostas a ele pelo mundo.

Diante do exposto, evidencia-se uma lógica macroestrutural dual que permeia a relação entre o Estado e o capital, cujos interesses se manifestam na busca pelo desenvolvimento econômico, pela integração aos grandes mercados internacionais e pelos processos de globalização, o que Santos (1994, 2005) critica como “globalitarismo”, uma metáfora que torna míope a realidade da maioria dos habitantes da Terra. Essa dinâmica opera em contrapartida à singularidade do outro lado, representada pela população, cuja demanda primordial concentra-se no desenvolvimento social, na melhoria da qualidade de vida e no acesso à saúde.

Esse cenário evidencia a contradição inerente ao Estado capitalista, na qual a população desses territórios dispõe de mecanismos de força e poder relativamente limitados para exercer sua luta por direitos e reconhecimento. Contudo, é precisamente nessa contradição vivida entre o mundo e o lugar que nasce o retorno do território, como afirmação do papel ativo do território em impor resistência às lógicas hegemônicas. Essa dinâmica revela as disparidades de poder e influência presentes na relação entre as diferentes populações envolvidas na configuração e na gestão desses espaços, ao mesmo tempo em que aponta para a possibilidade de construção de uma geografia generosa para a humanidade, fundada na solidariedade dos lugares e na valorização do vivido territorial das populações.

## **2. TERRITÓRIOS DE FRONTEIRA: A SAÚDE E AS MULHERES**

---

## 2.1 Territorialidades fronteiriças sul-americanas e brasileiras

No âmbito desta pesquisa, depreende-se que nenhum fenômeno se manifesta exclusivamente em sua singularidade ou em sua universalidade. Segundo Lukács (1978), esses aspectos representam polos de uma unidade contraditória e dialética, os quais coexistem no fenômeno, articulando-se e determinando-se reciprocamente. Nesse sentido, observa-se um contexto global caracterizado por profundas e dinâmicas transformações que marcam o mundo contemporâneo, em que a globalização e o capitalismo desempenham papéis centrais enquanto fenômenos interligados. Esses processos influenciam de maneira recíproca a economia, o mercado, a política, as relações sociais e a sociedade como um todo. Essa interação impulsiona uma expansão de conexões cada vez mais estreitas e interdependentes, promovendo mudanças significativas em um mundo progressivamente mais globalizado.

Características como a liberalização do comércio, a redução de barreiras tarifárias, a abertura de novos mercados, a busca por recursos e logísticas eficientes, a interconexão entre países e culturas, a expansão tecnológica e a mobilidade de pessoas e capitais financeiros são algumas das dinâmicas promovidas pelo capitalismo e pela globalização.

Nesse contexto, a América do Sul tem ganhado destaque, uma vez que esses fenômenos favorecem o crescimento econômico em diversas regiões, especialmente em países em desenvolvimento que buscam se integrar ao mercado global. A região está passando por intensos processos de transformação social, evidenciados pela expansão econômica e comercial, resultado dos avanços do capitalismo em áreas ainda pouco exploradas, especialmente nas regiões distantes dos grandes centros urbanos.

Entre essas transformações, destacam-se os corredores de integração regional, que estão sendo ou serão no futuro próximo implementados em toda a América do Sul. Esses corredores visam promover o desenvolvimento regional e a integração entre os países e suas diversas regiões, contribuindo para um futuro mais interconectado e dinâmico.

No Brasil, cinco (5) corredores destacam-se nas regiões limítrofes com os vizinhos sul-americanos, com vistas ao incentivo e reforço do comércio do Brasil e os países da América do Sul, além de redução do tempo e do custo do transporte de mercadorias entre estes e a Ásia. As rotas ou eixos da integração sul-americana são as seguintes:

- Rota 1: Ilha das Guianas (Norte do Brasil com Guiana, Guiana Francesa, Suriname e Venezuela);
- Rota 2: Multimodal Manta-Manaus (Norte do Brasil com Colômbia, Equador e Peru);
- Rota 3: Quadrante Rondon (Acre, Mato Grosso, Rondônia, Bolívia e Peru);

- Rota 4: Bioceânica de Capricórnio (Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Argentina, Chile e Paraguai);
- Rota 5: Porto-Alegre-Coquimbo (Rio Grande do Sul, Argentina, Chile e Uruguai).



**Figura 1** – Rotas da integração sul-americana

Fonte: Relatório do Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano do Ministério do Planejamento e Orçamento (Brasil, 2023)

O Centro-Oeste brasileiro, juntamente com os países vizinhos Paraguai e Bolívia, desempenha um papel central no processo de integração da América do Sul. Essa região possui um grande potencial para fomentar a interconexão produtiva e comercial, destacando-se como um possível centro logístico e um importante produtor dentro das cadeias regionais.

Bárbara Carvalho Neves (2024, online) aponta para “novas/velhas” rotas de integração da América do Sul, evidenciando que o governo brasileiro, além de buscar se reaproximar com o subcontinente americano, retoma uma agenda de integração estagnada desde 2018, com foco na concretização de uma melhor infraestrutura física para interconectar o Brasil à Ásia-Pacífico.

Antes disso, existem outros marcos significativos na integração regional na história recente do Brasil e da América Latina. De acordo com o Relatório do Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano do Ministério do Planejamento e Orçamento (2023), destacam-se, do ponto de vista institucional:

[...] a) o projeto político e econômico da Cepal (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe, da ONU), iniciado nos anos 1950, que resultou na Alalc (Associação Latino Americana de Livre Comércio), nos anos 1960; b) a iniciativa da Aladi (Associação Latino-Americana de Integração) e, c) os projetos de cooperação entre Brasil e Argentina, nos anos 1980, liderados pelos presidentes José Sarney e Raúl Alfonsín, que engendraram o Mercosul. (Brasil, 2023, p. 18).

O relatório também evidencia que, devido às insuficiências na infraestrutura de integração, as primeiras obras de grande porte na região sul-americana foram realizadas nas décadas iniciais do século XX. Nesse contexto, são mencionadas algumas iniciativas relevantes, como as ferrovias que conectaram a Bolívia à Argentina, ao Chile e ao Peru; a malha ferroviária que, desde Santos-SP, atravessava todo o atual território de Mato Grosso do Sul até Corumbá, estendendo-se por mais 600 quilômetros até Santa Cruz de la Sierra, no interior boliviano, na década de 1950; além do Tratado de Itaipu, firmado em 1973, que estabeleceu uma cooperação binacional entre Brasil e Paraguai para a construção da usina hidrelétrica de mesmo nome, constituindo um dos maiores projetos de infraestrutura conjunta na América do Sul. Outras ações incluem a criação da Associação Latino-Americana de Integração (Aladi), que promoveu maior pragmatismo nos projetos de integração regional e facilitou a aproximação entre Brasil e Argentina em 1980, culminando posteriormente no Tratado de Assunção, assinado em 1991; ainda, destaca-se a cooperação bilateral em energia nuclear para fins pacíficos entre Brasília e Buenos Aires; além da origem do Mercado Comum do Sul (Mercosul). (Brasil, 2023)

Em que pese esta contextualização, Neves (2024, online) afirma que, embora a agenda das rotas de integração da América do Sul seja apresentada como “nova”, ela foi lançada no ano 2000, pelo governo brasileiro sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso (FHC), durante a I Reunião de Chefes de Estado da América do Sul. Na ocasião, os países sul-americanos instituíram a criação da Iniciativa para a Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA), com o objetivo de conformar eixos para a integração e desenvolvimento econômico regional, em que o investimento em infraestrutura física seria um instrumento para a criação de um espaço econômico-comercial regional ampliado (Neves, 2024, online).

Segundo Neves, embora a IIRSA fosse um projeto conjunto entre os países sul-americanos, o governo nacional obteve destaque, já que ela foi estruturada a partir de estratégias de desenvolvimento do Brasil, presentes seus Planos Plurianuais (PPAs) de 1996-1999: “Brasil

em Ação” e 2003-2007: “Avança Brasil”. De maneira semelhante, os eixos de integração foram estabelecidos a partir da ideia de Eixos Nacionais de Integração e Desenvolvimento (ENID), em que o Brasil previa o desenvolvimento de eixos de integração e desenvolvimento para a inserção da economia brasileira de maneira mais competitiva na economia internacional. Os eixos ou cinturões de desenvolvimento, chamados de corredores de exportação, indicavam a ligação do mercado brasileiro à Ásia-Pacífico (Neves, 2024, online).

Ainda, segundo Neves (2024, online), tanto os objetivos da IIRSA quanto as propostas da “nova” rota de integração para a América do Sul convergem em relação aos eixos priorizados e ao protagonismo brasileiro no impulsionamento do desenvolvimento de infraestrutura no continente e o direcionamento do mercado e produção nacional à Ásia-Pacífico, ao passo que a IIRSA pouco se destacou, sendo então incorporada posteriormente, em 2011, ao Conselho de Infraestrutura e Planejamento Sul-Americano (COSIPLAN) da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL).

Com o avanço COSIPLAN-UNASUL ao longo de quase uma década (2010–2018), quando este foi paralisado, houve avanços em relação a obras concretizadas e atrativos de investimentos aos países envolvidos; contudo, houve uma descontinuidade de um espaço comum para se pensar o desenvolvimento da infraestrutura dos países da região (Neves, 2024, on-line).

Assim, Neves (2024, online) destaca que cada país sul-americano foi se organizando de acordo com suas respectivas agendas e interesses, e o Brasil progrediu para a implantação e implementação do Corredor Bioceânico com Paraguai, Argentina e Chile, o que, portanto, caracteriza o que foi denominado de “velhas/novas” rotas de integração", face ao tensionamento e atravessamento como os ocorridos no COSIPLAN-UNASUL.

Hoje, no Brasil, o Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano, criado no âmbito da estrutura de governança do Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO), por força da Resolução do Comitê Ministerial de Governança do Ministério do Planejamento e Orçamento (CMG) nº 1, de 5 de junho de 2023, é um colegiado importante que atua nesse cenário, em conformidade com o Consenso de Brasília.

O relatório de atividades do Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano, publicado em outubro de 2023, menciona os desafios e as potencialidades da integração regional, chamando a atenção para as fronteiras brasileiras. Isso implica voltar o olhar para além da infraestrutura, como a construção de pontes, rodovias ou linhas de trem, mas para a população do território fronteiriço, as realidades que demandam mais atenção por parte do centro de decisão política (Brasil, 2023).

Observamos, portanto, que historicamente, a América do Sul e o Brasil têm se fortalecido em busca de integração entre os países, impulsionados principalmente pelos interesses do grande capital. Esse movimento ocorre em um contexto de acirramento político e econômico mundial, especialmente em relação a potências como China, Estados Unidos e União Europeia. No entanto, surge uma preocupação sobre como esses interesses impactarão as populações que habitam esses territórios, uma vez que a disputa entre o crescimento econômico-financeiro e o social é uma questão que já se mostra divergente há bastante tempo.

Esse ponto se alinha às nossas reflexões sobre as demandas e complexidades sociais presentes nesse contexto. O Corredor Rodoviário Bioceânico, portanto, insere-se nas discussões acerca das fronteiras sul-americanas e brasileiras, que se tornam espaços férteis para o debate sobre desenvolvimento, regionalidade e a interiorização dos países da região. Essa dinâmica possibilita que essas áreas assumam um protagonismo antes inexistente no cenário mundial, ao passo que mostra a necessidade intrínseca de considerar a realidade das comunidades que habitam esses territórios.

A extensão territorial do Brasil é imensa, abrangendo uma área de 8.510.417,771 km<sup>2</sup>. Segundo o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2023, houve um aumento de 72,2 km<sup>2</sup>, resultado de novos delineamentos nas fronteiras internacionais em trechos dos estados do Amazonas, Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. As fronteiras brasileiras são, portanto, alinhadas à linha divisória terrestre do país com seus vizinhos da América do Sul, representando 2.357.850 km<sup>2</sup> do território nacional, o que corresponde a aproximadamente 27% da sua extensão total.

Onze estados brasileiros estão localizados ao longo da linha de fronteira, que se estende de Norte a Sul do país: Amapá, Pará, Roraima, Amazonas, Acre, Rondônia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O Brasil compartilha sua fronteira com 10 dos 12 países da América do Sul, totalizando uma extensão de 16.885,7 km. Apenas o Chile e o Equador não fazem fronteira com o nosso país. Situado no continente americano, o Brasil limita-se com a Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai, excluindo apenas os dois países mencionados. Essa área, conhecida como “fronteira terrestre” ou “fronteira continental”, é caracterizada por uma vasta extensão territorial e pela diversidade social, econômica, política, ambiental e cultural (Peiter & Pereira, 2020).

Em termos de extensão de fronteira terrestre, as fronteiras brasileiras são as terceiras maiores do mundo, superadas apenas pelas da China e da Rússia. A área total da faixa de

fronteira é de 1,4 milhão de km<sup>2</sup>, com mais de 15 mil km de comprimento e uma largura média de 150 km (IBGE, 2020).

A faixa de fronteira internacional do Brasil possui uma regulamentação jurídica distinta das demais regiões do país. Ela é regida pela Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979, que trata da Faixa de Fronteira e altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970. De acordo com o Artigo 1º dessa lei: “É considerada faixa de fronteira os municípios que compreendem a faixa interna de 150 km (cento e cinquenta quilômetros) de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional.” (Brasil, 1979). Essa faixa abrange 1.421.344,688 km<sup>2</sup>, o que representa 16,7% do território nacional, e inclui 588 municípios distribuídos em 11 estados, além de 33 cidades gêmeas<sup>13</sup>, também conhecidas como arranjos transfronteiriços.

A faixa de fronteira é dividida em três macrosssegmentos: arco norte, arco central e arco sul, além de 17 sub-regiões, conforme a Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, elaborada pelo Ministério de Integração Nacional em 2005. Essa divisão considera as similaridades geográficas, econômicas e culturais das regiões (Brasil, 2005).

---

<sup>13</sup> As cidades-gêmeas nacionais são regulamentadas pela Portaria nº 125, de 21 de março de 2014, que estabelece os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. No Art. 1º lê-se: “Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.” (Brasil, 2014)



**Figura 2** – Arcos da faixa de fronteira brasileira

Fonte: Carneiro Filho, Camilo Pereira; Câmara, Lisa Belmiro, 2019.

Os três arcos que compõem a base territorial brasileira apresentam características importantes e heterogêneas, conforme descrito por Moura e Oliveira (2018). Segundo as autoras, os arcos Norte e Central possuem uma maior extensão territorial em comparação ao arco Sul, que, por sua vez, apresenta uma menor área de terras indígenas e unidades de conservação. Os arranjos transfronteiriços também são limitados na região do arco Sul, que se destaca por ter menos restrições territoriais para ocupação e conexão, além de ser isenta de grandes barreiras naturais, como as densas florestas da Amazônia. Essa região também oferece melhores condições para os eixos de circulação terrestre, em parte devido ao incentivo histórico das correntes de povoamento promovidas pelo Estado.

Moura e Oliveira (2018) destacam que as populações e terras indígenas são características presentes em todos os três arcos, com uma ênfase especial no Norte. O arco

Central também abriga uma população indígena significativa, enquanto o Sul possui uma extensão territorial muito menor.

Em relação aos indicadores sociais, as autoras observam que os arcos são marcados por uma considerável heterogeneidade. O Norte, embora tenha a maior extensão fronteiriça, apresenta o menor número de municípios, população e grau de urbanização. O arco Central segue em termos de população relativa, enquanto o Sul se destaca pelo maior número de municípios, população, grau de urbanização e participação no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Assim, o arco Sul é o que mais contribui para a geração de renda do país, enquanto o Norte apresenta a menor contribuição e o menor PIB per capita (Moura & Oliveira, 2018).

O número de pessoas ocupadas é maior no arco Sul, que possui uma vasta extensão de terras agricultáveis, embora a maioria da população esteja envolvida em atividades não agrícolas. Esse arco é o mais urbanizado, entretanto ocupações agrícolas se concentram predominantemente no arco Central. Essas ocupações são, na maioria dos municípios, de administração pública, sobretudo no Norte, onde coexistem ocupações de agricultura e mineração. No arco Central, destacam-se as atividades relacionadas à indústria, comércio, agricultura, pecuária e extração vegetal, com uma grande parte voltada para a produção de commodities, caracterizadas como as mercadorias primárias que fornecem matéria-prima para diferentes setores da sociedade, podendo ser de origem agrícola, pecuária, mineral e ambiental, que sustentam a produção industrial global. Os municípios de maior porte apresentam uma diversidade significativa de ocupações, sendo que aqueles localizados na linha de fronteira têm uma atividade comercial mais acentuada (Moura & Oliveira, 2018).

Outra característica importante observada por Moura e Oliveira (2018) são os diferentes aspectos sociais entre os três arcos. A renda domiciliar per capita é mais elevada no arco Sul, enquanto o arco Norte apresenta o maior número de habitantes vivendo em condições de pobreza extrema.

Ao lado do estado de Rondônia, na Região Norte, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul compõem os estados da Região Centro-Oeste que compõem o arco central. Além das características já citadas, esse arco é identificado pela transição entre Amazônia e o Centro-Sul do país, com expansão da fronteira agrícola para além do limite internacional. Possui expressivo número de populações indígenas e intensas interações transfronteiriças. Também é região estratégica para redes ilícitas internacionais como a de drogas, armas, contrabando, bem como violências (Peiter & Pereira, 2020).

Geograficamente, Mato Grosso do Sul é um dos estados brasileiros que faz divisa com dois países: Bolívia e Paraguai, e, portanto, é marcado pela diversidade e riqueza cultural desses

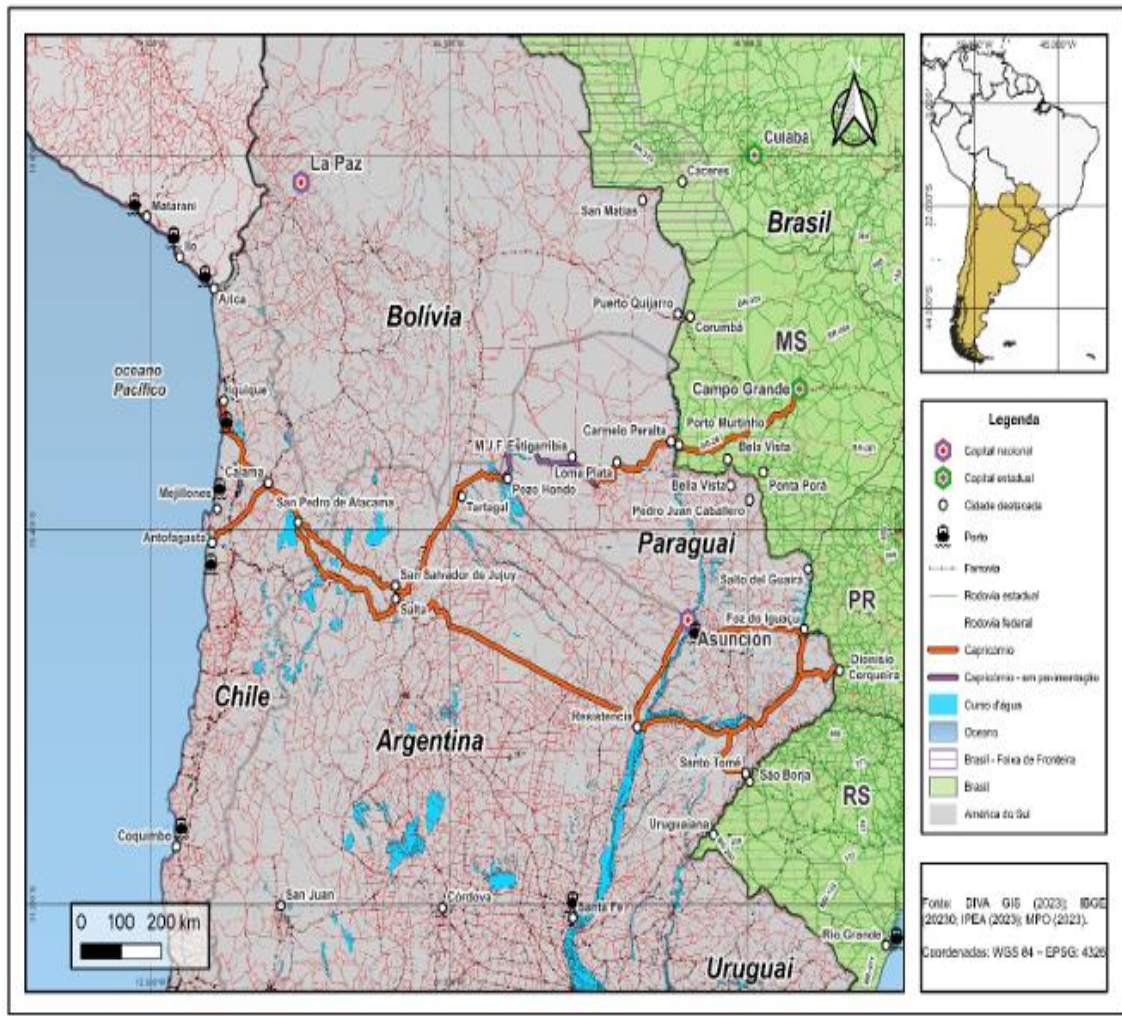
países que se mesclam, para além das fronteiras espaciais e socio-geográficas, na dinâmica das vivências entre cidades próximas, tanto no sentido territorial como no identitário e de sociabilidades. Também possuem especificidades importantes, características de regiões de fronteiras.

É importante destacar que as interações dos estados brasileiros com outros países estão previstas na própria Constituição Nacional. Isso é evidenciado no parágrafo único do Artigo 4º, que aborda as relações internacionais do Brasil: “A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações” (Brasil, 1988).

No caso de Mato Grosso do Sul, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, destaca-se por sua relevância na integração nacional e internacional, devido à sua posição geopolítica estratégica, a qual vem sendo mais intensamente explorada recentemente, após períodos de relativa estagnação. A região de fronteira sul-mato-grossense foi amplamente explorada, especialmente nas áreas de Corumbá, devido à sua proximidade com a Bacia do Prata, configurando-se como uma importante rota de escoamento de minério de ferro e grãos entre países, bem como na região de Porto Murtinho, que experimentou um período de destaque com o cultivo e a exportação da erva-mate.

Dessa forma, Mato Grosso do Sul atua como um ponto de conexão entre as bacias Amazônica e do Prata, além de possuir projeções na América do Sul, dado que sua localização o situa entre os oceanos Pacífico e Atlântico. Dos 79 municípios que compõem o estado, 44 estão situados na faixa de fronteira. A cidade de Porto Murtinho/MS, fronteira com o Paraguai e com uma população aproximada de 12 mil habitantes, tem conquistado crescente destaque no cenário local, nacional e internacional, especialmente devido ao projeto de implantação do Corredor Rodoviário Bioceânico.

O Corredor fará ligação com quatro países sul-americanos: Brasil, Paraguai, Argentina e Chile, reforçando relações econômicas entre os países, fortalecendo o turismo local e possibilitando desenvolvimento para as regiões, principalmente como via de escoação para a exportação da Região Centro-Oeste brasileira.



**Figura 3** – Corredor Rodoviário Bioceânico

Fonte: Relatório do Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano do Ministério do Planejamento e Orçamento (Brasil, 2023).

O Corredor Rodoviário Bioceânico, que define a Rota 4: Bioceânica de Capricórnio, tem como objetivo conectar o Mato Grosso do Sul, iniciando na cidade de Porto Murtinho, aos portos do norte do Chile, localizados em Antofagasta e Iquique. Este trajeto passa pelo Chaco Paraguuaio, incluindo cidades como Carmelo Peralta, Loma Plata, Mariscal Estigarribia e Pozo Hondo; atravessa a Argentina, passando por Tartagal, Salta e Jujuy; e chega ao Chile, passando por Calama e San Pedro de Atacama.

Esse corredor se tornará uma importante via de escoamento de carga, reduzindo os custos de transporte para o Mato Grosso do Sul e posicionando o estado como um protagonista na dinâmica comercial tanto nacional quanto internacional. Além disso, ele conecta regiões historicamente excluídas do desenvolvimento sul-americano, como o Centro-Oeste do Brasil, o Chaco paraguaio, o noroeste da Argentina e o norte do Chile.

## 2.2 Contradições entre o corredor rodoviário bioceânico e produção de saúde

O Corredor abrange não apenas o Mato Grosso do Sul, mas também os estados do Paraná e Santa Catarina, com potencial influência até o noroeste do Rio Grande do Sul, conforme indicado no Relatório do Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano do Ministério do Planejamento e Orçamento (2023). O relatório também destaca que a Rota Bioceânica de Capricórnio se integra às Rotas de Integração e Desenvolvimento de Porto Alegre – Coquimbo, ao sul, e ao Quadrante Rondon, ao norte. Apesar das diferentes latitudes, as rotas que partem de Porto Murtinho (MS), Foz do Iguaçu (PR), Dionísio Cerqueira (SC) e São Borja (RS) convergem para as cidades argentinas de Salta e Jujuy, antes de cruzar a Cordilheira dos Andes, pelo Paso de Jama ou pelo Paso de Sico, em direção aos portos chilenos de Antofagasta, Mejillones, Iquique e Arica, no Pacífico (Brasil, 2023).

O Relatório destaca que o Corredor Rodoviário Bioceânico de Porto Murtinho foi oficialmente instituído pela Declaração Presidencial de Assunção, em 2015. Desde então, um Grupo de Trabalho tem se mantido ativo, graças ao modelo de governança estabelecido em colaboração com os países vizinhos, governos subnacionais e diversos atores locais de diferentes partidos políticos (Brasil, 2023).

Em 2017, o compromisso dos países com o Corredor Rodoviário foi reafirmado por meio da Declaração Presidencial de Brasília, evidenciando a resiliência do projeto, mesmo diante da paralisia da Unasul e do Cosiplan. Vale ressaltar que este é o único projeto que conta com duas declarações presidenciais<sup>14</sup>. Mais recentemente, em setembro de 2023, sob a gestão do governo Lula, foi criada a Frente Parlamentar em Defesa da Rota Bioceânica na Assembleia Legislativa de Mato Grosso do Sul, recebendo o apoio do Ministério do Planejamento e Orçamento do Brasil (Brasil, 2023).

O Corredor Rodoviário Bioceânico trará mudanças significativas para todo o território de Mato Grosso do Sul, não se limitando apenas à região de Porto Murtinho/MS. Se, por um lado, o principal objetivo do Corredor é expandir o desenvolvimento do capital no Centro-Oeste, criando novas oportunidades para transações comerciais além das fronteiras brasileiras, por outro, essa iniciativa promete provocar uma grande transformação social no estado e em sua população, já sinalizando reconfigurações territoriais e de relações de trabalho.

Diante desse cenário, as implicações e os impactos sociais geram incertezas e preocupações. A população, que já enfrenta diversas questões e demandas sociais, como por

---

<sup>14</sup> As citadas Declaração Presidencial de Assunção, em 2015, e a Declaração Presidencial de Brasília, em 2017.

exemplo as dificuldades de acesso a serviços sociais básicos, verá sua vida transformada por um novo padrão de desenvolvimento econômico e social. Este padrão, inerente à lógica de acumulação de capital, intensifica as desigualdades e precariza as condições de vida, destacando-se, assim, a necessidade de uma atuação eficaz das políticas públicas, especialmente na área da saúde.

O direito à saúde abrange diferentes dimensões da vida humana, refletindo a forma como são criadas as condições para as vivências nos diversos territórios. Essas condições não são meramente influenciadas por determinantes e condicionantes, mas são primordialmente fruto da determinação social da saúde (Breilh, 2021), o que torna essencial que as políticas públicas tenham um alcance global, garantindo o bem-estar e a qualidade de vida para todas as pessoas.

Isso significa pensar também no contexto mais amplo, quanto ao avanço do capitalismo e da globalização, que é complexo e multifacetado, resultando em um crescimento não homogêneo. Embora represente desenvolvimento e progresso para o capital, também pode acentuar desigualdades em diversos níveis, afetando especialmente a população e os grupos mais vulneráveis, intensificando as opressões de classe, sexo/gênero e raça/etnia.

Atualmente, a globalização tem sido marcada por crises profundas e agudas nas esferas econômica, social, ambiental, sanitária, migratória, dentre outras, que afetam especialmente países periféricos como o Brasil e suas nações vizinhas na América Latina. Essa realidade não é acidental, mas é fruto de um sistema capitalista desigual e desumano, cuja lógica de reprodução e acumulação é fundamentada nos interesses do capital financeiro, econômico, mercantil e industrial. Portanto, discutir a globalização implica analisar as contradições subjacentes que emergem de processos simultâneos. Essas crises têm raízes em uma crise estrutural do capital, que impacta de maneira significativa a população e os grupos mais vulneráveis, particularmente aqueles já submetidos à divisão sexual do trabalho, ao racismo e à xenofobia.

Alcançar um consenso sobre a natureza mono ou pluricausal da crise, e seus desdobramentos que impactam grupos vulnerabilizados, é um desafio; mas uma abordagem dialética, que leva em conta as mediações e o diálogo entre o singular e o plural, assim como a totalidade de diferentes contextos e determinações, certamente enriquece nossa compreensão do cenário atual. Essa perspectiva nos permite desvelar como as estruturas de poder, incluindo o patriarcado, o racismo e a lógica xenofóbica, que operam como mediações essenciais na determinação das condições de vida e saúde.

Nesse sentido, as fronteiras merecem uma atenção especial, pois estão se tornando cada vez mais relevantes em um mundo globalizado. Elas representam espaços que transcendem a

mera dimensão espacial ou geográfica, envolvendo intensas relações sociais, humanas, culturais, comerciais, econômicas e políticas, em constante transformação. Contudo, essa transformação é orientada pela lógica do capital, gerando conflitos e reforçando hierarquias. No Brasil, essas fronteiras se destacam não apenas pela sua extensão territorial, mas também por suas características dinâmicas e plurais, marcadas por singularidades e especificidades, muitas vezes traduzidas em vulnerabilidades acentuadas para quem nelas vive ou transita.

Essa dinamicidade e pluralidade presentes nos contextos e territórios fronteiriços nos levam a considerar que a compreensão da realidade, sob os pressupostos marxianos-lukacsianos, deve ser articulada a partir dos elos existentes entre as dimensões singular, particular e universal dos fenômenos. Ao mesmo tempo em que essas dimensões tensionam dialeticamente entre si, manifestam-se na configuração particular do fenômeno – como trazido com o território da fronteira entre o Brasil e o Paraguai, que constitui o lócus desta pesquisa – sob a luz do materialismo histórico-crítico e dialético. Nesse processo, o modo de produção capitalista e suas formas de exploração, incluindo a divisão sexual do trabalho e a precarização das relações de sexo/gênero e raça/etnia, atuam como mediações cruciais para a compreensão da determinação da saúde (Albuquerque & Silva, 2011; Breilh, 2015).

Nesse âmbito, a compreensão da totalidade exige a consideração de categorias mediadoras e contraditórias que a constituem. Conforme José Paulo Netto (2011), o materialismo de Marx apresenta três categorias fundamentais de análise: totalidade, contradição e mediação. O autor argumenta que, na concepção marxista, a sociedade burguesa constitui uma totalidade concreta, inclusiva e de caráter macroscópico, de elevada complexidade, composta por totalidades de menor complexidade. Essa totalidade é dinâmica, e seu movimento resulta das contradições presentes em todas as suas partes constitutivas. As relações entre os processos que ocorrem nas totalidades constitutivas, bem como entre estas e a totalidade abrangente da sociedade burguesa, são mediadas tanto interna quanto externamente, não apenas pelos diferentes níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar de cada totalidade. É através dessas mediações que as manifestações do patriarcado, do racismo e de desigualdades diversas se entrelaçam com a lógica do capital, impactando a saúde de grupos específicos, como as mulheres transfronteiriças.

O modo de produção capitalista, juntamente com a instituição do trabalho assalariado, constitui os pilares fundamentais da sociedade burguesa, possibilitando uma compreensão da realidade social enquanto fenômeno resultado exclusivo e integral da ação e interação humanas. A reprodução dessa sociedade, caracterizada pela divisão entre proletariado (classe trabalhadora) e burguesia – novamente afirmando aqui e reconhecendo a heterogeneidades

dessa divisão de classe – cuja classe dominante exerce poder por meio da exploração, opressão e dominação do proletariado, fundamentada na lógica da acumulação de capital e na propriedade privada, gera profundas desigualdades de ordem social, econômica, ambiental e outras. Essas desigualdades atravessam diferentes realidades e grupos específicos, configurando um cenário de disparidades estruturais que permeiam o tecido social, e que são inerentemente atravessadas pelas questões de sexo/gênero, raça/etnia e nacionalidade.

Ao considerarmos a realidade mais ampla de um mundo globalizado, caracterizado pela abertura de fronteiras e pela implementação de corredores rodoviários voltados ao desenvolvimento e à integração, percebemos que os interesses de uma determinada classe social ou do capital operam na esfera concreta, manifestando complexidades sociais, especialmente no que se refere à classe trabalhadora e, de modo particular, às mulheres. A expansão do capital, sob o tripé já mencionado, precariza ainda mais a vida dessas mulheres, impondo-lhes as cargas mais pesadas da exploração e da reprodução social. As demandas da população não são atendidas de maneira equitativa, evidenciando dificuldades de acesso e de garantia de direitos fundamentais, como o direito à saúde.

A perspectiva para a totalidade da humanidade encontra-se, portanto, fundamentalmente dividida entre a classe burguesa e a classe proletária, cada uma com seus próprios projetos históricos. É importante salientar que essas classes não constituem núcleos homogêneos, como será abordado posteriormente. As experiências de vida de mulheres, pessoas racializadas e transfronteiriças, por exemplo, revelam a heterogeneidade e as particularidades da exploração dentro da heterogênea classe de trabalhadores/as.

É possível afirmar que o projeto burguês permanece circunscrito aos limites da sociedade de classes; ainda que hoje ela apresente diferentes configurações, ele não consegue superar a lógica da exploração do homem pelo homem e constitui, essencialmente, um projeto particular que fundamenta a estrutura social atual. Por outro lado, o projeto do proletariado – que também possui outras configurações heterogêneas composta por mulheres, negras, indígenas, dentre outras – busca a superação de todas as formas de exploração, promovendo a realização plena da humanidade de todos os indivíduos, configurando-se, assim, como um projeto de caráter universal (Tonet, 2013).

A dinâmica das transformações decorrentes da implementação do Corredor Rodoviário evidencia-se na maneira como são apresentadas, sob uma perspectiva predominantemente econômica, voltada ao desenvolvimento, ao mercado e ao capital, alinhada ao projeto burguês de sociedade, em contraposição aos impactos sociais que afetam principalmente as classes mais vulneráveis. Essa hegemonia discursiva mascara as verdadeiras relações de produção e

reprodução da vida, desconsiderando a determinação social da saúde e as especificidades da exploração sobre as mulheres e outros grupos oprimidos.

Essa lógica societal é responsável por gerar desigualdades e produzir iniquidades sociais nas mais diversas esferas da vida humana, como também na saúde. Essas desigualdades manifestam-se de formas distintas entre diferentes grupos e segmentos sociais. Segundo Barata (2009), essas desigualdades não representam fenômenos recentes; na verdade, vêm sendo documentadas há bastante tempo, especialmente a partir do século XIX. Para a autora, as condições políticas e sociais que emergiram com o advento do capitalismo, durante a fase de produção industrial, favoreceram a emergência desse fenômeno, tanto pelas precárias condições de vida da classe trabalhadora quanto pelo ideário político associado às revoluções burguesas. É nesse contexto histórico-material que se consolidam as bases da determinação social da saúde, para as quais as condições de vida e trabalho são intrinsecamente ligadas à posição de classe, sexo/gênero, raça/etnia e transfronteirização.

O padrão de sociabilidade atual, fundamentado no projeto burguês, reflete a complexa realidade social do Brasil, um país em desenvolvimento com características periféricas, que está voltado para a globalização e os interesses do capitalismo. Nesse contexto, a desigualdade se manifesta de forma bastante evidente. Desde seus primórdios, o Brasil tem sido marcado pela escravidão e pela presença de uma elite branca e masculina que exerce controle sobre o poder político e econômico, muitas vezes priorizando seus próprios interesses em detrimento das necessidades da população. Diante desse cenário, é fundamental discutir a produção do humano e suas expressões de vida e saúde, entendendo-as como resultantes da determinação social (Breilh, 2015; Bones & Bellenzani, 2017) e das estruturas de acumulação de capital que se manifestam de forma classista, patriarcal e racista, impactando de maneira particular a saúde das mulheres transfronteiriças.

### **2.3 Saúde na fronteira entre Brasil e Paraguai**

A abordagem sobre saúde na fronteira entre o Brasil e o Paraguai é realizada neste estudo mediante a relação dialética entre o singular, o particular e o universal, considerada um dos princípios do método materialista histórico-dialético para a apreensão dos fenômenos de forma concreta. Conforme já mencionado, o foco central está na cidade de Porto Murtinho/MS, que constitui uma cidade gêmea de Carmelo Peralta, sendo, portanto, o lócus da pesquisa. Antes de aprofundar-se em questões específicas, é fundamental delinear um panorama geral sobre a situação da saúde na região de fronteira.

A saúde na fronteira reflete a necessidade de ampliar a compreensão do conceito de fronteira, considerando as constantes interações e processos de integração que a caracterizam. Segundo Santos-Melo, Andrade e Ruoff (2018), os processos de integração entre países, incluindo aqueles situados em regiões de fronteira, são impulsionados por fatores econômicos e geopolíticos, sendo regulados pela Organização Mundial do Comércio (OMC). Essas políticas resultam na abolição de barreiras tarifárias, legais e institucionais, com o objetivo de facilitar o acesso às instituições comuns e a regulação do consumo de serviços sociais entre os Estados envolvidos.

Observa-se uma linha de raciocínio convergente defendida por Aikes e Rizzotto (2020), as quais afirmam que a formação de blocos regionais de Estados próximos, motivada por interesses econômicos comuns, constitui uma das manifestações do processo de globalização. Contudo, as autoras destacam que, no contexto dos países sul-americanos, a integração enfrenta dificuldades internas decorrentes das desigualdades econômicas, bem como das diferenças culturais, sociais e político-ideológicas, além de conflitos territoriais.

No âmbito da saúde, Santos-Melo, Andrade e Ruoff (2018) apontam que as iniciativas de integração internacional passaram a atuar como uma força de financiamento social a partir da década de 1990, impulsionadas pela capacidade financeira de bancos de desenvolvimento. Esse contexto propiciou a formulação de novos arranjos de decisão política governamental, nos quais a integração desempenha papel fundamental na consecução de objetivos globais de saúde, refletindo-se em impactos relevantes no comércio, na mobilidade populacional, nas finanças públicas e em outras questões de âmbito internacional.

A agenda de cooperação técnica internacional, tanto bilateral quanto multilateral, desempenha um papel fundamental na resposta às demandas do setor de saúde. No Brasil, essa atuação possui uma tradição consolidada, especialmente apoiada pelo Ministério das Relações Exteriores e pelo Ministério da Saúde, os quais se destacam como principais agentes na promoção da cooperação técnica em saúde no contexto dos países em desenvolvimento (ABC, 2007).

A cooperação técnica com organismos internacionais e países desenvolvidos possibilitou ao Brasil a modernização de suas instituições de saúde, além de viabilizar a assinatura de acordos relevantes, como o Protocolo de Intenções, firmado em 2005 entre os dois ministérios mencionados, com o objetivo de atender às crescentes demandas por cooperação horizontal apresentadas pelos países beneficiários. Essa modalidade de cooperação promovida pelo Ministério da Saúde permite ao Brasil desenvolver ações em diversas áreas no continente africano e na América Latina, incluindo programas voltados à Malária, HIV/AIDS, Sistema

Único de Saúde (SUS), nutrição, bancos de leite humano, vigilância ambiental em saúde, vigilância epidemiológica, geminação hospitalar, bem como a cooperação em fármacos e imunobiológicos (ABC, 2007).

A publicação da Agência Brasileira de Cooperação (2007) destaca que, progressivamente, a cooperação internacional tem se fortalecido, sobretudo por meio do Ministério da Saúde e sua Assessoria de Assuntos Internacionais. Essa estrutura tem sido cada vez mais solicitada a atuar em âmbito internacional, tanto no contexto Norte-Sul quanto no Sul-Sul. Nesse cenário, observa-se que a maior parte dessa cooperação é de natureza horizontal, predominantemente centrada na cooperação técnica em maior escala e na troca científica e tecnológica em menor proporção.

De acordo com Aikes e Rizzotto (2020), a legitimação dos processos de transfronteirização, entendida como um conjunto de ações voltadas ao aproveitamento de uma fronteira, incluindo a busca por direitos sociais, demanda regras específicas de funcionamento. Essas regras são respaldadas por acordos bilaterais ou multilaterais, uma vez que transcendem a escala local e envolvem sistemas políticos e sociais distintos, requerendo, portanto, intervenção do nível nacional de governo. No caso do Brasil, segundo os mesmos autores, os principais fluxos relacionados à transfronteirização concentram-se nos serviços públicos de saúde e, secundariamente, na educação.

No âmbito da saúde, que constitui o foco principal desta investigação, encontram-se presentes acordos formais ou informais que regulam ou estabelecem diretrizes para os territórios de fronteira. Segundo Peiter e Pereira (2020), os acordos bilaterais relacionados à saúde, de modo geral, regulam os locais de circulação da população, que busca acesso aos serviços de saúde. Esses acordos suscitam reflexões não apenas sob a perspectiva epidemiológica e de vigilância em saúde, uma vez que os problemas de saúde passam a ser compartilhados entre os países envolvidos, mas também sob o ponto de vista do acesso aos serviços, considerando que os sistemas de saúde nem sempre estão adequadamente preparados para atender à demanda gerada, dada a capacidade instalada. Essa oferta de serviços é frequentemente limitada por recursos estruturais, financeiros e humanos, além de ser influenciada por diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais entre os países fronteiriços.

Embora as discussões e os acordos internacionais tenham se consolidado ao longo das últimas décadas, com a implementação de iniciativas relevantes, os avanços nesse campo ainda permanecem incipientes. Os acordos existentes tendem a limitar-se às fronteiras nacionais, apresentando uma natureza restrita, uma vez que não há uma política de saúde transfronteiriça

capaz de assegurar recursos financeiros diferenciados, superar as barreiras burocrático-administrativas ao acesso aos serviços, ou promover ações amplas e eficazes voltadas à prevenção e promoção da saúde. Além disso, carecem de indicadores de saúde coletivos que possam facilitar o planejamento de ações e atividades específicas para os territórios transfronteiriços, entre outros aspectos.

Essa constatação encontra respaldo na análise do trabalho realizado pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) no período de 1998 a 2018. Ao longo desses vinte anos, diversas conquistas evidenciam o papel central do Ministério da Saúde brasileiro, especialmente na promoção da saúde pública; contudo, ainda persistem inúmeros desafios para o fortalecimento da cooperação em saúde no âmbito global, reconhecimento esse também por parte da própria instituição (AISA, 2018).

As ações desenvolvidas permanecem relativamente homogêneas, abordando questões como medicação, HIV/AIDS, tabaco, cooperação humanitária em saúde e zika vírus, entre outras (AISA, 2018). Em contrapartida, temas urgentes relacionados à saúde indígena nas fronteiras ou às demandas específicas de grupos vulneráveis, como as mulheres, continuam sendo pouco discutidos no contexto dos territórios transfronteiriços, e as existentes de uma maneira geral, com foco mais epidemiológico/epidêmico.

E isso ocorre em um contexto de acentuada mobilidade transfronteiriça. Segundo Peiter (2020), embora ela possa ser compreendida como uma estratégia adotada pelas populações de fronteira, ela também pode representar um desafio significativo para os serviços de saúde locais. Essa mobilidade, aliada à presença de populações flutuantes nas zonas de fronteira, pode comprometer a precisão dos registros de saúde, dificultar ou impedir o acompanhamento do tratamento de pacientes em trânsito ou residentes em países limítrofes, e dificultar o planejamento e a implementação de ações de prevenção, controle e vigilância de doenças. Além disso, essa dinâmica pode comprometer o dimensionamento adequado dos serviços de saúde e a efetividade das ações de imunização, além de reduzir a eficácia de medidas locais de controle, como o controle de vetores e o controle ambiental.

Santos-Melo, Andrade e Ruoff (2018) descreveram os tipos e a finalidade dos acordos de integração de atenção à saúde que ocorrem em regiões de fronteiras internacionais. As análises dos autores revelaram a existência de ações de saúde materializadas no modelo de acordos internacionais, que proporcionaram integração entre países. No geral, os acordos internacionais nessas regiões tendem a garantir o direito à saúde da população local, pois além de características próprias, as fronteiras são distantes dos grandes centros e, em geral, com baixa infraestrutura de saúde. Os autores também evidenciaram que a procura por atendimento de

saúde em países vizinhos pode estar relacionada às diferenças entre os sistemas nacionais de saúde; esse fato possibilita a celebração de acordos de integração entre fronteiras internacionais; contudo, segundo os autores, há dificuldades operacionais nos processos de integração que tornam mais complexa a gestão de saúde fronteiriça.

Entre Brasil e Paraguai há acordos formais desde o início da década de 1970 até os dias atuais. Destaca-se o Acordo Sanitário promulgado pelo Decreto nº 70.335, de 28 de março de 1972, que definiu a cooperação sanitária com o combate a doenças como malária, febre amarela e varíola, posteriormente atualizado e ampliado pelo Decreto nº 1.634, de 12 de setembro de 1995; até o Decreto nº 11.859, de 26 de dezembro de 2023, que promulgou o Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, firmado em Brasília, em 23 de novembro de 2017, o qual regulou a facilitação do acesso a serviços públicos, incluindo a saúde, para moradores da fronteira.

Observa-se, contudo, que a formalidade dos acordos estabelecidos nem sempre reflete a realidade efetivamente vivenciada. O Decreto nº 11.859, de 2023, dispõe, em seu Artigo III, sobre os direitos concedidos, incluindo o item “c) Atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade”, o qual se aplica exclusivamente aos titulares da Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço e àqueles em exercício de trabalho, ofício ou profissão conforme as leis destinadas aos nacionais da parte onde a atividade é desenvolvida. Esse dispositivo, portanto, não contempla, por exemplo, a população transfronteiriça que reside em outro país por diferentes motivos, levando-a a adotar estratégias específicas para acessar os serviços públicos de saúde. Além disso, no contexto brasileiro, essa norma não abrange a população transfronteiriça residente no país, não alinhando-se aos princípios doutrinários do sistema público de saúde brasileiro, que preconizam os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Essa afirmativa encontra respaldo nas discussões de Santos-Melo, Andrade e Ruoff (2018), os quais destacam que o êxito dos acordos de integração em saúde entre os governos de países fronteiriços depende, fundamentalmente, da compreensão por parte de gestores e profissionais de saúde acerca dos direitos dos estrangeiros. Essa compreensão é crucial, considerando-se a repercussão potencial sobre princípios éticos e políticos comuns, bem como a fragilidade institucional dos acordos existentes. Embora esses instrumentos possam beneficiar as populações residentes na região de fronteira, sua implementação e manutenção dependem mais da sensibilidade e do comprometimento dos envolvidos no processo do que das políticas que os originaram. Isso indica, portanto, a ausência de uma política abrangente que assegure,

de forma efetiva, o acesso, o atendimento e a garantia dos direitos relacionados à saúde da população transfronteiriça.

Nas análises conduzidas por Aikes e Rizzotto (2020) acerca de duas iniciativas voltadas à promoção da cooperação e do desenvolvimento regional: o Mercosul e a União de Nações Sul-Americanas (Unasul), verificou-se que os processos de transfronteirização na área da saúde foram pauta dessas instituições. Contudo, muitas propostas não se concretizaram, uma vez que as preocupações predominantes se concentraram em temas relacionados à vigilância sanitária, à vigilância epidemiológica e aos aspectos administrativos do trânsito em pontos de fronteira. Segundo os autores, há a necessidade de avançar na abordagem das questões sociais, de modo a promover uma cooperação mais efetiva e inclusiva.

No que tange ao acesso à saúde, observa-se que, frequentemente, os acordos formais não contemplam todas as especificidades da população transfronteiriça nem garantem tratamento equitativo a todos os grupos, evidenciando limitações na sua abrangência e efetividade. Essa constatação também se fundamenta na compreensão de que as relações bilaterais de saúde do Brasil com os países vizinhos na América do Sul tenham como foco a cooperação com países sul-americanos ou de outros continentes, tanto para a utilização dos serviços de saúde, como apoio técnico, quanto no fortalecimento de programas existentes de combate às doenças, conforme assinalam Peiter e Pereira (2020).

Em uma pesquisa cujo objetivo foi analisar as condições de acesso e as demandas por serviços de saúde em cidades fronteiriças do Mercosul, bem como discutir as repercussões dos processos de integração regional entre os países nos sistemas de serviços de saúde, sob a perspectiva dos secretários municipais de saúde, Giovanella et al. (2007) demonstraram que iniciativas locais de cooperação entre gestores brasileiros e estrangeiros vêm sendo empreendidas na região de fronteira. Essas iniciativas incluem relações formais ou informais entre o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal e os serviços públicos de saúde das cidades estrangeiras fronteiriças, com os tipos de cooperação variando entre fóruns ou grupos internacionais de saúde na fronteira, ações conjuntas de controle de vetores, troca regular de informações epidemiológicas e atividades de vigilância ambiental. Além disso, foram identificados contatos informais, realizados a pedido de autoridades de outros países ou por meio de contatos diretos entre profissionais de saúde, envolvendo troca de serviços, ainda que sem a formalização de iniciativas específicas (Giovanella et al., 2007).

Significa, mais uma vez, que os acordos são restritos e podem ser considerados frágeis, longe de contemplar uma política ampla e consistente que determine diretrizes e regulem todas as questões de saúde dos territórios de fronteira.

Ainda sobre as iniciativas de cooperação em nível local, de acordo com Giovanella et al. (2007), elas podem servir como orientadoras para a formulação de diretrizes específicas voltadas às situações de fronteira, possibilitando a melhoria do acesso aos serviços de saúde de forma integral e humanitária no âmbito do Mercosul. Essas experiências, exemplificadas por modelos adotados na União Europeia (UE), demonstram a potencialidade de ações coordenadas que promovam a integração e a efetivação de direitos sanitários em contextos fronteiriços. Contudo, para que esses processos de integração sejam efetivos, é imprescindível a criação de novas institucionalidades e a implementação de métodos de regulação de caráter supranacional, capazes de contribuir para a concretização dos direitos à saúde, a construção da cidadania social e a redução das desigualdades e assimetrias entre os países envolvidos.

A tarefa é das mais complexas e a garantia do direito à saúde para além das fronteiras insere-se em movimento supranacional. É necessário somar vozes com movimentos pela cidadania global, de universalização de direitos, em um mundo sem fronteiras não apenas para mercados e capitais, mas principalmente para as pessoas. (Giovanella et al., 2007, p. 264).

Outro ponto, no campo saúde e fronteira, que evidencia uma lacuna relevante diz respeito aos estudos e às pesquisas sobre a saúde da mulher em contextos fronteiriços, conforme nossa revisão de literatura (Carissimi, Almeida, Costa e Moraes, 2025). Ao classificar os trabalhos identificados segundo os objetivos específicos e as estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), constatamos que apenas 6 dos 14 objetivos estão contemplados, indicando limitações expressivas na produção científica. Além disso, prevalece uma abordagem que descreve as fronteiras principalmente como recortes socioespaciais e geográficos, sem problematizar sua dimensão relacional e a complexidade dos fluxos, vínculos e desigualdades que atravessam esses territórios. As investigações sobre mulheres migrantes e refugiadas ainda apresentam ênfase restrita e, de modo ainda mais acentuado, as mulheres transfronteiriças, marcadas pela mobilidade frequente entre países limítrofes e por experiências singulares de acesso a direitos e serviços, permanecem pouco exploradas em suas especificidades.

Apesar dessas limitações, os estudos analisados convergem na defesa de políticas públicas abrangentes, intersetoriais e transnacionais que fortaleçam os sistemas de saúde voltados a essas populações, sob a perspectiva da integralidade do cuidado. Essa diretriz decorre tanto das vulnerabilidades específicas vivenciadas por distintos grupos de mulheres em territórios fronteiriços quanto da persistente insuficiência de assistência integral à saúde nesses contextos.

Uma iniciativa de relevância que se aproximou do conceito de uma política mais consolidada e que chegou a estar em vigor no âmbito do Mercosul foi o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120, de 6 de julho de 2005, do Ministério da Saúde. Seus objetivos consistiam em “promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde” (Brasil, 2005, Art. 1º). Estes objetivos inclusive convergiam para os princípios doutrinários e organizativos do SUS: integralidade, hierarquização, universalidade, equidade, descentralização, controle social e regionalização, em territórios fundamentais como os de fronteira.

Entretanto, em um período inferior a dez anos, o programa foi encerrado, e atualmente não há nenhum outro em vigor que o substitua. A Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014, também do Ministério da Saúde, estabeleceu os prazos para a conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) e regulamentou o repasse de incentivos financeiros relacionados a essas ações (Brasil, 2014).

É importante destacar que iniciativas mais restritas ou o encerramento de ações, como ocorreu com o SIS-Fronteiras, refletem uma tendência de ofensiva neoliberal e de desmantelamento dos direitos sociais conquistados arduamente ao longo do tempo. Essas ações representam um retrocesso na construção de uma política de saúde que seja verdadeiramente inclusiva e universal, reforçando a necessidade de resistir a essas tendências e de fortalecer estratégias que assegurem a proteção e a promoção do direito à saúde em contextos de fronteira.

Também convém mencionar que, no território estudado, com a implementação do Corredor Rodoviário Bioceânico, uma iniciativa liderada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES) iniciou, no segundo semestre de 2024, um mapeamento das estruturas de saúde em Mato Grosso do Sul que visa reunir dados epidemiológicos e serviços de urgência, emergência e atenção básica da região, com a pretensão de criar um sistema digital acessível ao público, integrando dados georreferenciados da rede pública de saúde. (Palheta, 2024)

Entretanto, observa-se que o mapeamento também está centralizado em obter informações epidemiológicas regionais para subsidiar o planejamento estadual e a interlocução com autoridades dos países vizinhos. (Palheta, 2024). Além disso, não abrange a transfronteirização e não escuta a população local, limitando-se, mais uma vez, a apenas um aspecto, pouco contribuindo para avanços na construção de uma política de saúde transfronteiriça. Essa iniciativa, embora represente um avanço em termos de sistematização de dados, reitera o padrão observado historicamente: a priorização de questões epidemiológicas e

administrativas em detrimento de uma abordagem que considere as particularidades e as demandas específicas das populações transfronteiriças, especialmente as mulheres.

Portanto, a abordagem da saúde nesses espaços deve ser conduzida de maneira ampla e fundamentada na perspectiva dos direitos universais e da cidadania, de modo a contemplar de forma efetiva às populações usuárias dos serviços de saúde. A consideração exclusiva de acordos internacionais, sejam eles bilaterais ou multilaterais, formais ou informais, muitas vezes inconsistentes, revela uma vulnerabilidade na política de saúde local, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de estratégias mais robustas e integradas, incluindo a formulação de políticas de saúde transfronteiriças. Além disso, é fundamental reconhecer e atender às particularidades de grupos e segmentos sociais específicos, como as mulheres, cuja situação será objeto de análise a seguir.

### **3. IDAS E VINDAS DE UM PERCURSO METODOLÓGICO “PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS”**

---

### 3.1 Saúde e a dialética da pesquisa

Após situar a pesquisa no entrecruzamento temático entre mulheres, saúde e fronteira, este capítulo, em articulação com o subsequente, compõe a segunda parte do trabalho, na qual se explicita o movimento dialético entre esses eixos. A metáfora “entre idas e vindas” é mobilizada para evidenciar, simultaneamente, a necessária contextualização ampliada e as singularidades da realidade investigada, incluindo os deslocamentos concretos da pesquisadora no trabalho de campo e o esforço sistemático de apreensão dessa realidade particular. Também contempla o próprio movimento das fronteiras que nos levaram a problematizar “fronteira da saúde ou saúde da fronteira?”.

À luz do método de Marx, conforme sistematizado por José Paulo Netto (2011), parte-se do entendimento de que a realidade social constitui uma totalidade histórica concreta, atravessada por contradições e mediada por instituições, normas e práticas. Ao tratar a questão das mulheres, considera-se a indissociabilidade entre trabalho produtivo e trabalho reprodutivo/doméstico e de cuidado como momentos dessa totalidade. Nessa chave, as determinações estruturais do capitalismo contemporâneo e as mediações institucionais, como Estado, políticas públicas, serviços de saúde, dentre outras, articuladas às experiências singulares, configuram e refletem a materialidade observada.

O método é tomado como orientação ontológica e epistemológica, cujo escopo consiste em reproduzir, no plano do pensamento, o movimento real do objeto, articulando o percurso do abstrato ao concreto e retornando ao concreto enriquecido pela práxis (Netto, 2011). No plano epistemológico, adota-se o materialismo histórico como fundamento, ou seja, as condições materiais de produção e de reprodução da vida social que engendram formas de consciência, arranjos institucionais e dispositivos de poder. O gênero ou as relações patriarcais de sexo ganham densidade analítica na sua imbricação com classe e raça/etnia.

As categorias de totalidade, contradição e mediação, portanto, operam como chaves interpretativas: a totalidade permite apreender o objeto em seu nexos amplo sem perder sua singularidade; a contradição orienta a busca das tensões constitutivas, como a atribuição social do cuidado às mulheres e sua concomitante desvalorização e invisibilização econômica; e a mediação possibilita compreender como políticas, organizações e estruturas institucionais conformam, concretamente, o acesso, o atendimento e a produção de saúde.

Nessa perspectiva, o contexto capitalista combinado às suas mediações institucionais, produzem e reproduzem formas específicas de trabalho realizado por e com mulheres,

remunerado ou não, com impactos diretos sobre a saúde física e mental e o acesso a direitos sociais e de saúde.

Ao voltar o olhar para a realidade concreta pesquisada marcada pelo desenvolvimento global e estrutural da faixa fronteira entre Brasil e Paraguai, com ênfase no Corredor Rodoviário Bioceânico, a análise do acesso e da garantia do direito à saúde, como direito fundamental para a preservação da vida e para a efetivação dos demais direitos sociais, assume centralidade. Essa centralidade se agudiza quando se consideram as mulheres, cujas condições históricas, sociais e políticas diferenciam-se de outros grupos sociais.

Assume-se, portanto, a perspectiva histórico dialética, problematizando determinações históricas e conjunturais presentes nas relações sociais, na produção e na reprodução da vida sob o capitalismo. Trata-se, por conseguinte, de compreender a saúde das mulheres na fronteira no interior da formação social capitalista contemporânea e de situar o papel do Estado na condução das políticas de saúde, guiando-se pelas categorias que estruturam a teoria e o método que orientam a pesquisa, bem como sua dinamicidade.

Conforme retratado por Netto (2011), o método histórico dialético de inspiração marxiana consiste em entender a vida ou os processos sociais como movimento permanente não linear, com avanços e retrocessos:

[...] Em Marx, a crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes, os seus *fundamentos*, os seus *condicionamentos* e os seus *limites* – ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais. [...] (Netto, 2011, p. 18).

Essa perspectiva de criticidade que se alicerça no marxismo, adota o materialismo histórico dialético como filosofia, teoria e método. Assim, concebe o homem como ser social, ativo e histórico; a sociedade, como produção histórica dos homens, que, mediante o trabalho, produz e reproduz sua vida material; as ideias e a realidade como expressões da realidade subjetiva e objetiva da vida material; a história e seu movimento contraditório e dialético na qual os homens podem transformá-la e transformar a si próprios (Bock, 2007).

Consiste, portanto, pensar a saúde da mulher na fronteira no contexto do capital e suas crises, o que, para Netto (2011), significa considerar o método de orientação marxista em uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa, ou seja, aquela em que se põe o/a pesquisador/a para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações.

Ainda no âmbito das reflexões sobre mulheres e o materialismo histórico crítico e dialético, as aproximações do feminismo e do marxismo dialogam nas “idas e vidas” deste percurso, nas “fronteiras” possíveis que revelam barreiras, mas também entrecruzamentos.

Falamos de “idas e vidas” porque nas “idas e vindas”, trabalhamos com “vidas”, com a realidade que se apresenta, suas complexidades e dinâmica vívida.

Mirla Cisne (2018), ao discutir feminismo e marxismo, afirma que o feminismo marxista permite o entendimento crítico e o enfrentamento das desigualdades sociais determinadas pela imbricação e contradição das relações sociais de sexo, raça/etnia e classe, que configuram as múltiplas expressões da questão social, com o intuito de uma ação política de luta pela emancipação humana.

O feminismo marxista, conforme Mirla Cisne (2015), converge para a proposta de uma epidemiologia crítica defendida por Jaime Breilh (2021), e ambas representam uma ruptura epistemológica fundamental com o paradigma empirista-positivista que domina a saúde pública convencional. Essas perspectivas rejeitam a fragmentação da realidade em categorias isoladas e abstratas, reconhecendo que a opressão e a doença não são fenômenos desconectados, mas manifestações corporificadas de contradições estruturais.

O modelo hegemônico de “determinantes sociais da saúde” (DSS), embora tenha representado avanço em relação ao biologismo puro, permanece prisioneiro da lógica cartesiana. Reduz a causalidade a conjunções empíricas, tratando gênero/sexo, classe e raça/etnia como variáveis aditivas em regressões multivariadas, não como relações estruturantes que subsumem a totalidade da experiência vivida. Ao fragmentar a realidade em “fatores de risco”, naturaliza as contradições e desconecta os processos de saúde-doença de suas raízes nas relações de exploração capitalista, patriarcal e racista. Mais criticamente, despolitiza a investigação ao transformar a epidemiologia em ferramenta de gestão estatal, não em instrumento de emancipação.

A estrutura dialética de Breilh (2021), baseada na tríade singular-particular-universal, é fundamentalmente distinta da lógica positivista de “variáveis independentes e dependentes”. Esta distinção é crucial para uma epidemiologia feminista marxista porque operacionaliza a compreensão de que cada singularidade encarna a universalidade. No movimento dialético, o singular se revela na experiência vivida de uma mulher trabalhadora específica, como as mulheres transfronteiriças, com suas dores, vivências e resistências. Porém, não como “caso individual” a ser agregado em estatísticas, mas como manifestação corporificada de contradições estruturais. O particular emerge nos processos que caracterizam sua posição de classe, sexo/gênero e raça/etnia, a exemplo de uma mulher discriminada em razão de sua identidade transfronteiriça, inserida em relações específicas de exploração econômica e simbólica. O universal reside nas contradições estruturais do capitalismo patriarcal racista que

determinam sua condição, transcendendo a singularidade para revelar as forças históricas que a subsumem.

Conforme Cisne (2015) argumenta, não é suficiente saber que mulheres vivenciem exploração de maneira singular; elas devem compreender sua posição estrutural e, portanto, particular, reconhecendo-se como sujeitos de transformação histórica. A epidemiologia crítica instrumentaliza exatamente este movimento, tornando visível como cada experiência singular encarna contradições universais, transformando a investigação em ferramenta de conscientização coletiva.

Breilh (2021), por sua vez, reconhece que os chamados “fatores de risco e proteção” são contradições inseparáveis, não entidades isoladas. A saúde das mulheres é o campo de luta de forças que se confrontam. A epidemiologia crítica não “controla” estas contradições através de técnicas estatísticas, mas as torna visíveis como motor de transformação social.

É aqui que reside a ruptura mais profunda com a epidemiologia convencional, ou seja, no reconhecimento das mulheres transfronteiriças como sujeitas epistêmicas, não como objetos de investigação. A metodologia positivista trata mulheres como fonte de dados, com seus corpos, doenças e “comportamentos de risco”, informações a serem coletadas, analisadas e interpretadas por especialistas. Isto constitui uma negação sistemática da capacidade cognitiva de mulheres transfronteiriças de compreender suas próprias condições e de produzir conhecimento válido sobre elas.

Discussões ancoradas no marxismo feminista destaca as mulheres e seu reconhecimento como sujeitas políticas capazes de interpretar sua realidade e transformá-la. A epidemiologia crítica operacionaliza isto através de metodologia participativa que não considera as mulheres como meras “informantes”, mas como coprodutoras de conhecimento que interpretam coletivamente suas condições de saúde. Nesta perspectiva, a experiência vivida de exploração não é “dado anedótico”, mas conhecimento válido sobre a determinação social da saúde e desse modo, este trabalho opta por um percurso metodológico participante, no qual se considera as mulheres protagonistas desse estudo como coautoras do processo de reflexões produzido, conforme apontado logo a seguir.

### **3.2 Saúde e mulheres no contexto de pesquisa participante**

A pesquisa participante produz conhecimento emancipador porque articula rigor científico com mobilização social. Isto significa instrumentalizar o rigor científico para revelar as contradições estruturais que a ciência convencional mascara, mobilizando social e

politicamente para transformar as condições investigadas e facilitando a construção coletiva de estratégias de transformação.

A pesquisa participante também se inscreve nesse horizonte que representa uma ruptura epistemológica fundamental com o paradigma científico tradicional que historicamente dominou a Psicologia Social. Diferentemente dos métodos experimentais dedutivos que mantinham uma separação rígida entre sujeito e objeto de pesquisa, a abordagem participante reconhece a impossibilidade de neutralidade científica e assume que o conhecimento é sempre situado, contextualizado e produzido nas relações concretas que as pessoas estabelecem dentro dos grupos sociais (Moraes, 2010). Esta transformação paradigmática não é meramente técnica, mas representa uma mudança profunda nas concepções de ser humano, realidade e ciência, exigindo coerência entre pressupostos teóricos e procedimentos metodológicos.

Fundamentada nos princípios do materialismo histórico dialético como ferramenta analítica, a pesquisa participante permite compreender os sujeitos como “históricos e sociais”, simultaneamente produtos e produtores de suas relações sociais, conforme descreve Moraes (2010). Esta base filosófica é crucial porque reconhece a historicidade dos sujeitos pesquisados, valoriza os contextos culturais específicos, integra a dimensão política da produção de conhecimento e questiona as relações de poder inerentes ao processo investigativo. Ao abandonar a pretensão de neutralidade científica, a Psicologia Social crítica assume seu compromisso com a transformação social, reconhecendo que toda pesquisa é um ato político e que o pesquisador não pode manter-se em uma posição de observador desinteressado.

A escuta da população local não constitui apenas uma técnica de apreensão das informações, mas representa uma postura epistemológica que reconhece os saberes populares como legítimos e fundamentais para a compreensão da realidade social. O conhecimento produzido por meio da pesquisa participante emerge das relações concretas que as pessoas estabelecem dentro dos grupos sociais, valorizando os saberes experienciais da comunidade e reconhecendo a expertise local sobre os problemas vivenciados (Moraes, 2010).

Esta perspectiva implica uma desconstrução da hierarquia tradicional entre conhecimento científico e saber popular, permitindo a integração de múltiplas vozes no processo investigativo. A escuta qualificada carrega uma dimensão ética fundamental, pois evita a imposição de categorias pré-concebidas sobre a realidade dos sujeitos.

A experiência da população local representa um conhecimento situado que emerge das condições concretas de vida, trabalho e organização social. Compreender o significado que os acontecimentos e as interações possuem para as pessoas no seu cotidiano é fundamental para reconhecer que a experiência vivida constitui uma fonte primária de conhecimento sobre a

realidade social (Moraes, 2008). Neste sentido, a população não é passiva receptora de interpretações externas, mas ativamente produtora de conhecimento e transformação social.

A pesquisa participante exige coerência entre pressupostos teóricos e procedimentos metodológicos, evitando o “uso indiferenciado” de técnicas que não correspondem aos fundamentos filosóficos da abordagem, conforme adotados nesta tese, a exemplo de observações locais, entrevistas e rodas de conversa, descritas logo abaixo. Isto implica que o/a pesquisador/a deve manter uma postura reflexiva, examinando criticamente suas próprias influências no processo investigativo e assumindo seu papel ativo na construção do conhecimento “com” a população protagonista. Esta reflexividade não é um desvio da objetividade científica, mas uma exigência ética e epistemológica para uma pesquisa verdadeiramente comprometida com a compreensão contextualizada da realidade social.

Ao valorizar a escuta e a experiência local, a pesquisa participante também contribui para a democratização da produção de conhecimento, rompendo com o monopólio acadêmico sobre a definição do que constitui saber legítimo. Isto é particularmente relevante para populações historicamente marginalizadas, cujas vozes foram sistematicamente silenciadas nos processos tradicionais de produção científica.

A pesquisa deixa de ser um processo extrativista de dados e torna-se um espaço de construção coletiva, no qual a comunidade participa não apenas como fonte de informação, mas como sujeito ativo na definição de problemas, na análise de realidades e na proposição de soluções.

É por isso que adotar os caminhos da pesquisa participante, associados com a epidemiologia crítica de Breilh (2021) e com o feminismo marxista de Cisne (2015), nos ofereceu muito mais que metodologia, mas uma filosofia política da saúde. Fundamentada na escuta qualificada e na valorização da experiência local, representa uma alternativa epistemológica e metodológica essencial para uma Psicologia Social verdadeiramente crítica e transformadora. Esta abordagem não apenas produz conhecimento mais contextualizado e relevante, mas também contribui para processos de empoderamento comunitário e transformação social. Sua importância reside em sua capacidade de integrar teoria e prática, conhecimento científico e saber popular, investigação e ação, constituindo-se como uma ferramenta fundamental para a construção de uma psicologia social comprometida com a justiça e a emancipação humana.

Para profissionais como assistentes sociais e psicólogos/as que atuam em contextos de saúde e trabalho, também no campo na Psicologia Social, a pesquisa participante oferece um caminho metodologicamente rigoroso e eticamente comprometido para compreender as

realidades vividas pelas populações atendidas, transformando a escuta em conhecimento e o conhecimento em ação transformadora.

Assim, os pressupostos teórico-metodológicos adotados nesta pesquisa operacionalizam a práxis emancipadora através das escolhas adotadas para esta pesquisa no diálogo e coprodução com as mulheres quanto a caracterização do grupo, narrativas qualitativas sobre experiências vividas de exploração, análise das estruturas de classe, gênero/sexo e raça/etnia, aliados aos processos de mobilização e emancipação.

### **3.3 Desconstruções e construções na coprodução do percurso de pesquisa**

A pesquisa, portanto, estruturou-se em duas fases complementares. A fase exploratória envolveu a pesquisa documental e bibliográfica fundamentada em contribuições de diversos/as autores/as pertinentes ao conhecimento acadêmico e científico na área. A pesquisa documental abrangeu materiais que ainda não haviam recebido tratamento analítico aprofundado ou que puderam ser reelaborados de acordo com os objetivos de estudo. Concomitantemente, desenvolveu-se a elaboração do projeto de pesquisa e a definição dos procedimentos necessários para a entrada em campo, ocorrida através da participação na pesquisa já mencionada “Rede Intersetorial de Políticas Públicas: Saúde, Saberes e Diversidades no Município Fronteiriço de Porto Murtinho/MS”, constituindo uma fase exploratória de pesquisa para a tese.

A pesquisa realizada acima nos permitiu uma aproximação com o campo de pesquisa, provocando-nos a refletir sobre uma realidade até então desconhecida para nós, enquanto pesquisadora. Essa fase foi essencial para a escolha do tema dessa pesquisa e abertura para a realização da pesquisa de doutoramento.

Sendo assim, consideramos que a fase de campo, entre 2022 e 2023, constituiu a interface entre a prática empírica e a construção teórica. Envolveu observação local e estratégias metodológicas participativas: entrevistas individuais e coletivas com roteiros semiestruturados combinando questões fechadas e abertas, e rodas de conversa realizadas ao longo o ano de 2024, que contribuíram significativamente para a produção de conhecimento qualitativo relevante ao estudo.

Desta forma, compreendendo a dinamicidade intrínsecas no movimento dialético entre singular-particular e universal, o contato com as mulheres transfronteiriças foi estabelecido com as protagonistas da investigação, a partir da experiência prévia com o Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e mediante aproximação com lideranças locais que já atuavam no

território, prosseguindo no aprofundamento dialógico com a população local, nesse caso, especificamente com um grupo de mulheres que residem, predominantemente, em uma área de ocupação em Porto Murtinho/MS, conhecida como Matadouro<sup>15</sup>, bem como de outras que trabalham ou estão próximas dessas mulheres, vivenciando condições de precarização de vida e saúde.

Optamos por entrevistar mulheres adultas, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), brasileiras ou não, que habitam o território de fronteira entre o Brasil (Porto Murtinho) e o Paraguai (Carmelo Peralta). A maioria dessas mulheres é transfronteiriça, embora também incluíssemos algumas que atuam e conhecem de forma aprofundada a realidade desses territórios, reconhecendo que suas experiências e saberes constituem fontes primárias de conhecimento sobre a realidade vivida.

A proposta inicial consistia na realização de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, conforme apêndice B. Sendo assim, para a etapa inicial, nos reunimos com parte desse grupo mediante articulação com a liderança local, cuja casa funciona como sede da filial do IBISS-CO<sup>16</sup> em Porto Murtinho/MS, espaço no qual essas mulheres já se encontravam para outras atividades.

No primeiro encontro, considerando o espaço disponível e o período noturno que se deu, ou seja, logo após a jornada de trabalho dessas mulheres<sup>17</sup>, parte do grupo foi convocada, principalmente aquelas consideradas pela liderança como mais participativas. Após uma apresentação coletiva de nossa pesquisa, objetivos e procedimentos, convidamos uma dessas mulheres para participar de entrevista individual em espaço mais reservado, e uma delas se prontificou. Enquanto isso, a liderança, a orientadora desta tese, uma acadêmica da iniciação científica e integrantes do IBISS-CO que estavam em atividade local permaneceram com as demais mulheres, conversando sobre saúde e reafirmando o valor de suas presenças e contribuições.

---

<sup>15</sup> Este nome decorre do fato de que, na região, existia um estabelecimento denominado matadouro, destinado ao abate de animais, predominantemente de origem bovina. Atualmente, esse local encontra-se desativado, mas está localizado em uma área de ocupação que adota popularmente esta mesma denominação, que é habitada por diversas famílias.

<sup>16</sup> O IBISS-CO é uma instituição de utilidade pública federal, sem fins lucrativos, que foi criada em 1993 e se tornou autônoma em 2000, e que tem como missão institucional, a defesa e a vivência dos direitos humanos econômicos, sociais, culturais e ambientais, cuja atuação se pauta: pelo protagonismo dos destinatários de suas ações e dos sujeitos envolvidos; pela luta na democratização das políticas públicas; e pelo compromisso com os grupos mais vulneráveis, com vistas à construção de uma sociedade equânime, saudável, solidária e democrática. Atua na região Centro-Oeste brasileira e nas fronteiras com o Paraguai e a Bolívia.

<sup>17</sup> Muitas dessas mulheres trabalham como catadoras de materiais recicláveis em uma área próxima conhecida como “lixão” expostas diariamente ao contato direto com todo o espectro de resíduos urbanos, desde matérias orgânicas em decomposição até lixo hospitalar e industrial, em contínua exposição a agentes patogênicos e tóxicos.

Após a conclusão dessa primeira entrevista, seguindo as etapas tradicionais de esclarecimento de dúvidas, apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice A<sup>18</sup>, gravação e finalização, convidamos outras mulheres a participarem do mesmo processo. Nesse momento, um grupo de seis mulheres optou por participar coletivamente, escolha que respeitamos e caracterizamos como entrevista coletiva, mantendo o roteiro semiestruturado, a gravação e o TCLE. Essa mudança de formato não representou um desvio metodológico, mas uma adaptação que honrou a agência das mulheres e sua preferência por se expressarem enquanto grupo, refletindo sua identidade coletiva e fortalecendo os laços de solidariedade entre elas. Essas entrevistas foram realizadas em abril de 2024.

Diante do material rico obtido, mas reconhecendo as dificuldades técnicas de transcrição da entrevista coletiva, em que múltiplas vozes se sobrepunham, retornamos ao campo em junho de 2024 com uma compreensão renovada de que as mulheres se identificavam e se sentiam mais à vontade expressando-se coletivamente do que individualmente. Essa percepção, emergida do próprio trabalho de campo, orientou nossa decisão de realizar outra entrevista coletiva com quatro mulheres, reafirmando que a metodologia deve ser responsiva às vozes e preferências das participantes.

Retornamos em julho de 2024 e, “um pouco presa aos modelos hegemônicos de se fazer pesquisa”, ainda realizamos uma entrevista individual com uma mulher indicada pelas participantes anteriores, utilizando o método de amostragem em bola de neve (“snowball”), que permitiu ampliar a rede de participação mantendo as próprias relações de confiança estabelecidas. Nessa fase, com 12 entrevistas realizadas, as narrativas começavam a se repetir, indicando que já tínhamos informações que nos aproximavam ainda mais da realidade vivenciada por essas mulheres, enquanto observávamos nos contatos contínuos com essas mulheres durante todo o percurso que compartilhamos juntas, uma similitude dos modos de vida e das experiências.

Paralelo a esse processo, estabelecemos uma parceria com o IBISS-CO que se revelou de fundamental importância para a valorização das mulheres como sujeitas ativas. No mesmo período, a organização desenvolvia um projeto alinhado às nossas questões de pesquisa, especialmente no que se refere à inclusão social e à afirmação de direitos sociais. O projeto intitulado “*Meu território, meu sonho de viver*” foi realizado ao longo de 2024 e contemplou

---

<sup>18</sup> As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com o Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº 6.583.214, CAAE: 76348323.5.0000.5162, ao qual a presente pesquisa foi submetida e aprovada.

o atendimento a trinta mulheres vinculadas ao Matadouro e a outras dez mulheres residentes no território em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A equipe do IBISS-CO realizou uma primeira atividade presencial com o objetivo de visitar o Matadouro, realizar reuniões de articulação e mobilização com lideranças e mulheres, inscrição e entrevista sociodemográfica individual. Esses instrumentos constituíram-se como dados/diagnóstico que utilizamos para fundamentar nossas discussões, reconhecendo que as próprias mulheres participaram ativamente da construção desse conhecimento.

A partir disso, desse processo de aproximação com as mulheres, compreendemos que o trabalho de campo de pesquisa revelou-se muito mais potente no oferecimento de espaços dialógicos e reflexivos, provocando-nos a repensar a proposta metodológica pensada inicialmente, que se propunha mais engessada, ou seja, a partir de um roteiro semiestruturado, e embora não se tratasse de um instrumento fechado ainda representava uma forma mais tradicional de se fazer pesquisa. A aproximação do campo nos indicou o contrário, propondo-nos outras possibilidades para a construção de um percurso de pesquisa flexível e que respondesse às singularidades da realidade social daquele território, nos permitindo uma maior proximidade e escuta, além de melhor compreensão da dinâmica e realidade social das próprias mulheres transfronteiriças.

Isso nos permitiu repensarmos nosso lugar enquanto pesquisadora e propor alternativas de pesquisa que possibilitassem caminhos de confiança, abertura, diálogo, proximidade e afetividade criando, assim, ambientes de empatia e possibilidade de envolvimento conjunto com as participantes da pesquisa por meio de um processo reflexivo mútuo da construção do conhecimento.

Nos meses subsequentes, inserimo-nos participando das oficinas propostas pelo IBISS-CO que se constituíram em espaços de diálogo, reflexão crítica e fortalecimento coletivo: Oficina 1 – Protagonismo e participação: Se reconhecendo como grupo; Oficina 2 – Direitos humanos: “Eu e o território”; Oficina 3 – Direitos humanos, direito e acesso às políticas públicas; Oficina 4 – Pertencimento ao território; Oficina 5 – Dia Nacional de enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes; Oficina 6 – Saúde da mulher catadora/coletora; Oficinas e atividades outras: Formas de associação ou cooperativismo, mercado (compra e vendas de produtos), planejamento e equipamento de proteção individual (EPI), direitos e possibilidades.

Algumas oficinas ocorreram no próprio Matadouro, local no qual foi construída uma tenda como forma de proteção, estratégia que facilitou o acesso considerando que as mulheres trabalham, precisam levar e buscar crianças em escolas e Centro de Educação Infantil (Ceinfs)

e ficam aguardando o caminhão para coletar materiais. A participação e presença das mulheres foi notável, evidenciando seu comprometimento com o processo. Outras oficinas ocorreram na filial do IBISS-CO em Porto Murtinho/MS.

Nas oficinas 2, 3 e na última, tivemos oportunidade de participar ativamente, entendendo o momento como rodas de conversa, além de propormos uma roda de conversa que conduzimos em abril de 2025, com a participação de três acadêmicas da iniciação científica. Promovemos a escuta ativa e qualificada das questões dessas mulheres, reconhecendo suas experiências como conhecimento legítimo e fundamental. Embora não tenhamos gravado essas rodas em virtude do número elevado de participantes de, aproximadamente 44 mulheres, as narrativas foram documentadas em diários de campo e aparecem nas escritas desta tese.



**Figura 4** – Entrevista individual abril/2024  
Fonte: Arquivo pessoal



**Figura 5** – Entrevista coletiva abril/2024  
Fonte: Arquivo pessoal



**Figura 6** – Roda de conversa junho/2024  
Fonte: Arquivo pessoal



**Figura 7** – Roda de conversa dezembro/2024<sup>19</sup>  
 Fonte: Arquivo pessoal



**Figura 8** – Roda de conversa abril/2025  
 Fonte: Arquivo pessoal

Nas rodas de conversa e nos espaços dialógicos constituídos como lugares de resistência e pertencimento, as participantes transcenderam o relato individual de vivências para construir uma narrativa coletiva sobre a saúde. Embora orientadas por questões específicas relacionadas à saúde, essas trocas revelaram-se processos de fortalecimento mútuo, em que cada mulher

<sup>19</sup> Nota-se que há presença de crianças e, às vezes, alguns homens, que acompanhavam as mulheres nesses momentos.

encontrou, nas vozes das outras, reafirmação de suas experiências de opressão e desigualdades, mas também de potencialidades de transformação. As narrativas emergentes, complementadas pelos dados sociodemográficos, pelas falas das mulheres e pelas referências teóricas que fundamentam nossa análise, constituem um conhecimento co-construído entre pesquisadoras e participantes, materializado na práxis de uma consciência coletiva que se fundamenta no diálogo, na solidariedade e nos afetos.

Ao abordarem temas relacionados à saúde, acesso aos serviços e questões envolvidas, as participantes compartilharam suas experiências, limites, dificuldades enfrentadas, bem como possibilidades e potencialidades identificadas em suas trajetórias. Esta perspectiva dialoga diretamente com o pressuposto teórico adotado, ao valorizar a voz das mulheres como elemento central na compreensão da temática estudada. A atuação conjunta com mulheres transfronteiriças e a abordagem de temas relacionados aos direitos humanos, saúde, políticas públicas, acesso à rede de atendimento, protagonismo feminino, empreendedorismo e formas de associação ou organização social, contribuíram significativamente para o fortalecimento dessa parceria, ampliando os objetivos propostos na pesquisa e, mais importante, fortalecendo a consciência crítica e o poder de agência das próprias mulheres.

As entrevistas e rodas de conversa realizadas promoveram uma maior aproximação e interlocução com as mulheres enquanto sujeitas da pesquisa, favorecendo uma compreensão mais ampla de suas experiências e perspectivas, simultaneamente contribuindo para seu empoderamento coletivo.

Reconhecido o potencial dessa forma de fazer e construir pesquisa, é importante mencionar algumas limitações envolvidas. No que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), é fundamental destacar as particularidades e dificuldades enfrentadas na operacionalização desta metodologia em determinados contextos. Inicialmente, nos referimos às condições necessárias para a realização das entrevistas e rodas de conversa. Apesar de enfrentarmos desafios relacionados ao espaço físico limitado e a um número elevado de mulheres participantes, buscamos sempre realizar as atividades em locais acessíveis e que proporcionassem acolhimento, que foram o próprio Matadouro e/ou a sede filial do IBISS-CO. Ao mesmo tempo que reconhecemos as dificuldades em termos de estrutura, acreditamos que a participação bem-sucedida foi possibilitada justamente por esses fatores, uma vez que as atividades ocorreram em territórios que elas vivem, onde se reconhecem como sujeitas e se sentem acolhidas, que é um princípio fundamental da pesquisa participante que valoriza a dignidade e o respeito às mulheres.

Outra questão relevante refere-se à assinatura do TCLE durante as entrevistas coletivas ou as rodas de conversa. A dinâmica de grupo, caracterizada pelo elevado número de participantes<sup>20</sup>, levou as mulheres a utilizarem um único termo para cada encontro. Também há de se considerar nesse tipo de pesquisa é que muitas das participantes apresentavam baixo grau de escolaridade ou não eram alfabetizadas, o que dificultou ou limitou a capacidade dessas mulheres a assinarem o documento de forma convencional. Essa situação gerou sinais de desconforto por parte das participantes, evidenciando a necessidade urgente de avanços na normatização de procedimentos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos em contextos mais vulneráveis. Durante as atividades, algumas mulheres solicitavam que outras assinassem o termo em seu nome, demonstrando, simultaneamente, um sentimento de pertencimento e reconhecimento enquanto grupo, assim como uma expressão de solidariedade que reafirma a importância da dimensão coletiva dessa pesquisa. Como estratégia para lidar com essas particularidades, optamos por permitir que as participantes assinassem o TCLE de forma livre e voluntária, conforme sua preferência, respeitando sua autonomia e dignidade. Essa abordagem buscou preservar os princípios éticos orientadores da pesquisa e garantir a participação autêntica e voluntária de cada mulher, reconhecendo que a ética não reside apenas em procedimentos formais, mas na relação respeitosa e solidária com as participantes.

Dada as observações sobre “ida, vindas e vidas” de um percurso metodológico que condiz com o referencial teórico, nas seções subsequentes são apresentados o “material da pesquisa” e as reflexões, o que nas terminologias convencionais seriam os resultados, as análises e as discussões em diálogo com a literatura atinente, mas aqui são entendidos como uma possibilidade de pensar saúde da mulher transfronteiriça e reconhecendo que outros aspectos podem (e precisam) ser explorados em estudos futuros, particularmente aqueles que aprofundem a voz e as perspectivas das próprias mulheres sobre suas realidades.

Esse detalhamento dos procedimentos descritos fundamenta a perspectiva teórico-metodológica no campo da pesquisa participante que, segundo Lindamar Alves Faermam (2014), possibilita e instrumentaliza o pesquisador e os sujeitos envolvidos e participantes para uma análise crítica e contundente da realidade social, para a objetivação de suas práticas, intenções e perspectivas ideológicas, assim como para o avanço do processo de consciência dos sujeitos envolvidos nas investigações.

---

<sup>20</sup> O número elevado de mulheres resultou de escolha das próprias participantes. Tratando-se de um coletivo que tinha dificuldade de aceitar a realização da pesquisa em grupos pequenos, a proposta inicial de separação gerava sempre desconforto: algumas mulheres seriam convidadas enquanto outras ficariam para outro momento. Diante dessa situação, o grupo de mulheres participantes propôs a realização das oficinas e demais atividades de pesquisa com todas reunidas, evitando desse modo os desconfortos gerados pela fragmentação – acolhemos essa proposição.

Neste caso específico, a pesquisa participante com mulheres transfronteiriças oferece suporte para a revitalização de uma consciência crítica e de um discurso contra ideológico, alinhando conhecimento e prática como elementos necessários para desocultar e transformar a realidade social que as explora, oprime e revela desigualdades.

A pesquisa participante comporta uma dimensão ontológica crítica no processo de produção de conhecimento, na medida em que busca denunciar e anunciar as contradições existentes na sociedade capitalista, suas formas históricas de desigualdade social, tornando conhecida a versão dos sujeitos comuns e abrindo espaço para que estes participem dessa produção, valendo-se do direito que têm sobre ela para fortalecer suas demandas, reivindicações e cultura (Faerman, 2014, p. 45). Para as mulheres transfronteiriças, essa participação representa não apenas um direito, mas um ato de resistência e afirmação de sua humanidade frente às estruturas que historicamente as silenciam e marginalizam.

Entendemos, portanto, que a leitura, a compreensão e as reflexões a partir dos pressupostos e procedimentos teórico-metodológicos, com ênfase na abordagem participante, permitiram compreender os limites e as potencialidades, no que tange ao acesso à saúde, de mulheres que habitam a fronteira Brasil (Porto Murtinho) e Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico. Essa compreensão contribui para a compreensão da necessidade de construção de uma política de saúde transfronteiriça que reconheça as mulheres como sujeitas protagonistas e, igualmente, contribui para a garantia dos demais direitos sociais inerentes à vida humana, que consiste no objetivo principal desta pesquisa. Muito além disso, esses pressupostos e procedimentos influenciam a instrumentalização dessas mulheres para a formação de uma consciência coletiva que luta pelos direitos que possuem, transformando a pesquisa em um espaço de fortalecimento grupal, solidariedade e transformação social.

**4. MULHERES, SAÚDE E CONSCIÊNCIA COLETIVA:  
CONSTRUCTOS PARA UMA POLÍTICA TRANSFRONTEIRIÇA**

---

#### 4.1 Saúde da mulher no território entre Brasil e Paraguai

Ao abordar a saúde das mulheres na fronteira entre o Brasil e o Paraguai, é imprescindível considerar os aspectos das políticas de saúde implementadas por ambos os países. No entanto, essa análise não deve ser conduzida sob uma perspectiva comparativa, mas sim com o objetivo de identificar elementos que promovem aproximações e aqueles que geram distanciamentos, especialmente no que diz respeito ao acesso às ações e serviços de saúde por parte das mulheres.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui a principal legislação que regula a saúde pública, assegurando o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde para todos os cidadãos e cidadãs presentes em seu território, sendo financiado por recursos públicos.

No Paraguai, o sistema de saúde foi instituído pela Lei nº 1.032, de 1996, a qual estabelece os princípios fundamentais do setor, incluindo a universalidade da cobertura, abrangência e igualdade de benefícios, solidariedade e responsabilidade social. Essa legislação evidencia uma estrutura fragmentada, caracterizada por um sistema misto composto por instituições públicas, privadas e de assistência social, o que resulta em uma cobertura que não é universal nem equitativa.

A Política Nacional de Saúde do Paraguai, delineada no documento “Política Nacional de Salud 2015-2030 – Avanzando hacia el acceso y cobertura universal de la salud en Paraguay”, elaborado pelo Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social como parte do Plano de Desenvolvimento e enquanto política de Estado, define sete estratégias prioritárias para o fortalecimento do setor: (1) o fortalecimento da governança; (2) o aprimoramento das ações intersetoriais e interinstitucionais voltadas à abordagem dos determinantes sociais da saúde; (3) a melhoria da eficiência do sistema de saúde mediante aumento, otimização do uso e preservação adequada dos recursos; (4) o fortalecimento da gestão do talento humano em saúde; (5) o desenvolvimento e fortalecimento da saúde pública nas regiões fronteiriças; (6) garantir o acesso, a qualidade, a segurança, a eficácia e o uso racional dos medicamentos, bem como promover o acesso à inovação tecnológica na área sanitária (Política Nacional de Salud 2015-2030, 2015, p. 05).

Essas diretrizes estão alinhadas à perspectiva de saúde adotada pelo Brasil, fundamentada nos direitos sociais e humanos; contudo, apresentam limitações mais acentuadas no contexto paraguaio, contribuindo para que sua população procure ainda mais os serviços no lado brasileiro.

Embora Brasil e Paraguai mantenham acordos de cooperação na área da saúde, incluindo iniciativas voltadas à integração de fronteiras e à articulação dos serviços de saúde, ainda não existe uma política transfronteiriça consolidada que aborde de forma abrangente esse movimento e o acesso aos serviços de saúde por parte de populações de ambos os lados. Isso se deve ao fato de que o território fronteiriço constitui uma unidade geográfica próxima, permeada por intensas interações sociais, culturais e econômicas, demandando, portanto, uma abordagem mais integrada e coordenada.

Na fronteira lócus deste estudo, as cidades-gêmeas de Porto Murinho e Carmelo Peralta, “divididas” pelo Rio Paraguai, configuram os dois principais pontos de interações, embora isso aconteça de maneira muito mais ampla, tanto do lado brasileiro, quanto do paraguaio, sobretudo para os municípios que compõe a faixa de fronteira ou os 150 km adentro de ambos os territórios.

O município de Porto Murinho, criado em 1911 e emancipado no ano seguinte, está localizado no Estado de Mato Grosso do Sul e constitui o segundo maior município do estado em extensão territorial, embora apresente uma densidade populacional reduzida, sendo classificado como município de pequeno porte, com uma população de 12.859 habitantes, conforme dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Apesar de sua composição populacional ser considerada de dimensão reduzida, ela revela considerável diversidade, composta pelos habitantes da área urbana, incluindo pessoas transfronteiriças, e pelos habitantes da área rural, caracterizada por grandes e pequenos produtores, ribeirinhos e comunidades indígenas distribuídas em seis aldeias e pertencentes a quatro etnias distintas: Aldeia Barro Preto (Kadiwéu), Aldeia São João (Kadiwéu, Kinikinau), Aldeia Tomázia (Kadiwéu), Aldeia Alves de Barros (Kadiwéu), Aldeia Campina (Kadiwéu) e Aldeia Córrego de Ouro (Kadiwéu).

Essa baixa densidade populacional impacta diretamente na estruturação da Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que é composta, predominantemente, por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) na Atenção Primária à Saúde (APS) e nem todas com Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é formada por uma equipe de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS), podendo incluir profissionais de saúde bucal (dentista e auxiliar/técnico de saúde bucal) e agentes de combate às endemias. As cinco são destinadas a atender as áreas urbana e rural, além de um hospital público que oferece procedimentos de baixa e média complexidade. Para atendimentos de maior complexidade, a população é encaminhada para municípios de

referência ou para a capital do Estado, Campo Grande, situada a aproximadamente 449 km de Porto Murtinho.

Por outro lado, o município de Capitán Carmelo Peralta, conhecido popularmente como Carmelo Peralta, foi reconhecido nos anos 2000, mais precisamente em 02 de maio de 2008, e está localizado na região do Chaco paraguaio, no Departamento 13 do Alto Paraguai, um dos 17 departamentos do país, possuindo administração própria, semelhante a um Estado brasileiro, e uma capital administrativa, Assunção. Sua população é de menor densidade, estimada em cerca de 5 mil habitantes, composta por pessoas de nacionalidade brasileira, paraguaia, uma comunidade indígena da etnia Ayoreo, além de uma comunidade residente em uma ilha, a Isla Margarita.

Os serviços e equipamentos de saúde disponíveis na região são bastante limitados, levando a população a buscar atendimento na capital do Paraguai, Assunção, situada a aproximadamente 645 km de distância, ou, com maior frequência, atravessando o rio Paraguai para acessar os serviços de saúde em Porto Murtinho, no Brasil. Esses deslocamentos ocorrem por meio de dois mecanismos principais: o primeiro, por encaminhamento de ambulância, operada por acordo informal, que leva a população até outro município, Ponta Porã/MS, atravessando novamente a fronteira por Pedro Juan Caballero até chegar a Assunção, onde há acesso a atendimentos médico-hospitalares especializados; o segundo, por encaminhamento direto para Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, em casos de urgência e emergência que representam risco de morte, nos quais o direito à vida prevalece sobre as burocracias documentais de acesso à saúde.

Além dessas demandas, há uma população transfronteiriça residente em Porto Murtinho, composta por mulheres e pessoas, muitas vezes consideradas como “indocumentadas”<sup>21</sup> que, embora a legislação brasileira garanta o acesso universal ao SUS independente de nacionalidade ou status migratório, a exigência, de fato, de documentação constitui barreira material que obstrui esse direito. Diante dessa contradição entre norma e realidade, essas mulheres engendram estratégias diversas de acesso como a obtenção de visto provisório para CPF,

---

<sup>21</sup> Pessoas indocumentadas são aquelas que carecem de documentação formal brasileira regulamentada, como Carteira de Identidade, CPF ou comprovação oficial de permanência, apesar de residirem permanentemente no território nacional. Essa condição ocorre por diversos motivos, como devido barreiras materiais como custos financeiros proibitivos combinados com pobreza extrema que forçam escolhas entre sobrevivência (alimentar-se por exemplo) e regularização; ausência de infraestrutura estatal, particularmente a inexistência de Polícia Federal em Porto Murtinho/MS, obrigando translações para jurisdições distantes; negligência de políticas públicas transfronteiriças, exemplificada pelo encerramento do SIS-Fronteiras e pela falta de financiamento específico; dentre outros. Dessa forma, a “indocumentação” não é escolha individual, mas produção estrutural que opera como mecanismo de exclusão política, tornando essas mulheres invisíveis enquanto sujeitos de direitos, embora visíveis no trabalho que executam e na vida que reproduzem.

comprovações de residência fornecidos por redes solidárias, ou aguardam situações de urgência/emergência onde o direito à vida supera burocracias. Essa condição revela não uma questão meramente documental, mas expressão da negligência estatal e da priorização do capital sobre a vida nos territórios fronteiriços.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde no Brasil, excetuando-se os atendimentos de urgência e emergência mencionados anteriormente, a documentação adequada constitui elemento fundamental para garantir o acesso efetivo. A ausência dessa documentação resulta em limitações e na não satisfação das demandas apresentadas pelos usuários. A população recorre a estratégias diversas para acessar os serviços de saúde no lado brasileiro, como, por exemplo, a obtenção de um visto provisório para emissão do Cadastro de Pessoa Física (CPF), apresentação de comprovantes de residência fornecidos por terceiros e, conseqüentemente, a obtenção do Cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura o atendimento no território nacional.

Entretanto, devido à inexistência de uma política de financiamento específica que considere as particularidades da fronteira, os serviços de saúde enfrentam dificuldades crescentes, caracterizadas pelo aumento da sobrecarga e pela insuficiência de recursos. Essa situação compromete o acompanhamento e o monitoramento dos casos na margem brasileira, uma vez que muitas pessoas retornam ao Paraguai ou apresentam mobilidade flutuante (alternando entre os dois países) dificultando a coleta de dados precisos. Essa dinâmica impede que municípios como Porto Murtinho possam elaborar estatísticas confiáveis, essenciais para o planejamento de políticas públicas e ações de saúde alinhadas à realidade populacional.

Além disso, essa situação compromete o cumprimento dos indicadores de saúde estabelecidos em acordos internacionais e nacionais, dificultando o alcance das metas municipais e a implementação de intervenções eficazes baseadas em dados fidedignos.

Outras questões no território revelaram que as demandas de saúde nas áreas fronteiriças reafirmam a existência de estruturas de desigualdades e que são sistemicamente negligenciadas, como as violações de direitos, que se configuram como violências de Estado, exemplificadas em episódios de violência interpessoal, tráfico de pessoas e drogas, trabalho análogo à escravidão, uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, dentre outros. Também há privação de infraestrutura básica, particularmente em Carmelo Peralta, onde a ausência de tratamento de água, sistemas de esgoto e destinação adequada de resíduos sólidos configuram condições que deveriam ser consideradas inaceitáveis em qualquer território nacional, combinadas com a escassez de políticas de esporte, lazer e oportunidades de trabalho digno e sustentável. Esses elementos não constituem problemas isolados, mas manifestações de uma negligência política

estrutural que se materializa na subnotificação e silenciamento sistemático dessas demandas. Esse silenciamento opera como mecanismo de invisibilização que permite ao Estado brasileiro perpetuar a precarização fronteiriça enquanto ostenta discursos de desenvolvimento. A complexidade do cenário fronteiriço, portanto, é produto das políticas ou da ausência destas.

No que concerne às especificidades das mulheres imbricadas à dinâmica fronteiriça, emergem demandas que revelam como as mulheres transfronteiriças engendram estratégias de resistência diante da insuficiência de políticas públicas transfronteiriças. Um exemplo são as mulheres paraguaias que buscam acesso ao sistema de saúde brasileiro para o nascimento de seus/as filhos/as, muitas chegando ao Hospital de Porto Murtinho em trabalho de parto avançado. Essa prática constitui-se como um movimento coletivo de luta para garantir o direito ao parto e atendimento em saúde, pois ao registrar filhos/as em território brasileiro, essas mulheres asseguram documentação de nascimento que facilita acesso a uma gama mais ampla e estruturada de serviços públicos para suas crianças, incluindo vacinação sistematizada, acompanhamento pediátrico, acesso a políticas de proteção social e outros benefícios frequentemente indisponíveis no sistema paraguaio. Essa estratégia expõe, simultaneamente, a violência reprodutiva imposta pela fragmentação de sistemas de saúde transfronteiriços, que força mulheres a se deslocarem para o parto; os mecanismos de sobrevivência dessa população em maximizar direitos diante de barreiras estruturais; e a inadequação das políticas de saúde transfronteiriças, que não reconhecem, nem facilitam mobilidades reprodutivas legítimas. Portanto, essa dinâmica não deve ser romantizada como “medida de garantia de direitos”, mas compreendida como expressão da negligência estatal dupla, tanto brasileira quanto paraguaia, que força essas mulheres a transformar seu corpo reprodutivo em estratégia de sobrevivência familiar.

Também há aspectos pontuais que não são plenamente contemplados pela Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que tange à prevenção e promoção da saúde. Entre esses, destacam-se a elevada prevalência de gravidez entre mulheres sem acesso a programas de planejamento familiar, o aumento da gravidez na adolescência, a ausência de programas sobre direitos sexuais e reprodutivos, bem como as taxas de óbitos materno-infantis decorrentes de complicações obstétricas. Outros fatores relevantes incluem a violência obstétrica, a violência contra as mulheres e as violações de direitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Essas questões evidenciam a necessidade de política de saúde integrada, para além de acordos pontuais, para garantir o pleno exercício dos direitos das mulheres na região fronteiriça.

Outro aspecto de relevância envolvendo mulheres e meninas na região refere-se à crescente incidência de abuso e exploração sexual, especialmente durante os períodos de maior atividade pesqueira. Essa problemática tende a se intensificar com o aumento do número de trabalhadores masculinos envolvidos na construção da Ponte sobre o Rio Paraguai, cuja concretização está prevista para este ano, bem como com a ampliação da infraestrutura viária no lado brasileiro, que representa uma obra de grande porte. Além disso, o fluxo elevado de caminhoneiros homens na região contribui para o aumento do risco de vulnerabilidades específicas às mulheres.

Observa-se que as mulheres estão sobremaneira expostas a violações de direitos nesse contexto, em decorrência de sua condição sócio-histórica marcada por relações de poder naturalizadas, as quais muitas vezes dificultam a coleta e a visibilidade dos dados relacionados a essas violações, frequentemente subnotificados ou invisibilizados, inclusive nas instituições públicas.

De maneira complementar, destaca-se a complexidade enfrentada por mulheres transfronteiriças, cuja vulnerabilidade não se limita às questões documentais, mas também abrange aspectos como preconceito, xenofobia, invisibilidade social e outras formas de discriminação. Essas questões serão aprofundadas na próxima seção, evidenciando a necessidade de uma política de saúde transfronteiriça para garantir os direitos dessas populações.

#### **4.2 Limites para o acesso à política de saúde para as mulheres transfronteiriças**

Esta seção destina-se a aprofundar a compreensão das condições de saúde da população estudada, com um enfoque particular nas mulheres transfronteiriças, por meio da análise de informações quantitativas, com algumas inserções das narrativas dessas mulheres. Longe de ser uma mera descrição estatística, a quantificação aqui empreendida se insere na lógica do método histórico-dialético, que fundamenta esta tese. A utilização de indicadores quantitativos não visa reduzir a complexidade das vivências humanas a frios algoritmos, mas sim desvelar padrões, tendências e, sobretudo, as iniquidades em saúde que são inerentes às estruturas sociais, econômicas e políticas, permitindo a apreensão das contradições e da totalidade que permeiam o acesso à saúde.

Nesta perspectiva, o movimento dialético de apreensão da realidade se dá através da tríade particular-singular-universal. O particular é materializado nas narrativas e caracterizações das mulheres transfronteiriças, cujas falas e dados sociodemográficos, extraídos

das entrevistas e representados por siglas constituem a base empírica de nossa investigação. É a partir destas concretudes que buscamos ascender ao singular: as experiências vividas, as dores silenciadas, as resistências cotidianas, os adoecimentos e os itinerários de cuidado que delinham o seu acesso (ou a falta dele) aos serviços de saúde. Este nível singular nos permite compreender a particularidade de cada trajetória, sem perder de vista que estas estão inseridas em um contexto social mais amplo.

A mediação entre o singular e o universal se estabelece na análise dos indicadores de saúde pública e socioeconômicos mais amplos. Estes dados, de natureza quantitativa, revelam as macroestruturas de exclusão e as contradições iminentes ao sistema capitalista, patriarcal e racista, que historicamente produzem e reproduzem as iniquidades em saúde. Esses indicadores não são vistos como neutros, mas como expressões das relações de poder e da determinação social da saúde, que impactam diretamente a vida das mulheres transfronteiriças. A articulação entre os dados particulares, as narrativas singulares e os indicadores universais permitem-nos desnaturalizar as condições pré-estabelecidas e desvelar a estrutura que condiciona o acesso à saúde.

Assim, ao abordar o particular dessas mulheres e sua caracterização, esta seção objetiva não apenas descrever suas condições, mas utilizá-las como porta de entrada para o entendimento do singular de suas vivências e, subsequentemente, do universal da determinação social e das políticas públicas que incidem sobre o acesso à saúde. Os indicadores amplos, que serão apresentados a seguir, falam da materialidade das desigualdades e das insuficiências dos sistemas de saúde, ecoando e amplificando as vozes e experiências das mulheres entrevistadas. Reforça-se, portanto, o objetivo geral desta tese de analisar o acesso à saúde para essa população, considerando a saúde em seu conceito ampliado, que transcende a ausência de doença e abarca o bem-estar físico, mental e social, profundamente entrelaçado com a dignidade humana e a justiça social.

São apresentados dos dados sociodemográficos, integrando as narrativas das mulheres e contrastando-as com indicadores de desenvolvimento mais amplos, como os do Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades – Brasil (IDSC-BR), para desvelar os limites e as potencialidades na construção de uma política de saúde transfronteiriça.

A escolha do Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades – Brasil (IDSC-BR) como ferramenta analítica fundamental para esta tese fundamenta-se em sua capacidade multifacetada de avaliação e proposição. O IDSC-BR, iniciativa do Instituto Cidades Sustentáveis em parceria com a Sustainable Development Solutions Network (SDSN), com consultoria do Cebrap e cofinanciamento de importantes instituições nacionais e internacionais,

é um instrumento robusto que permite monitorar o progresso geral das cidades brasileiras na implementação dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU.

Este índice se destaca por integrar dados públicos e oficiais de diversas fontes reconhecidas e de alta credibilidade, abrangendo áreas vitais como saúde, educação, meio ambiente, economia e infraestrutura. Entre suas fontes primárias, encontram-se o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com dados censitários e amostrais (Censo Demográfico, PNAD); o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP); o Ministério da Saúde, por meio de sistemas como o DataSUS; a Agência Nacional de Águas (ANA) e outros órgãos ambientais; o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); o Ministério do Trabalho; além de dados específicos de municípios e estados. Essa capilaridade e confiabilidade dos dados conferem ao IDSC-BR uma legitimidade ímpar para subsidiar o planejamento e a formulação de políticas públicas.

As análises trazidas aqui, tomando como referência o IDSC-BR, permite articular dados macro e universal, com as realidades microssociais, particular e singular, vivenciadas pelas mulheres transfronteiriças, e que é possível evidenciar as contradições entre os indicadores oficiais e a experiência concreta das participantes.

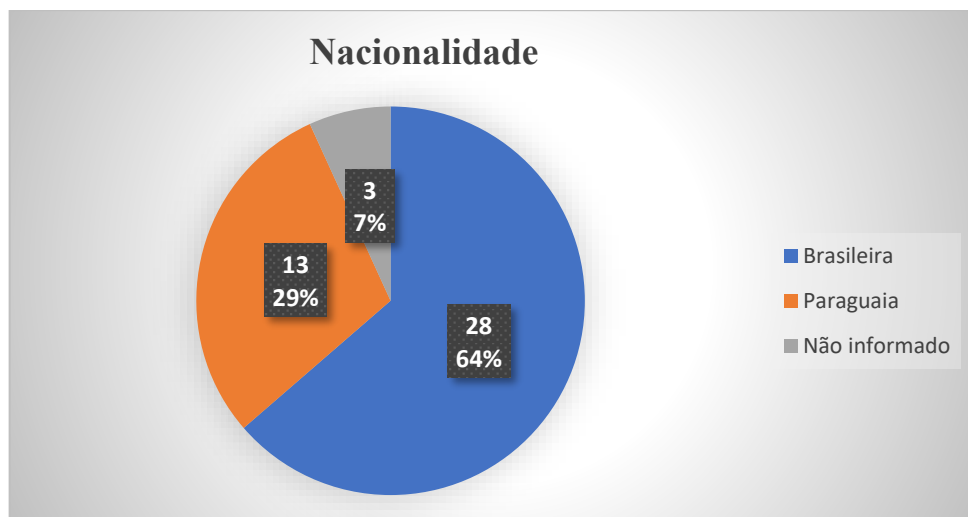
Este índice, que também fundamenta a presente pesquisa, evidencia que Porto Murtinho/MS, local de realização do estudo, apresenta um nível considerado baixo, com uma pontuação de 48,10 pontos em uma escala de 0 a 100. Esse resultado posiciona o município na 2.326ª colocação entre um total de 5.570 cidades brasileiras (Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades – Brasil [IDSC-BR], s/d, on-line).

Dentre os três Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) destacados neste estudo, observa-se que, para Porto Murtinho/MS, o ODS 3, referente à Saúde e Bem-Estar, apresenta uma classificação considerada elevada, situando-se na faixa de 60 a 79,99. No entanto, esse indicador apresenta limitações, uma vez que não contempla aspectos específicos, como a população transfronteiriça indocumentada ou aqueles que utilizam os serviços de saúde de forma pontual ou eletiva, valendo-se de diversas estratégias previamente mencionadas. Por outro lado, os demais ODS abordados na introdução, nomeadamente o ODS 5 – Igualdade de Gênero, e o ODS 10 – Redução das Desigualdades, encontram-se classificados como de nível muito baixo, situando-se na faixa de 0 a 39,99. (IDSC-BR, s/d, on-line)

O IDSC-BR, portanto, não é apenas um espelho do avanço, mas uma lente que permite identificar as lacunas, as iniquidades e as invisibilidades, tornando-se, assim, um substrato indispensável para a construção de políticas públicas que sejam verdadeiramente equitativas,

inclusivas e que contemplem o conceito ampliado de saúde, inerente à garantia dos direitos sociais. A sua utilização permite, neste estudo, fundamentar a necessidade de ações específicas e intersetoriais, pautadas na realidade local, mas orientadas por um compromisso global com a sustentabilidade e a justiça social.

Diante do exposto, apresenta-se a caracterização das participantes da pesquisa, um grupo composto por quarenta e quatro mulheres, a qual fundamenta a discussão acerca das mulheres transfronteiriças na região situada entre Porto Murtinho, Brasil, e Carmelo Peralta, Paraguai. A análise dos dados sociodemográficos dessas mulheres, coletados via fichas do IBISS-CO e aprofundados pelas entrevistas, revela um perfil marcado por desigualdades e pela imbricação de classe, sexo/gênero, raça/etnia e nacionalidade. Esses dados, quando confrontados e complementados pelas narrativas, emergem como manifestações do particular que iluminam o singular e o universal das desigualdades.



**Figura 9** – Gráfico referente à nacionalidade

Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

No que diz respeito à nacionalidade, embora a maioria das participantes tenha se declarado brasileira (28 mulheres; 64%), a presença de famílias mistas, com membros brasileiros e paraguaios, inclusive com filhas e filhos de nacionalidades distintas, evidencia que a nacionalidade, isoladamente, é insuficiente para capturar a determinação social da vida das famílias transfronteiriças. Considera-se que essas trajetórias a partir da categoria de mulheres transfronteiriças, são entendidas como aquelas que vivem, trabalham, cuidam, circulam e tecem redes de sociabilidade “lá e cá”, ao mesmo tempo, constituindo um território vivido que é sentido e praticado como uma unidade social singular para além do limite geopolítico, conforme evidenciamos em estudos anteriores (Carissimi & Almeida, 2025; Almeida & Carissimi, 2023).

Essa transfronteirização não é mero atributo identitário, mas uma forma social produzida pela divisão sexual do trabalho, pela organização material da reprodução da vida e pelas mediações do território fronteiriço (trabalho, moradia, mobilidade, redes de cuidado), na qual as mulheres suportam a dupla carga do trabalho reprodutivo e inserções na esfera produtiva, marcadas pela precarização, sob imbricações de classe, sexo/gênero e raça/etnia (Ávila & Ferreira, 2020). É nesse movimento contraditório, como desigualdades estruturais e práticas cotidianas de resistência, que a condição transfronteiriça se objetiva (Carissimi & Almeida, 2025).

Nessa situação apresentada, embora parcela expressiva se reconheça paraguaia (13 mulheres; 29%), muitas estão estabelecidas em território brasileiro e/ou em ambos os países, compondo arranjos familiares mistos e redes de circulação que desautorizam leituras estritamente documentalistas da identidade. A afirmação recorrentemente ouvida no território de que “todos somos brasileiros e também somos paraguaios” é reiterada por uma participante, ao passo que condensa a totalidade concreta dessa experiência, transformando a coexistência e interdependência de identidades e processos de socialização nas práticas cotidianas do espaço fronteiriço. Por isso, a pertinência do termo “transfronteiriça” não decorre apenas da nacionalidade formal, mas do pertencimento socialmente produzido, que reconhece o sujeito de direitos no e pelo território, enquanto forma histórica viva das relações humanas (Carissimi & Almeida, 2025).

Em uma das entrevistas, quando questionada sobre a nacionalidade, Serafina Dávalos<sup>22</sup> reforça essa autodefinição prática:

P: [...] E a senhora é brasileira ou paraguaia?

Serafina Dávalos: Não, paraguaia.

P: Paraguaia.

Serafina Dávalos: Fronteiriça né?

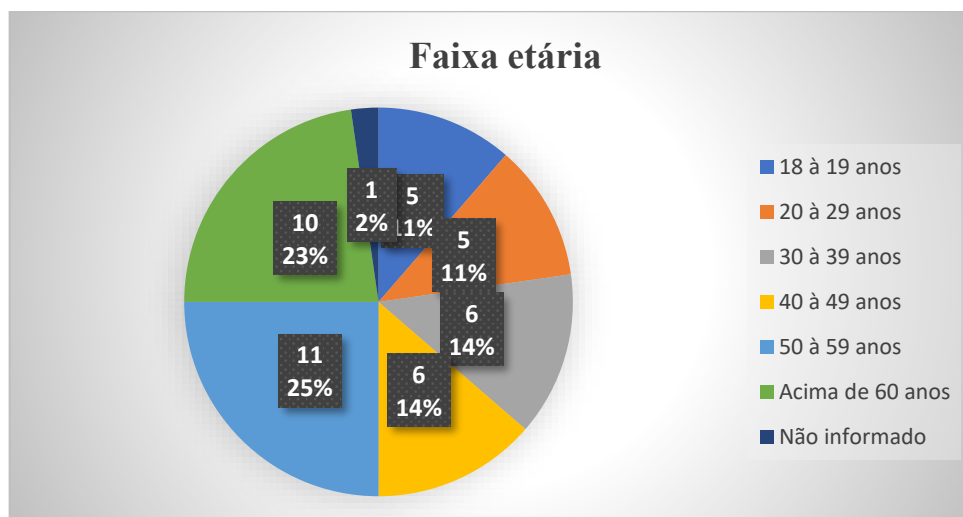
P: Fronteiriça, isso mesmo. Uhum. [...].

Essa autodefinição como “fronteiriça” explicita que a identidade não se reduz à posse de um documento, mas se constitui materialmente nas relações sociais de produção e reprodução da vida que atravessam a fronteira como território único e contraditório, onde se

---

<sup>22</sup> Utilizaremos P para se referir a esta pesquisadora e nomes fictícios de mulheres personalidades importantes na história do Paraguai, para manter o sigilo e confidencialidade das mulheres participantes da pesquisa, e para homenagear outras que, assim como elas, devem ser enaltecidas pela luta e resistência cotidiana. Aqui, Serafina Dávalos, que foi a primeira advogada do Paraguai e uma incansável defensora dos direitos das mulheres. Ressalta-se ainda que as falas possuem uma tradução livre feita por esta pesquisadora, pois muitas utilizam linguagem e sotaque que mistura o espanhol com o guarani e também com o português.

articulam opressões e lutas por equidade em saúde e por reconhecimento de direitos (Carissimi & Almeida, 2025; Ávila & Ferreira, 2020).



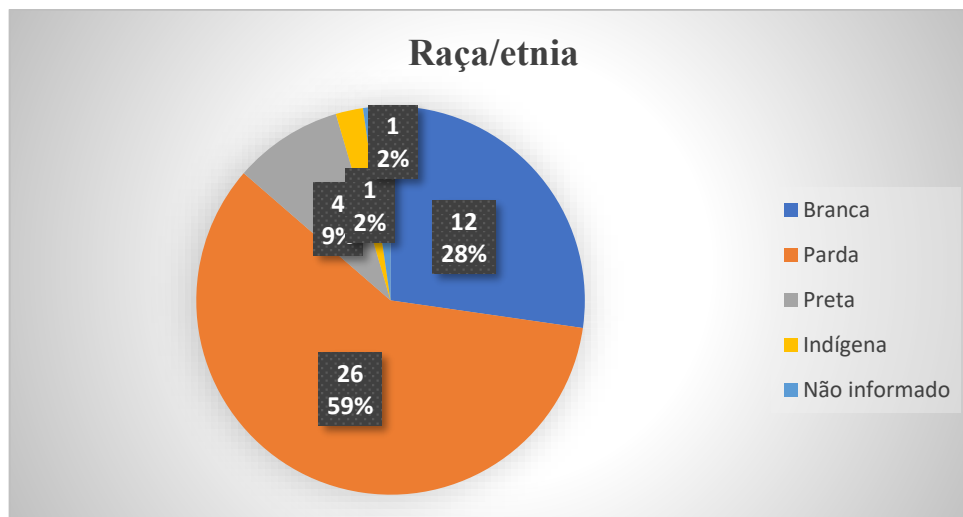
**Figura 10** – Gráfico referente à faixa etária

Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

No que diz respeito a heterogeneidade etária do grupo, ela evidencia posições sociais distintas na divisão sexual do trabalho e no circuito da reprodução social nas fronteiras. Predominam as adultas de 20 a 59 anos (28; 64%), seguidas pelas idosas de acima de 60 (10; 23%) e jovens de 18 à 19 anos (5; 11%), além de um caso sem informação (2%). Em sua maioria, trata-se de mulheres em idade ativa, inseridas (ou potencialmente inseríveis) em atividades produtivas e reprodutivas, ainda que em condições de desemprego, informalidade e precarização, dimensões que se agudizam na fronteira pelas relações de classe, sexo/gênero e raça/etnia e pelas barreiras documentais e institucionais próprias do território transfronteiriço.

Importante acrescentar que essa estratificação etária adotada não é apenas descritiva, mas uma escolha analítico-material que permite capturar diferenças estruturais na inserção das mulheres transfronteiriças nos processos de produção e reprodução da vida, nas determinações e no acesso a direitos. Permite considerar o curso de vida dessas mulheres, com a integralidade da atenção à saúde das mulheres e com a especificidade do território transfronteiriço, permitindo explicitar como a divisão sexual do trabalho e as determinações operam de forma diferenciada ao longo da vida e “em dois lados” de um mesmo território vivido. Por exemplo, as mulheres adultas de 20 a 59 anos estão no pico do ciclo produtivo-reprodutivo e da dupla/tripla jornada, cuja janela revela as idades economicamente ativas e do trabalho reprodutivo, com maior intensidade de inserções na esfera produtiva ainda que precarizadas,

cruzamentos entre as fronteiras por trabalho, serviços e sobrecarga de cuidado com filhos/as, idosos/as e rede doméstica.



**Figura 11** – Gráfico referente à raça/etnia

Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

O recorte por raça/etnia é determinante para compreender a produção social das vulnerabilidades na fronteira. No conjunto analisado, prevalecem mulheres pardas, pretas e indígenas: 26 (61%), 4 (9%) e 1 (1%), respectivamente, além de 12 casos sem informação (28%). Esse perfil dialoga com o Censo Demográfico (IBGE, 2022), segundo o qual 55,5% da população brasileira se autodeclara preta ou parda, mas, no território transfronteiriço, essas determinações se intensificam pela articulação de classe, raça/etnia e sexo/gênero e pelas barreiras documentais e institucionais já mencionadas que atravessam a circulação “lá e cá”.

Essas desigualdades expressam o “nó” entre classe, gênero e raça/etnia (Saffioti, 2015), na medida em que a divisão sexual do trabalho relega às mulheres e, particularmente, às mulheres negras, pardas e indígenas, a dupla jornada e as ocupações mais precarizadas e desvalorizadas (Hirata & Kergoat, 2007; Cisne, 2018; Ávila & Ferreira, 2020). Na fronteira, esse quadro se adensa por xenofobia, racialização de serviços e entraves de documentação, conformando a determinação social da saúde que limitam o acesso e degradam as condições de vida e cuidado.

Além disso, a miscigenação na região, longe de ser reconhecida como riqueza sociocultural, frequentemente emerge como marcador de discriminação no acesso a direitos, ecoando a historicidade brasileira marcada por colonização, escravização e sexualização de corpos negros, um continuum histórico em que a exploração do trabalho e da vida se reinscreve sob novas formas (Saffioti, 2013; Martins, 2012). Essa dinâmica não é exclusiva do Brasil, mas

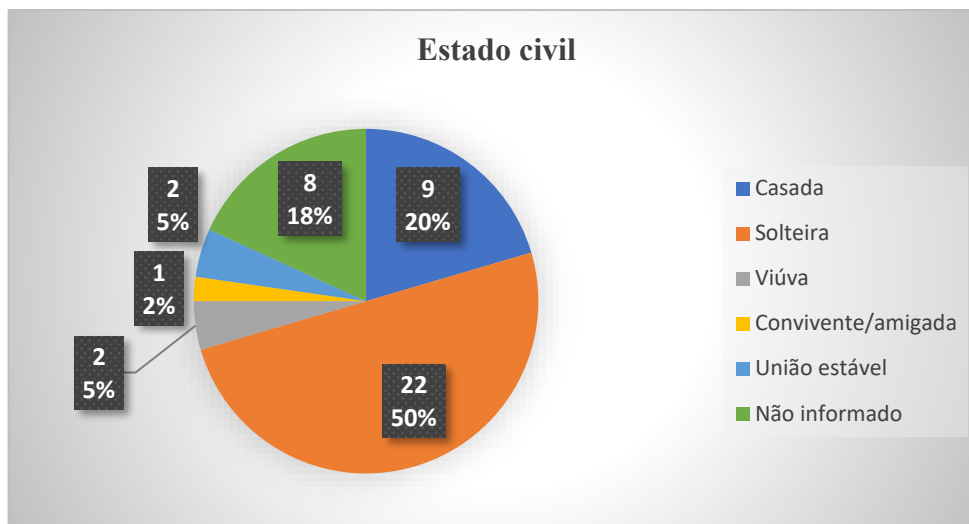
também do Paraguai, em que as estruturas coloniais de hierarquização racial e étnica se perpetuam através do abandono deliberado de populações do Chaco Paraguaio. Essa região, predominantemente habitada por populações de origem indígena e rural, estava desprovida de investimentos estatais até a possibilidade da instalação do Corredor Rodoviário Bioceânico, que está se implementando em território negligenciado, sem que o governo paraguaio dispensasse esforços para melhoria de políticas públicas. A evidência disso é que algumas cidades carecem de eletricidade, Carmelo Peralta não possui acesso à água potável, deixando população consumindo água do rio Paraguai, sendo um vetor de parasitoses endêmicas.

Essa negligência revela uma contradição interna, já que a capital do país, Assunção, concentra investimentos e melhores condições de vida, enquanto populações do Chaco, marcadamente pobres, indígenas e racializadas, permanecem em isolamento e não-acesso. São exatamente essas mulheres originárias do Chaco Paraguaio que atravessam a fronteira brasileira, buscando estabelecer-se em espaço que, paradoxalmente, também as negligencia, gerando mobilidade forçada por negligência dupla.

Corroborando esse pensamento Angela Davis, que evidencia como o capitalismo racial estrutura a exploração do trabalho e a desvalorização sistemática do trabalho reprodutivo de mulheres negras e racializadas, articulando classe, raça e gênero na produção da desigualdade contemporânea (Davis, 2016). No contexto fronteiriço analisado, essa tríade do capitalismo, patriarcado e racismo também se articula com colonialismo interno e negligência estatal de ambos os países, capturando corpos femininos em ciclos de exploração que transcendem fronteiras nacionais. A mobilidade dessas mulheres emerge, portanto, não como produção forçada por estruturas que as mantêm precarizadas em ambos os lados da fronteira.

No plano de políticas e evidências, cabe notar que faltam dados públicos localizados: por exemplo, o indicador do ODS 11 referente ao percentual de população negra em assentamentos subnormais não dispõe de informação para Porto Murtinho/MS (IDSC-BR, s/d), um indício de invisibilização estatística que também produz desigualdade ao dificultar planejamento e alocação de recursos.

A fronteira, portanto, entendida como território vivido e espaço de transfronteirização, opera como uma engrenagem que racializa e generifica o acesso a trabalho, renda, documentação e saúde, e, portanto, reiterando a necessidade de respostas intersetoriais e transnacionais com centralidade em equidade e direitos.



**Figura 12** – Gráfico referente ao estado civil  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

No que se refere ao estado civil, a maioria das participantes declarou-se solteira (22; 51%), seguida pelas casadas (9; 20%). Registraram-se ainda união estável (2; 5%), viúva (2; 5%) e convivente/amigada (1; 2%), além de 8 casos sem informação (18%). Esses dados, à primeira vista, sugerem heterogeneidade nas configurações familiares, contudo, podem indicar uma realidade estrutural na qual revela a predominância de mulheres chefes de família, mães solas e responsáveis pela subsistência própria e de seus dependentes, independentemente da formalização legal do vínculo conjugal.

Essa configuração pode ser lida como uma expressão da divisão sexual do trabalho e da determinação social da saúde, conforme argumentam Bones e Bellenzani (2024). Para as autoras, a saúde não é determinada por fatores isolados, uma vez que essa abordagem reduz a complexidade a determinantes desconectados, mas sim pela totalidade das relações sociais de produção, isto é, pelo modo como a sociedade organiza o trabalho, a renda, a moradia e o acesso à direitos. Essa perspectiva rejeita o enfoque epidemiológico convencional que fragmenta o sofrimento feminino em fatores de risco e, em seu lugar, propõe compreender a determinação social como um processo histórico-material que produz vulnerabilidades estruturais (Bones & Bellenzani, 2024).

No caso das mulheres transfronteiriças, essa determinação se materializa na dupla e tripla jornada, ou seja, com o trabalho remunerado frequentemente precário e informal, com trabalho reprodutivo não pago no cuidado de filhos/as, idosos/as, limpeza e alimentação, bem como na mobilidade transfronteiriça para acessar serviços, renda e redes de cuidado. A responsabilidade feminina pelo sustento doméstico intensifica-se na fronteira por questões estruturais, como por exemplo, o abandono masculino nas responsabilidades familiares,

fazendo com que o trabalho recaia desproporcionalmente sobre as mulheres, particularmente as negras, pardas e indígenas (Saffioti, 2015; Ávila & Ferreira, 2020).

Essa dinâmica dialoga com dados nacionais do Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2022) que registrou que 49,1% das 72.522.372 unidades domésticas brasileiras têm responsáveis do sexo feminino, um aumento significativo em relação aos 38,7% de 2010, cujo indicador reflete tanto a autonomia relativa conquistada pelas mulheres quanto a precarização estrutural que as força a assumir sozinhas a reprodução da vida familiar. Cabe ressaltar que essa responsabilidade não se distribui uniformemente, pois mulheres em diferentes estados civis, podem estar nessa condição, o que amplia o universo de mulheres sob pressão de sustento. Além disso, a ausência de informação (18%) pode encobrir situações de maior vulnerabilidade, sugerindo que o percentual real de mulheres chefes de família pode ser ainda mais elevado.

Nesse contexto, a determinação social da saúde (Bones & Bellenzani, 2024) se manifesta através da materialidade das condições de vida, como renda insuficiente, trabalho precário, acesso limitado a serviços de saúde, educação e proteção social. Essas condições são expressões da contradição capital-trabalho e do patriarcado que se entrelaçam na fronteira, produzindo vulnerabilidades acumuladas e limitando as possibilidades de saúde e bem-estar. Como apontam Bones e Bellenzani (2024), o sofrimento feminino, incluindo adoecimento mental, precarização do trabalho e exclusão social, não pode ser compreendido através de uma listagem de determinantes, mas como resultado de um processo histórico-social que subordina as mulheres às lógicas do capital e do patriarcado.

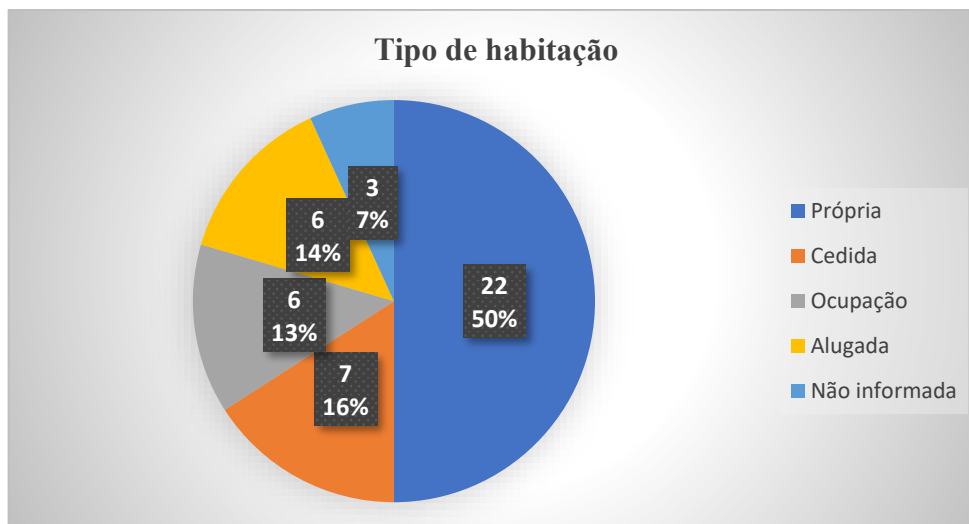
É importante reconhecer que a saúde das mulheres transfronteiriças, particularmente das mães solas, chefes de família e trabalhadoras, não pode ser compreendida fora dessa determinação social. Políticas de saúde que ignorem a materialidade da divisão sexual do trabalho, a precarização e a responsabilidade feminina pelo sustento reproduzem a desigualdade. Inversamente, políticas que reconheçam essas realidades e busquem transformar as relações sociais de produção, mediante renda garantida, acesso universal a serviços, proteção social transnacional e valorização do trabalho reprodutivo, constituem-se como potencialidades para uma política de saúde transfronteiriça verdadeiramente equitativa.



esgotamento sanitário” apresenta valor de 57,81, aquém do padrão de 70 necessário para considerar o objetivo atingido. O indicador “População total atendida com abastecimento de água” registra 63,6, enquanto o valor ideal seria 85. Quanto à iluminação pública, o indicador “Domicílios com acesso à energia elétrica” atinge 97,17, ainda abaixo da referência de 99 (IDSC-BR, s/d). Embora o índice de tratamento de esgoto apresente desempenho superior (80 em relação ao padrão de 100), a totalidade desses dados revela um quadro de déficit estrutural em infraestrutura básica.

Contudo, é fundamental problematizar essas métricas oficiais. Os indicadores do IDSC-BR, ainda que úteis, frequentemente ocultam a realidade vivida nas áreas de ocupação como o “Matadouro”, onde a precarização é ainda mais aguda. Essa invisibilidade estatística constituída pela ausência de dados desagregados por território específico, reproduz a exclusão, que não é medido, não é politicamente visibilizado, facilitando a perpetuação da desigualdade. Além disso, a determinação social da saúde não se reduz a infraestrutura, ela articula modo de produção, divisão sexual do trabalho, raça/etnia e documentação (Bones & Bellenzani, 2024; Albuquerque & Silva, 2014).

Ao mesmo tempo, as mulheres participantes da pesquisa reivindicam melhorias que refletem uma compreensão ampliada do direito à saúde: iluminação pública, transporte coletivo, saneamento básico, acesso a água potável, documentação e proteção social. Essas demandas expressam uma consciência prática de que a saúde é determinada pela totalidade das condições sociais de vida. Ao reivindicar infraestrutura, transporte e documentação, as mulheres transfronteiriças explicitam que o direito à saúde é inseparável do direito à cidade, do direito ao trabalho digno e do direito à mobilidade transfronteiriça. Essa perspectiva dialoga com a abordagem de determinação social da saúde, que compreende a saúde não como ausência de doença, mas como capacidade de realização do potencial humano em condições de vida dignas e equitativas.



**Figura 14** – Gráfico referente ao tipo de habitação

Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

O tipo de habitação declarado pelas participantes revela uma contradição fundamental entre a percepção subjetiva de “propriedade” e a realidade objetiva de precariedade e exclusão. Embora a maioria tenha declarado possuir residência própria (22; 50%), essa afirmação não pode ser compreendida através da lógica jurídica formal de “posse de propriedade”, mas como expressão do sentimento de pertencimento e da apropriação do lugar. Muitas dessas mulheres construíram suas próprias moradias, buscando restos de material de construção ou recursos naturais para construção de suas casas, e trabalho familiar, frequentemente em áreas de ocupação, sem documentação formal de propriedade. Essa prática de autoconstrução é uma estratégia de reprodução da vida sob condições de exclusão do mercado imobiliário formal que também representa uma força de mulheres pobres, racializadas e transfronteiriças a produzirem seus próprios espaços de moradia.

As demais participantes residem em habitações cedidas (7; 16%) ou alugadas/arrendadas (6; 27%) – mesmo estando em território de ocupação, além de 3 casos sem informação (7%). Essa diversidade de arranjos habitacionais também expressam a precarização estrutural do acesso à moradia na fronteira.

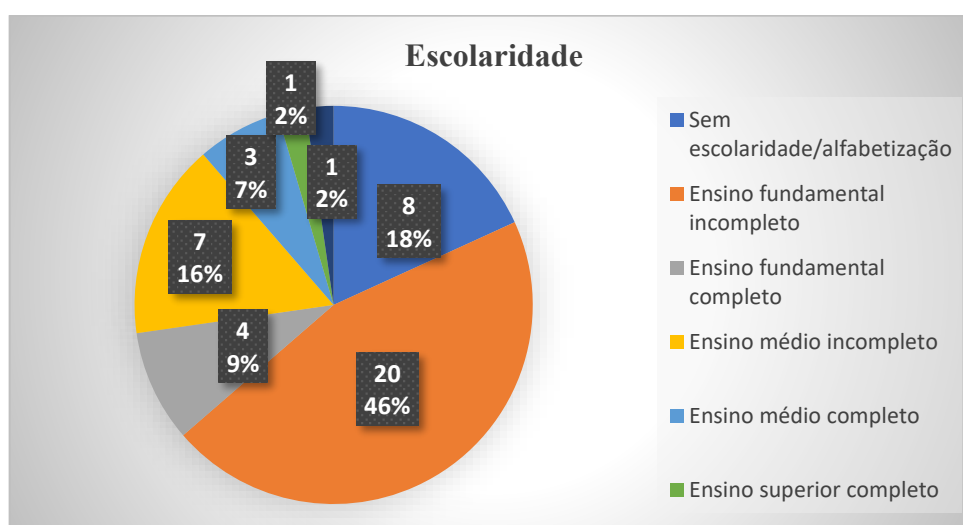
Contudo, a materialidade das condições de vida nessas habitações é ainda mais grave. A região onde essas mulheres residem é frequentemente acometida por alagamentos durante períodos de chuva e cheia do rio Paraguai, uma vez que se localiza fora da área protegida pelo dique, cuja situação se produz socialmente pela marginalização territorial e pela lógica capitalista que concentra investimentos em infraestrutura para áreas de maior rentabilidade, deixando as áreas de ocupação expostas a desastres. Os alagamentos recorrentes degradam as

habitações, destroem pertences, interrompem trabalho e educação, e também podem produzir adoecimento.

A precarização habitacional é agravada pela proximidade com o “lixão”, que funciona simultaneamente como local de coleta de resíduos e como fonte de renda para muitas dessas mulheres e suas famílias. Essa dupla função de habitação precária ao lado de um aterro, concentra múltiplas vulnerabilidades, como a contaminação do solo e da água, exposição a resíduos tóxicos, proliferação de vetores de doença, poluição do ar e estigmatização social. Embora a área seja reconhecida como insalubre e haja demandas por relocação, a perspectiva de deslocamento está fortemente vinculada à “desocupação” das áreas próximas às vias de acesso do Corredor Rodoviário Bioceânico, que permite-nos considerar, mais uma vez, a priorização da acumulação capitalista em detrimento dos direitos e da vida das populações locais.

Essa dinâmica evidencia uma contradição fundamental do capitalismo, em que o desenvolvimento econômico não apenas não acompanha as questões sociais, mas as subordina e as intensifica. No “Matadouro”, essa lógica se materializa na ameaça de deslocamento sem garantia de direitos, na precarização habitacional e na exploração do trabalho das mulheres.

Nesse contexto, algumas formas de resistência têm se fortalecido, manifestando-se principalmente na tomada de consciência e na reivindicação de direitos por parte dessas mulheres. O território que habitam é um espaço vívido, construído e pertencente à essas mulheres, no qual elas tecem suas vidas, seus sonhos e suas lutas por equidade e dignidade. Essa perspectiva será aprofundada nos subitens subsequentes, que abordam as formas de resistência, organização coletiva e reivindicações políticas dessas mulheres transfronteiriças.



**Figura 15** – Gráfico referente à escolaridade  
Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

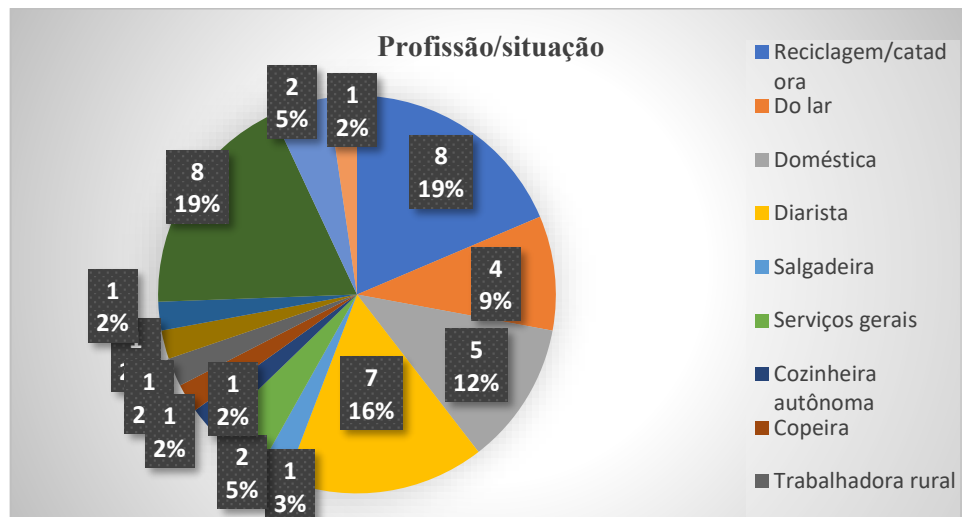
A escolaridade das participantes também chamou a atenção, uma vez que a maioria das 44 mulheres compõe o grupo com escolaridade mais baixa: 20 (46%) com ensino fundamental incompleto, 4 (9%) com fundamental completo e 8 (18%) sem escolaridade/analfabetas, totalizando 73% com acesso limitado ou nulo à educação formal. Configuração essa que designa um processo histórico-social de exclusão que relega às mulheres pobres, negras, indígenas e transfronteiriças a posições de maior precarização no mercado de trabalho e passível de serem submetidos a outros.

A baixa escolaridade funciona como mecanismo de reprodução da desigualdade, em que as mulheres com educação limitada têm acesso restrito a ocupações formais, sendo forçadas a trabalhos precários, informais e desvalorizados, frequentemente sem proteção social, benefícios ou direitos trabalhistas. Essa dinâmica intensifica a divisão sexual do trabalho e a dupla jornada produzindo vulnerabilidades acumuladas em saúde, renda e acesso a direitos.

Cabe destacar que muitas dessas mulheres migraram do Chaco Paraguai, uma região “esquecida”, caracterizada por negligência estatal, ruralidade e elevada vulnerabilidade socioeconômica. Algumas, inclusive, são provenientes de comunidades indígenas e/ou ribeirinhas, refletindo a diversidade étnica/racial e as imbricações de opressões que marcam essa população. O Chaco Paraguai apresenta acesso limitado à educação formal, restrito a pequenas cidades, o que significa que muitas mulheres tiveram oportunidades educacionais negadas desde a infância, que é uma forma de violência estrutural produzida pela organização capitalista que concentra investimentos em educação em áreas de maior rentabilidade. Muitas dessas mulheres casaram-se com brasileiros e migraram em busca de melhores condições de vida e de acesso às políticas públicas oferecidas pelo Brasil. Contudo, essa situação frequentemente não resulta em melhoria educacional ou ocupacional, mas a condição de migrante ou fronteira, associada à falta de documentação, à xenofobia e à precarização do trabalho, que reproduz e intensifica as desigualdades.

No plano das políticas públicas, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 4: Educação de Qualidade, dois indicadores destacam-se, corroborando a questão anteriormente abordada. No Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os anos iniciais, Porto Murtinho/MS apresenta-se com um índice de 4,3, em comparação com a referência de 6,65, indicando desafios consideráveis nesse nível de ensino. Da mesma forma, no IDEB para os anos finais, o município registra um índice de 3,8, enquanto a referência é de 5,25, evidenciando dificuldades significativas na qualidade da educação nesse ciclo (IDSC-BR, s/d, online).

A baixa escolaridade entrelaça-se com estruturas patriarcais que capturam corpos femininos em ciclos de reprodução biológica precoce, impedindo trajetórias educacionais e profissionais. É comum identificar mulheres jovens, frequentemente adolescentes, com vários/as filhos/as, também decorrente da ausência de educação sexual e acesso a contraceptivos. A gravidez precoce também pode ser associada ao patriarcado, assim como com abandono estatal, pela falta de políticas de saúde reprodutiva. Também foram observadas situações que, após o nascimento dos/as filhos/as, essas mulheres enfrentam abandono pelos companheiros, representando uma dinâmica que expressa como o patriarcado distribui responsabilidades reprodutivas para as mulheres que asseguram geração de força de trabalho com a gravidez, o parto e o aleitamento, enquanto para os homens desobriga-os, deixando às mulheres a reprodução material da vida através de trabalho precarizado. Essa produz empobrecimento familiar e negação de perspectivas futuras. Crucialmente, essa dinâmica reproduz-se transgeracionalmente, experiência em que as filhas dessas mulheres, socializadas em contextos onde maternidade precoce é normalizada e alternativas são invisibilizadas, tendem a reproduzir o ciclo sem ruptura, perpetuando a transmissão intergeracional da pobreza. Nesse sentido, o patriarcado opera como engenharia de reprodução de precariedade, convertendo corpos femininos em instrumentos de perpetuação do capital ao assegurar força de trabalho e reprodução social sem custos para o Estado ou para o capital.



**Figura 16** – Gráfico referente à profissão/situação  
Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

Associa-se à escolaridade, a profissão/situação ocupacional das participantes, em que parte expressiva trabalha como catadora de resíduos sólidos/reciclagem (8; 19%), frequentemente associada a outras atividades informais para compor renda familiar, como

diarista (7; 16%), doméstica (5; 12%), serviços gerais (2; 5%) e outras ocupações diversas (salgadeira, cozinheira autônoma, ajudante de cozinha, copeira, trabalhadora rural, manicure) totalizando aproximadamente 13%. Além disso, 4 mulheres (9%) declaram-se “do lar”, 8 (19%) estão desempregadas, 2 (5%) aposentadas e 1 (2%) autônoma. Essa configuração ocupacional não é diversidade de oportunidades”, mas novamente permite-nos afirmar que é expressão de um sistema de exploração que subordina as mulheres, particularmente as negras, pardas, indígenas e transfronteiriças, a trabalhos precários, informais, desvalorizados e sem proteção social.

Conforme argumenta Gerda Lerner (2019), o patriarcado não é uma estrutura natural ou universal, mas um sistema histórico de dominação que emergiu em contextos específicos de acumulação de propriedade e controle reprodutivo. O patriarcado subordina as mulheres através da apropriação de seu trabalho reprodutivo como a maternidade, o cuidado e o trabalho doméstico, e da restrição de seu acesso a recursos e poder político. Na mesma direção, Silvia Federici (2017) evidencia que o capitalismo se construiu sobre a expropriação do trabalho reprodutivo feminino, ou seja, o capitalismo não criou o patriarcado, mas o reorganizou e intensificou, transformando o trabalho reprodutivo em trabalho não remunerado que subsidia a acumulação capitalista. No contexto das mulheres transfronteiriças de Porto Murinho, essa dinâmica se materializa na dupla/tripla jornada, no trabalho remunerado precário, no trabalho reprodutivo não pago.

A categoria de mulheres “do lar” (9%) é particularmente reveladora dessa expropriação do trabalho reprodutivo, pois essas mulheres realizam um trabalho essencial ligado à reprodução da vida, ao cuidado e à socialização, mas não são reconhecidas como “trabalhadoras” e não acessam direitos trabalhistas, previdenciários ou de proteção social. Para Federici (2017), o trabalho doméstico não remunerado é fundamental para a reprodução da força de trabalho e, portanto, para a acumulação capitalista. Ele é também invisibilizado e desvalorizado, permitindo que o capital se aproprie de seu valor sem compensação. Essa invisibilidade é intensificada para as mulheres transfronteiriças, que frequentemente não possuem documentação formal e, portanto, não acessam nem mesmo as políticas de proteção social limitadas oferecidas pelo Estado.

A precarização ocupacional é resultado de um sistema de exploração que articula patriarcado, racismo e capitalismo como três sistemas de dominação interdependentes, conforme argumenta Saffioti:

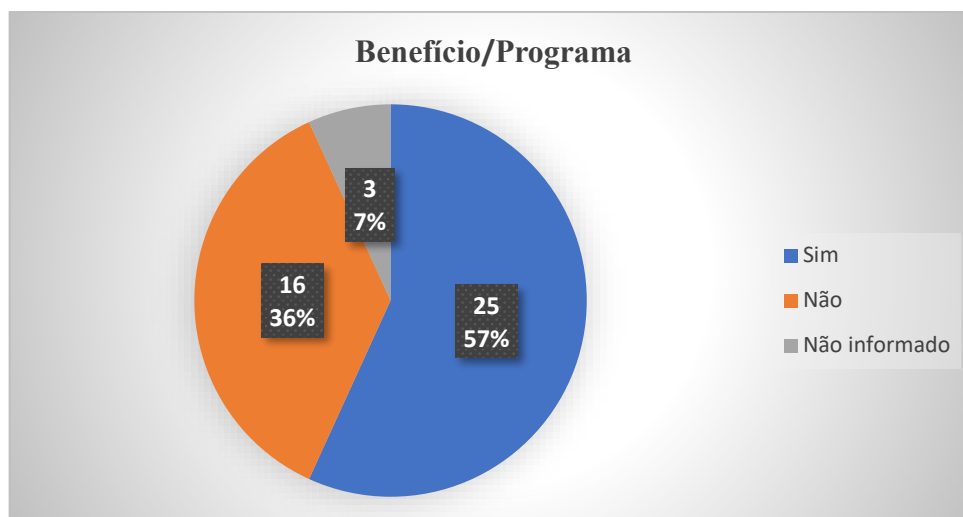
A sociedade não comporta uma única contradição. Há três fundamentais, que devem ser consideradas: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Com efeito, ao longo da história

do patriarcado, este foi-se fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocharam, na sua plenitude, as classes sociais [...]. (Saffioti, 2000, p.73).

Esses sistemas (patriarcado, racismo e capitalismo) não operam isoladamente, mas se entrelaçam na produção de desigualdades estruturais. Para as mulheres transfronteiriças, essa imbricação significa que a precarização ocupacional não é apenas uma questão de “classe”, com a exploração do trabalho pelo capital, mas também de gênero/sexo, com a apropriação do trabalho reprodutivo pelo patriarcado, e de raça/etnia, com a racialização do trabalho precário, da xenofobia, da exclusão.

A formação sócio-histórica brasileira evidencia esses três sistemas como elementos estruturantes das desigualdades. O Brasil foi construído sob a escravização de africanos (racismo), a subordinação de mulheres (patriarcado) e a acumulação capitalista. Uma tríade que produziu, desde a colonização, a marginalização sistemática de segmentos específicos da população. Essa configuração se reorganiza e intensifica sob novas formas. Na fronteira Brasil-Paraguai, a transfronteirização adiciona uma dimensão de xenofobia e exclusão documental que intensifica ainda mais a precarização ocupacional das mulheres migrantes (Carissimi & Almeida, 2025).

As mulheres participantes da pesquisa evidenciam de forma contundente essa imbricação de opressões. Identificam-se como mulheres transfronteiriças, racializadas, frequentemente chefes de família e mães solas, residindo em condições precárias, com baixos níveis de escolaridade e inseridas predominantemente em atividades informais, subemprego e precarização laboral. Essas particularidades de uma totalidade social ampliada são produzidas pela organização capitalista do trabalho, pelo patriarcado que subordina as mulheres ao trabalho reprodutivo, e pelo racismo que racializa e marginaliza populações específicas.



**Figura 17** – Gráfico referente ao benefício/programa

Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

A viabilização de um benefício ou programa governamental também é importante indicador para essas mulheres que possuem renda baixa ou muito baixa como veremos a seguir. 25 mulheres ou 57% declaram receber algum tipo de benefício ou programa, normalmente vinculado a política pública de assistência social: Bolsa família, vale renda, mais social, benefício de prestação continuada – BPC-LOAS (este, embora seja gerido pela previdência é benefício da assistência social) e, um da habitação: programa de habitação. 3 mulheres ou 7% não informaram e 16 ou 36% declararam não possuir nenhum benefício ou programa.

A ausência de contemplação por benefícios ou programas sociais não é falta de elegibilidade, mas resultado de barreiras estruturais que articulam documentação, burocracia estatal e xenofobia. A maioria dessas mulheres, embora atenda aos critérios de elegibilidade (renda baixa, vulnerabilidade socioeconômica), enfrenta obstáculos que dificultam sua inclusão.

Para as mulheres transfronteiriças, essa relação entre documentação, acesso a direitos e garantia destes é particularmente significativa e violenta. Algumas residem em território brasileiro e permanecem sem documentação formal, enquanto outras encontram-se na mesma condição no território paraguaio. Muitas dessas situações decorrem tanto das exigências administrativas e burocráticas quanto dos custos associados à operacionalização desses processos. Conforme relata Celsa Speratti<sup>23</sup>, uma das mulheres participantes da pesquisa:

Na questão da documentação, o que eu vejo é que os valores são altos, a população é carente, não tem emprego, não tem uma renda fixa, e tipo assim, se tem uma mãe com

<sup>23</sup> Celsa Speratti também foi uma mulher paraguaia pioneira na educação feminina.

três filhos, ela não vai priorizar ela fazer a documentação e os filhos ficarem sem, então se torna muito caro. Pra uma pessoa já não é barato, então pra duas, três, já complica.

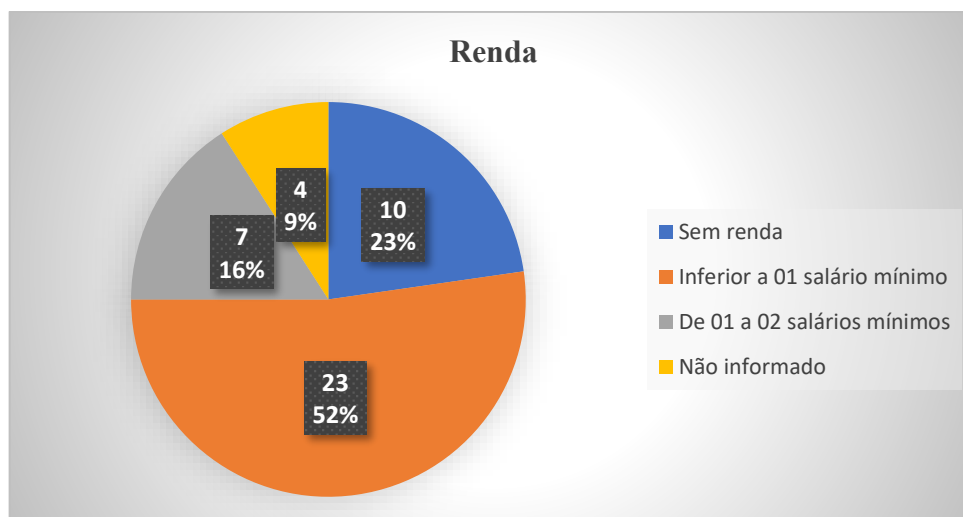
Essa fala evidencia uma hierarquia de necessidades imposta pela pobreza estrutural, forçando a mulher a escolher entre documentação e alimentação, entre regularização e sobrevivência. Uma escolha produzida pelo sistema capitalista que subordina o acesso a direitos à capacidade de pagamento.

Além disso, a invisibilidade estatística das mulheres transfronteiriças sem documentação reproduz sua exclusão política. Embora elas residam no território, trabalhem, paguem impostos, não são reconhecidas como sujeitos de direitos. Essa condição que chamaremos aqui nessa tese de “invisibilidade dos invisíveis” é uma forma de negação da cidadania e da existência dessas mulheres, uma violabilidade de direitos que as torna vulneráveis a exploração e as desigualdades diversas.

Um caso emblemático ilustra essa dinâmica: uma mulher paraguaia de 65 anos, sem renda per capita e com renda familiar abaixo de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, que seriam critérios que a tornariam elegível ao BPC-LOAS, mas não consegue acessar o benefício pela inexistência de documentação brasileira e pelas dificuldades de regularização. Embora viva no Brasil há muitos anos, trabalhe, contribua com a comunidade, a falta de documentação regular a exclui de um direito que, teoricamente, é seu.

No plano das políticas públicas, o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 1: Erradicação da Pobreza revela desafios significativos em Porto Murtinho/MS. O indicador “Famílias inscritas no Cadastro Único para programas sociais” apresenta valor de 60,97, em comparação com a referência de 87, representando um déficit de 30%. O indicador “Percentual de pessoas inscritas no Cadastro Único que recebem Bolsa Família” registra 52,27, enquanto a referência é 80,5, indicando um déficit de 35% (IDSC-BR, s/d). Esses números demonstram que, em contextos de pobreza estrutural e mesmo com oferta estatal de políticas de assistência social, elas podem ser insuficientes e até mesmo excludentes.

Conforme argumenta Federici (2017), o capitalismo se construiu sobre a expropriação do trabalho reprodutivo feminino e sobre a pobreza estrutural de populações específicas. As políticas de assistência social são concessões do Estado capitalista que reconhecem, parcialmente, a necessidade de reprodução da vida, contudo, são insuficientes, condicionadas a exigências burocráticas e excludentes pelas barreiras documentais, como no caso de parte importante das mulheres transfronteiriças.



**Figura 18** – Gráfico referente à renda  
Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

A renda dessas mulheres, que frequentemente compõem a renda familiar, muitas vezes na condição de chefes de família, é considerada baixa ou muito baixa, uma expressão direta da determinação social produzida pela organização capitalista do trabalho. Nesse contexto, 23 mulheres (25%) possuem salários inferiores ao salário mínimo vigente em 2024 (R\$ 1.412,00), 10 mulheres (23%) não possuem nenhuma fonte de renda formal, 7 mulheres (16%) recebem entre um e dois salários mínimos, 4 mulheres (9%) não forneceram informações e nenhuma mulher possui rendimentos superiores a dois salários mínimos. Essa distribuição de renda permite-nos afirmar uma concentração de pobreza estrutural.

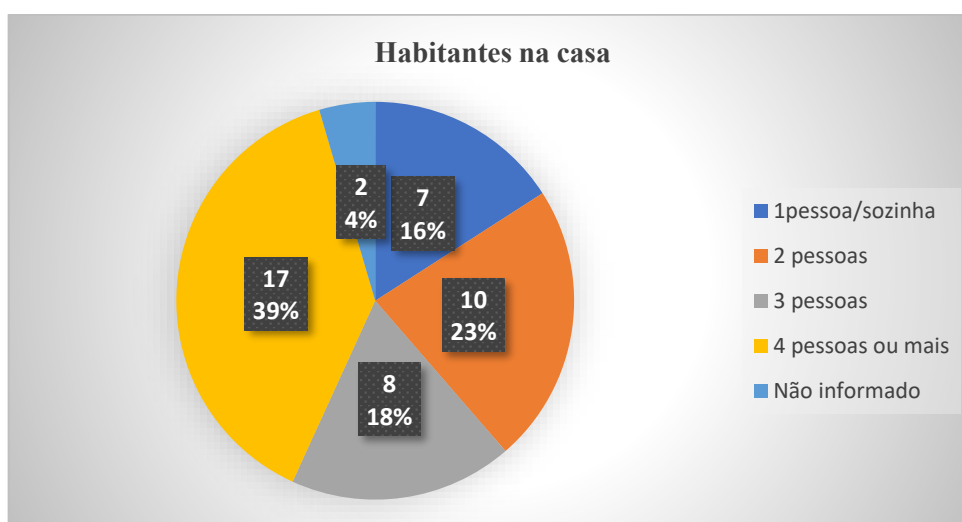
Conforme argumenta Albuquerque & Silva (2014), a determinação social da saúde e, aqui, por extensão, a discussão sobre a renda, precisa ser vista como resultado da totalidade das relações sociais de produção. Na sociedade capitalista, a classe trabalhadora, em especial, as mulheres, é forçada a vender sua força de trabalho por um salário insuficiente para reproduzir a vida com dignidade. Além disso, materializa a extração de mais-valia, em que trabalhadores produzem valor muito superior ao que recebe como salário, e essa diferença é apropriada pelo capitalista como lucro (Marx, 1983).

Os dados nacionais corroboram essa realidade. Segundo o IBGE (2023), aproximadamente 59 milhões de pessoas viviam em situação de pobreza no Brasil, enquanto cerca de 9,5 milhões encontravam-se em extrema pobreza. O IBGE adota as linhas de pobreza estabelecidas pelo Banco Mundial, fundamentadas no Critério de Paridade de Poder de Compra (PPC): considera-se pobreza uma renda per capita mensal de R\$ 665 por núcleo familiar, enquanto a extrema pobreza é definida por renda per capita de até R\$ 209 (IBGE, 2023). Contudo, esses indicadores frequentemente ocultam a realidade vivida de populações

específicas. Os dados do IBGE revelam que a incidência da pobreza é mais acentuada entre a população negra e parda, nas regiões Norte e Nordeste e na população rural, grupos que, historicamente, foram subordinados pela escravização, colonização e exploração capitalista.

Nesse contexto, as mulheres transfronteiriças, particularmente as negras, pardas e indígenas, constituem um grupo socialmente invisibilizado que deveria ser incluído nas análises de pobreza estrutural. Embora não apareçam explicitamente nas estatísticas nacionais, as mulheres participantes da pesquisa apresentam indicadores de pobreza ainda mais agudos que a média nacional: 48% com renda inferior a um salário mínimo ou sem renda formal, chefes de família, baixa escolaridade, trabalho precário e informal, falta de documentação e acesso limitado a benefícios sociais. Essa invisibilidade estatística reproduz a exclusão, facilitando a perpetuação das desigualdades.

Conforme argumenta Mészáros (2006), o capitalismo contemporâneo produz uma contradição fundamental, reconhecendo que a humanidade já possui capacidade de produzir o necessário para todos viverem com dignidade, com muito menos trabalho, mas o excedente socialmente produzido não é dirigido à satisfação das necessidades da vida, mas à expansão do capital. Parcela crescente da força de trabalho passa a ser desnecessária para a produção do capital, tendo sua sobrevivência ameaçada justamente quando poderia ter sua vida potencializada. Essa é a contradição do capitalismo que produz riqueza gigantesca, mas a concentra nas mãos de uma minoria, deixando a maioria em pobreza estrutural.

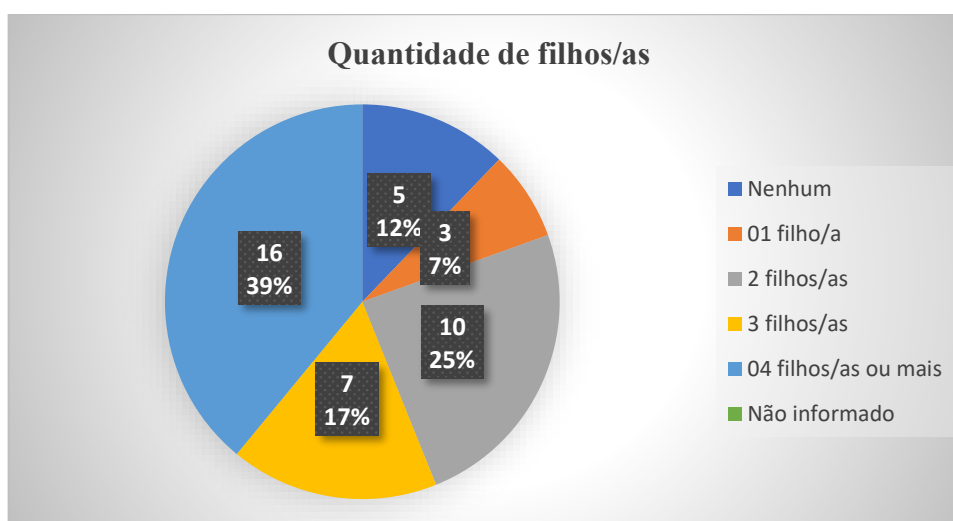


**Figura 19** – Gráfico referente aos habitantes na casa  
Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

No que diz aos/às habitantes na casa, observa-se que 17 mulheres (39%) residem em domicílios com quatro ou mais habitantes. Outras 10 mulheres (23%) vivem em residências

com duas pessoas, enquanto 8 mulheres (18%) habitam com três indivíduos. Dessa forma, aproximadamente 80% das mulheres encontram-se em contextos de convivência com múltiplos ocupantes. Por outro lado, apenas 7 mulheres (16%) vivem sozinhas, e 2 mulheres (4%) não forneceram informações acerca do número de moradores na residência.

A concentração de habitantes também reflete a expressividade de mulheres com filhos/as, que será explorada no subitem subsequente. A maternidade, sob o capitalismo patriarcal, é frequentemente imposta às mulheres como destino natural, sem reconhecimento, remuneração ou apoio. Mulheres pobres, negras, indígenas e transfronteiriças enfrentam barreiras ao acesso à educação sexual, contraceptivos e direitos reprodutivos, resultando em maternidades múltiplas e precoces que intensificam a precarização de suas vidas (Federici, 2017; Saffioti, 2015). A concentração de filhos/as em domicílios precários é, portanto, uma expressão da determinação social que articula capitalismo, patriarcado e racismo.



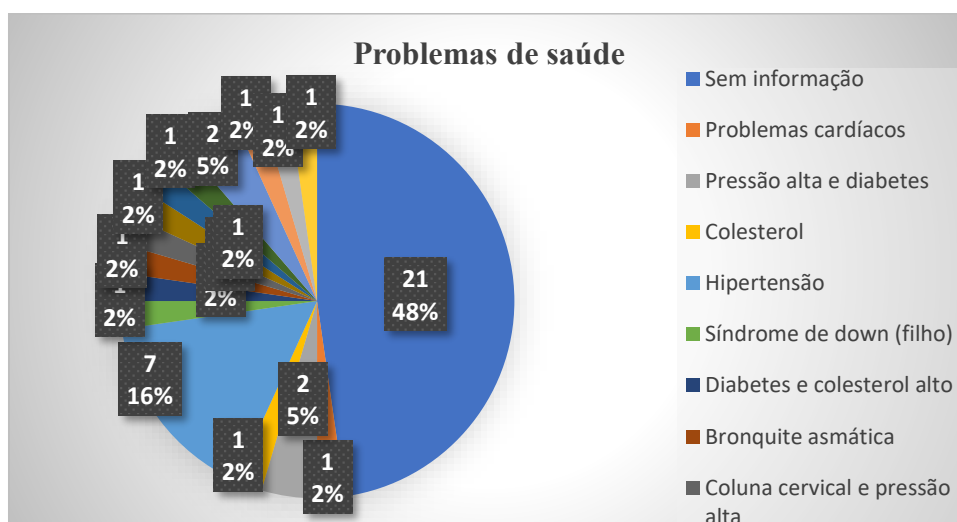
**Figura 20** – Gráfico referente à quantidade de filhos/as

Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

A quantidade de filhos/as das participantes nos faz pensar na produção de maternidades múltiplas, precoces e não planejadas, conforme já exposto anteriormente. As mulheres que não possuem filhos/as representam apenas 5 indivíduos (12%), enquanto 3 mulheres (7%) não forneceram informações. Quanto ao número de filhos/as: 16 mulheres (39%) têm quatro ou mais filhos/as, 10 mulheres (25%) possuem dois filhos/as, 7 mulheres (17%) têm três filhos/as e 3 mulheres (7%) têm apenas um filho/a. Dessa forma, aproximadamente 88% dessas mulheres são mães, assumindo, em grande medida, a responsabilidade pelos cuidados e pelo sustento familiar, sendo muitas delas as principais ou únicas responsáveis por essas tarefas, negando a essas mulheres o direito à autodeterminação reprodutiva.

Conforme argumenta Federici (2017), o patriarcado engendrado sob o capitalismo, subordina as mulheres através da apropriação de seu trabalho reprodutivo e da imposição da maternidade como destino natural. Já Lerner (2019) argumenta que o patriarcado emergiu historicamente como um sistema de controle reprodutivo, isto é, o controle sobre o corpo, a sexualidade e a reprodução das mulheres. Sob o capitalismo, esse controle se reorganiza e as mulheres pobres são simultaneamente forçadas à maternidade, pela falta de acesso a contraceptivos e direitos reprodutivos, e exploradas pelo trabalho reprodutivo não remunerado que realizam (Federici, 2017; Lerner, 2019).

A ausência de políticas de prevenção no âmbito da saúde sexual e reprodutiva é particularmente grave em Porto Murtinho/MS, uma região de fronteira com acesso limitado a serviços de saúde e com barreiras documentais que dificultam o acesso de mulheres transfronteiriças. Muitas dessas mulheres encontram-se em idade reprodutiva e apresentam uma taxa significativa de filhos/as, muitas vezes com pais ausentes. Com isso, a responsabilidade pelo cuidado recai exclusivamente sobre as mulheres, intensificando a divisão sexual do trabalho e a precarização de suas vidas. É particularmente preocupante a ocorrência de adolescentes e jovens grávidas e com filhos/as, reproduzindo a condição de suas mães, reiterando a afirmativa quanto a insuficiência de políticas públicas voltadas à prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva.



**Figura 21** – Gráfico referente aos problemas de saúde  
Fonte: Elaborado pela autora, 2024-2025.

Sobre os “problemas de saúde” ou doenças das mulheres transfronteiriças revela uma contradição fundamental do sistema de saúde. Embora aproximadamente metade dessas mulheres declare possuir algum tipo de enfermidade ou condição de saúde, a maioria dessas

condições é prevenível e evitável através de ações de prevenção e promoção da saúde, precisamente aquilo que a Atenção Primária em Saúde (APS) deveria garantir. Doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo da hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade, são respostas racionais a uma situação de exploração estrutural, de trabalho precário, de renda insuficiente, de habitação inadequada, de falta de acesso a alimentação segura, de estresse crônico pela precarização.

Ainda que duas participantes tiveram relatado questões relacionadas aos/às filhos/as e alguns casos mais específicos e considerados de maior gravidade, como diagnóstico de câncer, a maioria das condições referidas estão associadas a determinação socialmente produzida. (Albuquerque & Silva, 2014; Bones & Bellenzani, 2024).

Nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde (APS), representada pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), deveria funcionar como porta de entrada do sistema de saúde e como espaço de prevenção, promoção e proteção da saúde, abordando à determinação social da saúde correlacionados às condições de vida das populações (Albuquerque & Silva, 2014). Conforme estabelecido na Declaração de Alma-Ata (1978) e reafirmado na Declaração de Astana (2018), a APS é um modelo eficaz, eficiente e equitativo para a melhoria da saúde populacional, fundamentado no reconhecimento de que a saúde é um direito humano fundamental e que a cobertura universal de saúde deve contemplar todas as pessoas, incluindo aquelas marginalizadas ou vulneráveis (Albuquerque & Silva, 2014).

Contudo, a realidade do sistema de saúde em Porto Murtinho/MS, que afeta diretamente as mulheres transfronteiriças, revela uma dependência maior de um sistema predominantemente curativo e pontual, com acesso deficiente à APS. Conforme relatam as participantes, o sistema funciona através de ações reativas, ou seja, o atendimento ocorre apenas quando “o problema de saúde já está instalado”, em vez de ações proativas de prevenção e promoção. Essa dinâmica também reflete a subordinação do sistema de saúde público às lógicas capitalistas de lucro e acumulação, quando o Estado capitalista investe em saúde de forma insuficiente e fragmentada, priorizando ações curativas que geram lucro para a indústria farmacêutica e hospitalar, em detrimento de ações preventivas, que reduzem a demanda por medicamentos e internações. (Bones & Bellenzani, 2024; Mészáros, 2006).

Embora essa realidade de sucateamento do sistema de saúde seja comum para muitos/as brasileiros/as, reflexo da ofensiva neoliberal e dos cortes nos recursos públicos, como a

chamada “PEC da Morte”<sup>24</sup> ela se intensifica para as mulheres transfronteiriças, que vivem em condições ainda mais precárias, associadas aos marcadores de classe, gênero/sexo, raça/etnia, nacionalidade, e com acesso ainda mais deficiente à APS

No conjunto, a realidade deste grupo de mulheres consideradas majoritariamente transfronteiriças, no município de Porto Murtinho/MS, ratifica dados oficiais que caracterizam uma situação complexa. Neste grupo, especificamente, muitas não possuem renda fixa, trabalhando em ocupações precárias, informais e desvalorizadas, frequentemente sem proteção social ou direitos trabalhistas; exercem trabalhos extenuantes e insalubres, frequentemente relacionados à coleta de resíduos sólidos no local conhecido como “lixão”, expostas às intempéries, sem condições adequadas para descanso, higiene ou proteção; enfrentam menores oportunidades de inserção no mercado de trabalho formal, com garantias previdenciárias limitadas ou inexistentes; possuem acesso restrito a alimentos seguros e nutritivos, frequentemente enfrentando insegurança alimentar que compromete a saúde e o desenvolvimento de filhos/as; têm pouca ou nenhuma oportunidade de usufruir de espaços públicos destinados à prática de esporte e lazer, limitando o acesso a atividades que promovem saúde mental e bem-estar; algumas assumem o papel de chefes de família, carregando a responsabilidade exclusiva pelo sustento e cuidado de múltiplos dependentes; muitas são beneficiárias de programas governamentais, incluindo aqueles voltados à transferência de renda, que são insuficientes para garantir vida digna; há casos de ausência de documentação regular e dificuldades no acesso às políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde e educação, reproduzindo a invisibilidade estatística e a exclusão política.

Essa análise revela a determinação social da saúde das mulheres transfronteiriças que expressam, simultaneamente, o universal frente as contradições estruturais do capitalismo, do patriarcado e do racismo que afetam as mulheres pobres, e o singular, nas especificidades da fronteira, da transfronteirização, da xenofobia, da falta de documentação.

Para as mulheres transfronteiriças de Porto Murtinho/MS, portanto, essa relação se materializa em uma totalidade que não pode ser compreendida através de “fatores isolados”, mas como resultado de um processo histórico-social de exploração capitalista, subordinação patriarcal, opressão racial, marginalização territorial e desigualdades. (Albuquerque & Silva,

---

<sup>24</sup> A PEC da Morte refere-se à Proposta de Emenda à Constituição nº 241 de 2016, também conhecida como PEC 55/2016 no Senado, que estabeleceu um teto para os gastos públicos federais. Essa PEC, que resultou na Emenda Constitucional nº 95, conhecida como o “Teto de Gastos” e foi promulgada em 15 de dezembro de 2016, pelo então Presidente da República, Michel Temer. Essa emenda estabeleceu um novo regime fiscal para a União, limitando as despesas primárias do governo por 20 anos, restringindo investimentos em áreas prioritárias para o país, como a saúde e a educação.

2014; Bones & Bellenzani, 2024; Carissimi & Almeida, 2025). Essa afirmativa coaduna com a próxima seção em que apresentaremos uma síntese mais adensada dos conteúdos das entrevistas gravadas endossadas pelas reflexões oriundas das rodas de conversa e referenciais desta pesquisa.

### **4.3 Vozes femininas e suas “fronteiras”: limites ou potencialidades?**

A compreensão da saúde, para as mulheres que habitam as fronteiras, transcende a mera ausência de doença, imergindo em um emaranhado de condições materiais e sociais que moldam suas vidas. As fronteiras, neste contexto, não se apresentam apenas como linhas geográficas demarcadas, mas como complexas interfaces de exclusão, desigualdades e, paradoxalmente, resistência e construção de subjetividades, nas quais as vozes femininas emergem como narrativas poderosas de vivências e lutas. A análise dessas vozes, sob a lente do materialismo histórico-dialético e da perspectiva feminista marxista, revela tanto os limites impostos por estruturas opressoras quanto as latentes potencialidades de transformação. Assim, estruturamos quatro blocos de análises e suas respectivas análises que se destacaram a partir das mulheres participantes da pesquisa, representativas da compreensão do conjunto sobre as questões de saúde na fronteira.

#### ***4.3.1 Bloco1: Concepções de saúde e a determinação social da saúde***

A saúde, para as mulheres que habitam os territórios de fronteira, não se configura como uma abstração biológica universal, mas como um produto social intrinsecamente ligado às suas condições materiais de existência. Essa perspectiva ressoa com a análise do materialismo histórico, que postula a centralidade da vida material na conformação da consciência e nas possibilidades de bem-estar (Marx, 1983). Longe de ser um mero estado de ausência de doença, a saúde emerge como um reflexo direto da capacidade de acesso a direitos fundamentais e da inserção em um modo de produção capitalista que, estruturalmente, as submete à exploração e à precarização, inviabilizando a plena realização de suas vidas.

As vozes das participantes da pesquisa revelam essa compreensão dialética da saúde. Quando questionadas sobre o que entendem por saúde, a associação imediata com a doença é

uma mediação para a percepção das condições de vida que a geram. Adela<sup>25</sup> e Serafina Dávalos exemplificam essa conexão:

P: [...] Então deixa eu fazer a pergunta específica. Eu queria que vocês falassem o que vocês entendem por saúde. O que que é saúde pra vocês assim. Quando fala sobre saúde. (Algumas falas baixinhas e inaudíveis).

Adela: É de ficar doente né, principalmente tem que cuidar da saúde.

P: Uhum.

Adela: Eu, pobre, por isso que é difícil, ficar no sol quente, catando plástico, pra mim é muito difícil. É aí por conta disso, a gente fica doente, alguma coisa aconteceu.

Serafina Dávalos: Não adianta a gente trabalha, sacrifício no lixo, a gente vai no hospital não tem remédio e tem que comprar do bolso.

Francisca Cabrera<sup>26</sup> também menciona essa perspectiva, rapidamente ampliando a concepção restrita de saúde para incluir aspectos socioeconômicos:

F: Saúde? Como...saúde eu penso né...é... da pessoa né quando nós precisa aqui ou como que é?

P: Isso. Também.

F: Então, quando precisa aqui de saúde é o posto de saúde né, entendeu? O posto de saúde para o pessoal aqui né. É bom esse daí.

P: Sim.

F: Eu acho né. Da minha parte.

P: Quando você fala assim sobre trabalho, de ter trabalho, de ter alimentação adequada...

F: Isso daí também né.

P: Você acha que isso também é saúde.

F: É, precisa também né.

Nota-se que a concepção inicial do “posto de saúde” como única referência é rapidamente complementada por uma visão mais ampla que articula saúde, trabalho e alimentação, reconhecendo a interdependência desses aspectos. Essa compreensão reflete uma práxis cotidiana que conecta o adoecimento às condições materiais de vida, um pilar fundamental da análise marxista da saúde, sobretudo para as mulheres. (Cisne, 2017).

Essa consciência materialista adquire qualidade de consciência de classe no momento em que as participantes transcendem a percepção de sua situação singular para nomeá-la como expressão de estruturas coletivas de exploração. Quando uma participante afirma “*nós precisa aqui*”, usando “*nós*” em primeiro plano, ela não fala de si mesma isoladamente, mas da classe de mulheres transfronteiriças precarizadas que compartilham suas condições. Esse pronome possessivo “*nós*” marca o ponto de transição entre consciência individual em si, para consciência de classe para si, conforme teorizado por Lukács (2003).

<sup>25</sup> Adela foi uma das pioneiras na educação feminina paraguaia.

<sup>26</sup> Francisca Cabrera: considerada heroína, exemplo de força e luta feminina durante a Guerra da Trílice Aliança.

Há elementos que revelam uma visão que a saúde se refere às condições de saúde produzidas pelas negligências fronteiriças, no reconhecimento de que outras mulheres vivem o mesmo, e em uma reivindicação política, ainda que não expressa diretamente. É possível afirmar uma consciência em germinação, compreendendo que vidas precárias são produzidas por estruturas desiguais e que podem ser transformadas coletivamente.

Também se observa a presença das desigualdades de classe na medida em que elas reconhecem sua vulnerabilidade decorrente da pobreza e do contexto de trabalho caracterizado pela informalidade, precarização e insalubridade, elementos essenciais para a compreensão e análise do mundo do trabalho sob a lógica do capital (Marx, 1983; Engels, 2010). A precarização do trabalho e a ausência de direitos trabalhistas são características intrínsecas ao capitalismo periférico, que afetam desproporcionalmente as mulheres, que estão na base da divisão sexual e racial do trabalho (Saffioti, 1992; Kergoat, 2009).

As participantes também apresentaram relatos acerca de outras situações presentes no contexto em que estão inseridas, bem como na compreensão do conceito de saúde. Essas referências incluem, por um lado, problemas relacionados à iluminação pública na região em que residem, os quais dificultam o exercício do direito de ir e vir e, conseqüentemente, o acesso a melhores condições de vida. Por outro lado, destacaram questões relacionadas à segurança, que também representam obstáculos ao deslocamento e à mobilidade, configurando-se como aspectos correlacionados que impactam diretamente na promoção da saúde e no bem-estar dessas populações, conforme elucidado pelas falas:

P: Isso da luz que vocês falam é pra chegar até lá, no caminho né? Que precisa né.

Adela: Sim, sim. No caminho que é escuro né, no caminho. Lá descendo no dique e já fica escuro.

Elisa Alicia<sup>27</sup>: É escuro...

Serafina Dávalos: Já saiu morte lá na estrada.

Essas situações de infraestrutura e segurança demonstram que a saúde não pode ser reduzida a ausência de doença, mas se manifesta na totalidade da vida social e urbana, incluindo o direito à cidade e à segurança, que são mediadas pelas relações de classe e poder.

Além disso, a saúde dessas mulheres é diretamente impactada pelas dificuldades enfrentadas no sistema público de saúde para o acesso a serviços especializados e a viabilização de medicações. A contradição entre a necessidade de cuidados e a escassez de recursos públicos é vivida diariamente, como revelam os diálogos de Elisa Alicia e Carmen Soler<sup>28</sup>:

Elisa Alicia: É isso é verdade.

<sup>27</sup> Elisa Alicia Lynch foi considerada uma figura importante e emblemática da Guerra do Paraguai.

<sup>28</sup> Carmen Soler foi poetisa e militante que usou sua voz na luta por justiça social.

Carmen Soler: Não tem vaga também no posto.

Serafina Dávalos: Isso daí é um problema né. Não tem vaga, não tem remédio.

Elisa Alicia: Verdade.

Serafina Dávalos: A gente tem que ralar pra... porque se a gente não tem remédio, tem que comprar, tem que deixar de comprar aquele 1 quilo de carne, 1 quilo de arroz né?

P: Deixa de comprar uma comida para poder comprar um remédio.

Serafina Dávalos: É. Isso aí.

Elisa Alicia: E remédio tá caro.

Serafina Dávalos: Entendeu? Então esse que o problema nosso, de saúde né.

Elisa Alicia: Aqui na saúde já tem quatro anos que eu to caminhando para ir pra Campo Grande e até hoje não tem nada pra mim, não saiu nada nada.

P: Do especialista né? Pro especialista né?

Elisa Alicia: É.

Ao abordarem a realidade do sistema de saúde, destacando a escassez de medicamentos, a insuficiência de vagas na Atenção Primária à Saúde (APS) e para serviços especializados, as participantes retratam uma condição geral de sucateamento da saúde pública. No entanto, essas problemáticas se particularizam e se intensificam quando consideradas os atravessamentos decorrentes de classe e sexo/gênero. Na mesma direção, essa situação reflete o desmonte e os cortes nos recursos públicos, como já citado pela denominada “PEC da Morte”, que agravaram ainda mais as condições de funcionamento e acesso aos serviços de saúde, consolidando um projeto neoliberal de austeridade que penaliza ainda mais pobres, mulheres, negras, indígenas e transfronteiriças.

É importante destacar que, para as mulheres transfronteiriças, esses recortes de classe e sexo/gênero se somam às questões relacionadas à raça/etnia e à xenofobia. A combinação da exploração capitalista, da subordinação patriarcal e da opressão racial/xenofóbica cria uma totalidade concreta de desigualdades que as coloca em uma posição ainda mais precarizada e marginalizada no acesso à saúde e aos demais direitos sociais. A saúde, assim, não é apenas um direito inviabilizado, mas um campo de contradições sociais onde a luta por melhores condições de vida se manifesta como uma luta por dignidade e existência plena.

Essas mulheres expressam uma compreensão concreta das situações que inviabilizam o acesso à saúde plena. Embora não mencionem explicitamente as estruturas de dominação, elas identificam com precisão os obstáculos como a precariedade do trabalho, a falta de medicamentos, a insegurança nas ruas, a discriminação, dentre outros, como aspectos imbricados de um único sistema de opressão. Isso também já nos provoca a pensar elementos da práxis cotidiana dessas mulheres, reconhecendo falas que valorizam o conhecimento situado das mulheres trabalhadoras como ponto de partida fundamental para construção de transformação social.

### ***4.3.2 Bloco 2: Limites estruturais e a exploração capitalista no tripé capital-patriarcal-racista***

A experiência feminina na fronteira é intrinsecamente marcada por um tripé imbricado de opressões: capitalista, patriarcal e racista, ao qual se soma a dimensão xenofóbica. Essas estruturas de dominação não operam isoladamente, mas se entrelaçam e se retroalimentam, construindo barreiras complexas e multifacetadas ao acesso à saúde e à plena dignidade.

A perspectiva feminista marxista, conforme elucidado por Heleieth Saffioti (1992, 2000) e Danièle Kergoat (2009), é crucial para desvelar como a divisão sexual e social do trabalho, a exploração capitalista e as hierarquias de sexo/gênero e raça/etnia se manifestam de forma brutal e reificada na vida dessas mulheres, impondo-lhes condições de existência que comprometem sua saúde em sua totalidade. Silvia Federici (2017) complementa essa análise ao demonstrar como o capitalismo, desde sua gênese, estrutura-se sobre a exploração do trabalho feminino e a reprodução social, transformando a fronteira em um palco onde essas dinâmicas são agudizadas.

#### **- Nacionalidade como violência estatal na hierarquização de vidas e negação de direitos**

As participantes da pesquisa revelam a presença de uma xenofobia que é tanto institucional quanto interpessoal, permeando o atendimento em serviços públicos e configurando-se como uma barreira central para a exclusão. A falta de documentação, neste contexto, não é uma mera lacuna burocrática, mas um instrumento de controle e marginalização que impede o acesso a direitos e solidifica as desigualdades.

Serafina Dávalos, Elisa Alicia e Adela discorrem sobre essa realidade de forma contundente, evidenciando a discriminação e a hierarquia de nacionalidade imposta dentro do sistema de saúde. As narrativas que emergem revelam mecanismos profundos de exclusão operacionalizados através de categorias administrativas convertidas em marcadores de humanidade:

Serafina Dávalos: Vou falar assim... vamos colocar um soro ou alguma coisa? E já manda lá pro... “do Paraguai”. Isso que eu achei mal do brasileiro sabe por quê? Porque o brasileiro ou o paraguaio quando tem qualquer acidente lá no Paraguai, o “Paraguai tudo dá a mão”. Por que o brasileiro “não quer dar a mão” para o paraguaio?

[...] Serafina Dávalos: Se você é paraguaia aqui não dá remédio, você tem que ralar e comprar. “Você é paraguaia, não tem remédio pra você”! (Como se alguém tivesse afirmando isso à ela)

Elisa Alicia: Como que é daqui, o brasileiro, o brasileiro mesmo que foi lá na Colônia, lá na Ilha, atende bem.

P: Sei.

Elisa Alicia: Ele (o paraguaio) salva a vida do brasileiro. E por que que ele não pode fazer assim também né.

Adela: Porque nós somos tudo igual.

Serafina Dávalos: Tem que ser igual.

Estes relatos evidenciam dinâmicas transfronteiriça que essas mulheres engendram diante da falência de políticas públicas transfronteiriças. O movimento pendular entre Brasil e Paraguai para acesso a saúde é uma estratégia de sobrevivência frente à negligência estatal dupla, ainda que essa mobilidade seja criminalizada através da ausência de regulamentação legal e administrativa. Nesse sentido, essas mulheres exercem direitos limitados que lhes são simultaneamente negados pela soberania estatal que as captura em categorias mutualmente excludentes, na condição de brasileira “ou” paraguaia.

A crítica contundente de Serafina “*você é paraguaia, não tem remédio*”, expõe precisamente esse mecanismo de exclusão pela nacionalidade. Essa frase é expressão de como o Estado brasileiro utiliza nacionalidade como instrumento de negação de direitos, convertendo uma categoria administrativa (nacionalidade) em marcador de humanidade, ou seja, se não tem nacionalidade brasileira, então não tem acesso a saúde, sinalizando as falhas locais embora na legislação do SUS garanta o atendimento a todas as pessoas. Isso configura-se como violência estatal que hierarquiza vidas, como se algumas fossem dignas de cuidado, no caso, as brasileiras, e, outras, descartáveis, as paraguaias. Também expõe a insuficiência do estado paraguaio em prover cuidado em seu próprio território, forçando mulheres paraguaias a buscar acesso em outro país.

Essa dinâmica revela como fronteiras nacionais, embora definidas por “marcos de Estado Nação” são “marcos de segregação e hierarquização de vidas”. As famílias de Porto Murtinho e Carmelo Peralta habitam espacialmente os dois territórios, mas são capturadas administrativamente em uma única categoria de nacionalidade, negando-se a multiplicidade de seus pertencimentos e identificações. Nesse processo, a condição humana universal é subsumida pela nacionalidade estatal, convertendo direitos humanos em privilégios de cidadãos/ãs específicos/as. Essas mulheres são produtos de fronteiras que as fixam em categorias excludentes, negando-lhes reconhecimento pleno em ambos os territórios.

Ainda no que diz respeito à questão da regularização documental<sup>29</sup>, é fundamental destacar que esse processo não se apresenta de forma simplificada, especialmente quando se

---

<sup>29</sup> De acordo com o Decreto nº 9.199/2017, que regulamenta a Lei de Migração nº 13.445/2017, é considerada fronteiriço a pessoa nacional de país vizinho ao Brasil ou apátrida (sem nacionalidade) que reside em município fronteiriço. A autorização de residência fronteiriço constitui um instrumento administrativo que permite a circulação e a realização de atividades da vida civil em território brasileiro, sendo circunscrita a um município fronteiriço específico, onde o residente poderá exercer os direitos garantidos pela Lei. O processo de autorização é centralizado pela Polícia Federal mediante requerimento eletrônico disponibilizado no portal oficial

leva em consideração a condição socioeconômica dessas mulheres. Há custos associados à sua realização, mas, além disso, aspectos socioculturais desempenham um papel relevante, revelando as desigualdades nas relações sociais de sexo/gênero e classe. As mulheres, em uma reprodução das normas patriarcais que forma essa base da sociedade e das necessidades impostas pelo capitalismo, frequentemente priorizam os cuidados e a atenção aos/as filhos/as, relegando suas próprias necessidades a um segundo plano, como detalha Celsa Speratti, com o acréscimo de Johanna Ortega:

Celsa Speratti: Na questão da documentação, o que eu vejo é que os valores são altos, a população é carente, não tem emprego, não tem uma renda fixa, e tipo assim, se tem uma mãe com três filhos, ela não vai priorizar ela fazer a documentação e os filhos ficarem sem, então se torna muito caro. Pra uma pessoa já não é barato, então pra duas, três, já complica. E para uma pessoa que tem um casamento que tem três, quatro filhos né, o casal vai ter que se documentar eles e as crianças é complicado.

Johanna Ortega: E é o modo que fala né, porque a maioria tem muito mais.

Celsa Speratti: É, a maioria tem mais (risos). E aí na maioria das vezes só o homem trabalha, que é uma realidade nossa aqui também, então aí é complicado né, porque eles vão priorizar comer do que fazer documento, isso é...

P: E a mulher, como vocês estão falando, acaba ficando ainda até em segundo plano, porque se tiver, ela vai regularizar a situação dos filhos primeiro, para depois ela né.

Celsa Speratti: Dos filhos primeiro para poder ir para a escola e tudo mais. É, prioriza sim, e ela acaba ficando em último plano, porque não tem como né.

Estes relatos que, à primeira vista, podem dizer sobre singularidades e particularidades, são expressões de uma totalidade de exploração capitalista e patriarcal na fronteira. O alto custo da documentação, somado à ausência de empregos formais e à baixa renda, impede a regularização. A prioridade dos/as filhos/as é uma manifestação da divisão sexual do trabalho e da ideologia do cuidado imposta às mulheres, que as leva a negligenciar suas próprias necessidades em detrimento da família. A frase “*priorizar comer do que fazer documento*” sintetiza a crueza da lógica capitalista que reduz a vida humana à mera sobrevivência, onde o direito à cidadania se torna um luxo. A mulher, que já é o elo mais fraco na cadeia produtiva

---

(<https://www.gov.br/pf/pt-br/assuntos/imigracao/registrar-se-como-estrangeiro-fronteirico>). O procedimento compreende preenchimento de formulário eletrônico com agendamento presencial, apresentação de documentação obrigatória, análise administrativa pela autoridade competente e emissão do Cartão de Residente Nacional Mercosulista (CRNM) – Fronteiriço. A documentação exigida inclui: (1) Requerimento eletrônico devidamente preenchido no site da Polícia Federal; (2) Fotografia 3x4 recente, colorida, fundo branco, papel liso, de frente (em caso de indisponibilidade do sistema de coleta de dados biométricos da Polícia Federal, poderá ser exigida a apresentação presencial); (3) Declaração de endereço eletrônico e demais meios de contato, preferencialmente acompanhada de cópia simples de comprovante de residência; (4) Documento de viagem ou carteira de identidade expedida por órgão oficial de identificação do país de nacionalidade do imigrante; (5) Prova de residência habitual em município fronteiriço de país vizinho; (6) Certidões de antecedentes criminais ou documento equivalente emitido pela autoridade judicial competente de onde tenha residido nos últimos cinco anos; (7) Declaração, sob as penas da lei, de ausência de antecedentes criminais em qualquer país nos últimos cinco anos; e (8) Comprovante de pagamento da taxa de emissão de CRNM - Fronteiriço, mediante Guia de Recolhimento da União. A depender do caso, outros documentos podem ser exigidos pela autoridade administrativa competente.

capitalista e na estrutura familiar patriarcal, é empurrada para uma invisibilidade jurídica e social ainda maior, perpetuando o ciclo de desigualdades e negando-lhe a autonomia sobre seu próprio corpo e sua saúde.

Novamente a imbricação da classe, sexo/gênero, raça/etnia e xenofobia, de um sistema que interfere no acesso à saúde dessas mulheres, com a presença não apenas de limites estruturais, mas pela constante negação de direitos.

### **- Xenofobia racializada e negação do atendimento**

As mulheres revelam que os fluxos de acesso à saúde entre Brasil e Paraguai não são uniformes ou homogêneos, pelo contrário, são marcados por profunda fragmentação e desarticulação, indicando a necessidade urgente de organizar e regulamentar os serviços de saúde na fronteira. É importante considerar a unicidade desses espaços, os quais foram já foram mencionados como territórios únicos, que situam essas dinâmicas sociais, econômicas e culturais como transcendendo as divisas geográficas. A ausência de uma política consolidada não resulta apenas na impossibilidade de acesso a serviços essenciais, mas na não garantia de direitos fundamentais à saúde, comprometendo o direito à vida e à dignidade. Essa desregulamentação é uma expressão da negligência estatal e da priorização do capital sobre a vida, onde as fronteiras são permeáveis ao lucro, mas impermeáveis aos direitos humanos.

Mesmo para brasileiras com documentação regular, mas que possuem ascendência ou laços familiares com paraguaios, inseridas em famílias mistas, a discriminação e o preconceito persistem, dificultando o acesso aos serviços de saúde. A xenofobia, portanto, não se restringe apenas à nacionalidade aparente ou à falta de documentos, mas se estende a uma identidade fronteiriça estigmatizada, racializada e minorizada. O relato de Carmen Soler é exemplar nesse sentido, ilustrando como a identidade de origem de um dos pais pode ser usada como critério para a negação ou precarização do atendimento, mesmo para uma criança brasileira:

Carmen Soler: Segunda fui levar no posto, minha filha tava doente, fui lá e não tinha vaga. Aí eu falei: “terça-feira vai ter vaga?”. Ela: “Não, só quarta-feira a tarde. Só quarta-feira a tarde tem vaga”.

Elisa Alicia: É a guriazinha...  
(Várias falas concomitantes).

P: Aí você levou para o Hospital ou não? Ou ficou esperando até quarta-feira?

Carmen Soler: Eu fiquei esperando até quarta-feira pra levar.

Serafina Dávalos: É paraguaia. Ela é paraguaia, por isso que não ta ligando muito (referindo-se ao fato da mãe ser de origem paraguaia e a criança não ser priorizada ou orientada sobre um serviço de urgência/emergência).

Carmen Soler: Uhum.

Serafina Dávalos: Se fosse brasileiro mesmo, na hora ia encaixar lá, sabe?

Este trecho possui múltiplos significados e revela a imbricação das opressões. Ele ilustra as dificuldades sistêmicas de acesso ao sistema de saúde brasileiro, mesmo para pessoas legalmente no país. Essas dificuldades são intensificadas pela presença explícita de preconceitos e xenofobia, frequentemente associados à raça e etnia, demonstrando que o atendimento não é universal nem equitativo, variando conforme a nacionalidade presumida ou o pertencimento cultural.

A percepção de Serafina Dávalos de que “*se fosse brasileiro mesmo, na hora ia encaixar lá*” denuncia uma prática discriminatória que revela a institucionalização da xenofobia, onde a identidade nacional e cultural se sobrepõe ao direito à saúde. É a concretização da relação social de sexo/gênero e de raça/etnia imbricadas com a relação social de classe, presente na vida das mulheres transfronteiriças.

Essa situação também está explícita na maternidade quando é verbalizado que “*é brasileira de nascimento, mas filha de paraguaia*”, submetida a regime de suspeição permanente. Seu corpo materno é lido através da xenofobia que recai sobre sua origem, como se fosse uma mãe suspeita e, conseqüentemente a filha não merecesse prioridade. Quando se afirma: “*É paraguaia. Ela é paraguaia, por isso que não ta ligando muito*”, demonstra-se como a xenofobia atua através da maternidade, negando o cuidado para filha, devido a nacionalidade na mãe. A criança, embora legalmente brasileira, é capturada pela categoria maternal, é “*filha de paraguaia*”, portanto, dispensável. A maternidade, aqui, desumaniza, e a xenofobia discrimina a mãe e a filha, excluindo-as mutuamente.

Essas narrativas também denunciam e afirmam a necessidade de reconhecimento de identidades que vai além de brasileiras e paraguaias, pois o status fronteiriço extrapola as nacionalidades. Essas mulheres residem na faixa de fronteira, pertencem a elas, expressam suas territorialidades identitárias, sociais e culturais nesses espaços, e são por isso mais do que nacionais, expressam outra categoria, a de transfronteiriça ignorada na invisibilidade da sociedade classista, patriarcal, racista e estrutural capitalista.

### **- Gestação precoce e ciclos de reprodução patriarcal com a captura do corpo feminino**

As identidades das mulheres transfronteiriças embora almejada e vivida, é capturada em suas dimensões reprodutivas pelo patriarcado. Mulheres transfronteiriças frequentemente vivenciam gestação precoce e maternidade repetida, fenômeno que expressa uma violência sexual estrutural e patriarcal, combinada com ausência de educação sexual e acesso a

contraceptivos. Conforme já elucidado, a baixa escolaridade, somada à ausência de educação sexual e ao acesso precário a contraceptivos leva à maternidade precoce repetida. Cada gravidez precoce fixa a mulher em ciclos de reprodução biológica, impedindo trajetórias educacionais, profissionais e de autonomia. A maternidade, nesse contexto, não é experiência de cuidado e geração de vida, mas instrumento de confinamento patriarcal.

Cada filho/a reforça a divisão sexual do trabalho que confina a mulher ao trabalho reprodutivo não remunerado. O patriarcado, através da maternidade como destino, sem a suficiente educação sexual, planejamento reprodutivos e autonomia decisória, assegura que a exploração capitalista tenha em farta disponibilidade a força de trabalho, pois a mulher reproduz trabalhadores/as, sem custos para o Estado ou para o capital, num ciclo que atravessa gerações. Como analisa Silvia Federici (2017), a maternidade sob o capitalismo patriarcal é trabalho não pago, e na fronteira, é trabalho duplamente não pago, impondo-lhes a condição de viver sem salário e sem reconhecimento de direitos. A maternidade transfronteiriça torna-se, assim, forma específica de exploração, sendo explorada em seu trabalho remunerado, e também em seu trabalho reprodutivo, capturada duas vezes pelo capital.

#### **- A ausência de acompanhamento pré-natal e a desumanização da gestação**

Diante dessas barreiras estruturais, as mulheres transfronteiriças e os atores/atrizes sociais que as apoiam são compelidos a desenvolver estratégias de sobrevivência e acesso à saúde. Celsa Speratti menciona uma dessas estratégias que, embora significativa em um nível individual, expõe a falha sistêmica a que são expostas:

Celsa Speratti: Nessa questão da “se já utilizou os serviços de saúde?”, tem, tem... já teve casos da gente ter que emprestar o nome, tipo pra... pra que a pessoa pudesse pegar o medicamento né. A gente saber que a pessoa precisa daquele medicamento, ela está morando aqui, não está regularizada, e aí não tem como pegar os medicamentos. [...] um receituário no nome da gente, e a gente vai pegar o medicamento pra passar para essa pessoa. Então é complicado né. Tem casos de gestantes que a gente sabe que precisa fazer acompanhamento e aí não tem condições, não tem condições nem de passar do outro lado ali, que seria pegar um barco e passar, não é tão caro, mas tem pessoas que não têm essa possibilidade [...]

A prática de “*emprestar o nome*” para que outra pessoa possa acessar medicamentos é uma demonstração da solidariedade que emerge da precarização, mas também um grito de alerta sobre a ausência de políticas públicas que garantam o acesso universal. Essa informalidade, forçada pela burocracia e pela xenofobia, fragiliza a saúde individual e coletiva, pois dificulta o acompanhamento contínuo e a notificação adequada de condições de saúde. A situação das gestantes que não conseguem acompanhamento pré-natal regular por falta de documentação é

particularmente grave, revelando a falha do sistema em proteger vidas vulneráveis desde o seu início.

A gestação, período em que a mulher deveria estar maximamente protegida, torna-se, para mulheres transfronteiriças indocumentadas, período de máxima vulnerabilidade. Sem acompanhamento pré-natal, essas mulheres enfrentam riscos aumentados de complicações, pré-eclâmpsia, infecções que podem levar à morte materna. A desumanização da maternidade expressa-se aqui em sua forma mais brutal, vez que a mulher que deveria estar sendo cuidada está sendo negligenciada, invisibilizada, deixada à própria sorte até o momento do parto em emergência. A maternidade torna-se, para essas mulheres, experiência de abandono estatal. Não é maternidade acompanhada, mas sim relegada, que o Estado nega reconhecer até que emerja em forma de crise.

#### **- Transmissão transgeracional da precariedade: filhos/as nascidos/as e abandonados/as pelos sistemas**

Embora as mulheres transfronteiriças adotem estratégias diversas para garantir o acesso aos serviços de saúde, persistem fatores adicionais que dificultam o acompanhamento efetivo e o monitoramento de suas condições de saúde. Esses obstáculos evidenciam a necessidade de uma política de saúde transfronteiriças, considerando a unicidade e a interação desses territórios. Celsa Speratti detalha as consequências dessa lacuna:

Celsa Speratti: Tem das mulheres que estão regularizadas, as mulheres que não são regularizadas, elas não, não podem fazer o acompanhamento né, por conta do sistema, e na maioria das vezes elas não moram aqui, não residem, elas vêm para ter o bebê, às vezes já vem no oitavo mês, já indo para o nono mês de gravidez, e alegando que reside aqui né, com algum endereço de parentes, de vizinhos, amigos ou alguém conhecido. E aí é complicado porque tem casos que elas vêm com sífilis né, outras DST's, IST's, e aí já está no final da gestação, não tem muito o que fazer; esse bebê vai nascer com a doença, e aí depois também não tem o acompanhamento, porque logo depois que elas têm o bebê, elas voltam para o país de origem, e aí é complicado, não tem como acompanhar.

Essa realidade demonstra o ciclo vicioso da desassistência, em que a falta de documentação e o preconceito impedem o pré-natal adequado, resultando em partos de alto risco e o nascimento de bebês com doenças preveníveis. O retorno ao país de origem sem acompanhamento pós-parto ou acompanhamento para o recém-nascido, aprofunda as desigualdades materno-infantil.

Esse cenário não apenas viola direitos individuais, mas configura um grave risco à saúde pública, promovendo a disseminação de doenças que, em um sistema de saúde minimamente estruturado e integrado, seriam facilmente controláveis.

A maternidade, aqui, revela-se como transmissora intergeracional de precariedade, pois a mãe que não recebeu cuidado gera filhos/as que também não receberão. A reprodução social capitalista é perpetuada não apenas através da exploração do trabalho, mas através da exploração reprodutiva de mulheres que são forçadas a terem seus/suas filhos/as em condições desumanizantes.

O abandono das crianças pelo Estado, após nascimento, quando há o retorno da mãe ao Paraguai sem acompanhamento pós-parto, sem vacinação coordenada e sem protocolos, expõe como a maternidade transfronteiriça é sistemicamente negada de integralidade. A mãe e o/a filho/a são capturados em momentos fragmentados sem que nenhum sistema assuma responsabilidade. Essa fragmentação é também forma de desumanização, são corpos que passam pelo sistema, deixam rastros de precariedade, e desaparecem administrativamente. A maternidade, aqui, é invisível aos olhos dos registros estatais, embora os corpos das crianças e das mães tragam as marcas da negligência.

#### **- Doenças da pobreza e a negligência da maternidade**

Celsa Speratti continua, ao evidenciar que, mesmo em casos de doenças crônicas ou mais graves, a falta de protocolos efetivos e a dependência de relações informais colocam em risco não só as vidas individuais, mas a saúde coletiva.

Celsa Speratti: É, isso acontece muito aqui né, nos casos de tuberculose, hanseníase. É, eles vêm num momento em que já estão sentindo dor, já tão com, com a doença avançada né, aí vem, tem o atendimento, começa a tomar medicamento, porque quando tá num estágio de urgência eles são atendidos, e aí eles começam o tratamento e vão embora, e aí a gente não tem como fazer uma busca. Em alguns casos, a vigilância tem o contato do pessoal da colônia né, e aí... mas são as pessoas que moram na colônia, ou aqui na ilha a gente consegue encontrar, mas tem alguns que vão para as fazendas, no chaco, aí é complicado.

[...]

Celsa Speratti: e é uma dificuldade pra gente, porque sempre vai ter essa de, tipo... 10 nascimentos, 4 bebês não vão ser acompanhados, porque aqui nascem muitos, muitos paraguaios, então eles nascem, fazem o documento e voltam para o Paraguai, aonde não tem como acompanhar, não tem como ser acompanhado. Alguns vem de lá para vacinar aqui, mesmo tendo a vacina lá, e alguns não se preocupam nem em vacinar lá e nem aqui. Aí é complicado.

O relato de Celsa Speratti compreende a existência de uma proximidade e de relações informais entre regiões fronteiriças e profissionais de saúde, que possibilitam trocas pontuais de acompanhamento e proteção da saúde. Contudo, essa aparente solução é frágil e insuficiente, pois não há protocolos estabelecidos efetivamente.

A ausência de um sistema formal e integrado de vigilância e acompanhamento gera riscos sistêmicos à saúde pública dos países, podendo levar à transmissão de doenças e à

ineficácia dos tratamentos. Essas relações complexas e precárias demonstram a falência do Estado em garantir o direito à vida e à saúde, transformando-o em uma espécie de Estado de exceção para as populações transfronteiriças, onde a dignidade humana é constantemente ferida pela lógica do capital e do nacionalismo.

Mulheres com tuberculose ou hanseníase que gestam ou que gestam enquanto estão em tratamento vivenciam dupla desumanização. Suas doenças são doenças da pobreza estrutural e o tratamento é negligenciado pela ausência de políticas binacionais. Conseqüentemente a maternidade é capturada por essas negligências, pois podem transmitir tuberculose para recém-nascido ou a hanseníase pode afetar feto conforme tratamento. A maternidade é reduzida a seu potencial transmissor, sua dimensão de portadora de doença, negando-se sua dimensão de pessoa que gera vida, tornando-se ameaça.

#### **- Dependência de “bom médico” e “ambulância do Paraguai”: maternidade contingente**

A dependência de um "bom médico" ou de uma "ambulância do Paraguai" para garantir o atendimento em momentos críticos, como descrito por Celsa Speratti e Johanna Ortega, são outras expressões de um sistema falho.

Celsa Speratti: É, acontece, às vezes também depende muito do médico que tá no hospital também em aceitar. É, a gente já viu caso do médico não aceitar e encaminhar essa mulher, e aí o ponto de ligação pra ela seria Pedro Juan, até pegar, a gente tem aqui do lado de cá uma ambulância do Paraguai que fica pro lado de cá, mas daí tem que comunicar eles lá, até vir um médico e um enfermeiro de lá para poder pegar essa mulher e fazer o acompanhamento dela, pode ser tarde né.

Johanna Ortega<sup>30</sup>: Existe caso também que as mulheres elas falaram assim “você vai lá, com dor e fica lá”, então eles esperam estar quase perto de nascer o bebê para poder fazer o atendimento.

P: Nossa, quanto risco né.

A maternidade dessas mulheres é contingente, dependente da benevolência de um “bom médico”, não de direito. A vida da mãe e do bebê são literalmente postas à mercê de fatores acidentais (qual médico está de plantão? ele vai "aceitar"?). Isso é forma extrema de desumanização ao converter a proteção de vidas em questão de boa vontade individual em vez de direito estrutural. A mulher gestante não é sujeita de direito, é objeto de graça. A maternidade é totalmente desprotegida, controlada por caprichos e disposições morais de profissionais de saúde.

---

<sup>30</sup> Johanna Ortega é também mulher paraguaia que representa uma nova geração de líderes femininas no país.

A frase de Johanna Ortega “*você vai lá, com dor e fica lá...eles esperam estar quase perto de nascer o bebê para poder fazer o atendimento*”, sintetiza a desumanização. Na condição de “*estrangeira*” é descartável, pode sofrer e pode morrer. Para além de violência obstétrica, expressa violência xenofóbica materno-infantil, forma específica de opressão que não tem nome em tratados internacionais, mas corpos em territórios fronteiriços.

### **- A desumanização da maternidade e da mulher no capitalismo-patriarcal-racista fronteiriço**

A imbricação dos processos de exploração, racismo, machismo, misoginia e xenofobia de um sistema que interfere no acesso à saúde dessas mulheres, revela os limites estruturais e a constante negação de direitos. Por outro lado, mesmo que estes relatos demonstrem as opressões e desigualdades, ele também contém indícios de resistências e ação.

A maternidade de mulheres transfronteiriças no capitalismo-patriarcal-racista e xenofóbico expõe-se como experiência de desumanização sistemática. Em cada etapa reprodutiva, desde a gestação precoce imposta pela ausência de educação sexual, passando pelo pré-natal negado pela xenofobia, pelo parto em emergência, pelo pós-parto fragmentado e pela transmissão transgeracional de precariedade, a mulher é capturada em sua dimensão reprodutiva e negada em sua dimensão humana. Ela não é “*cidadã gestante com direitos*”, é “*matriz de reprodução de força de trabalho*”. Sua maternidade não é “*potencial criativo de gerar vida*”, mas “*obrigação patriarcal de gerar trabalhadores*”. Fica evidente a contradição de gerar trabalhadores, mas com a marca do descarte. Como se em havendo “*outros melhores cidadãos*”, “*de fato*”, de algum país, em certa abundância, a força de trabalho potencial excedente pudesse ser deixada ao curso da sobrevivência sem amparo social.

A fronteira, nesse contexto, opera como amplificadora da violência reprodutiva, cuja precariedade que já existe no capitalismo patriarcal é potencializada pela xenofobia que a atravessa. Uma mulher pobre e explorada no centro urbano é alvo de exploração do trabalho reprodutivo; uma mulher pobre, explorada e transfronteiriça é alvo de exploração reprodutiva multiplicada por nacionalismo. Cada barreira, como documentação, língua e nacionalidade, serve como instrumento adicional de captura de seu corpo materno.

Contudo, é também nessa experiência de maternidade desumanizada e das vivências das mulheres que emergem as potencialidades de resistência. As estratégias informais de emprestar nome para acessar medicamentos, a busca de atendimento no Paraguai quando negado no Brasil, a solidariedade entre as mulheres, dentre outras, são práticas, ainda que embrionárias, indicam a tomada de consciência da opressão e das desigualdades. Mulheres que deveriam ser

isoladas uma da outra, separadas por fronteiras nacionais, encontram-se, reconhecem-se, compartilham experiências de abandono estatal. Nesse encontro, a maternidade e as vivências começam a deixar de ser experiências solitárias de sacrifícios para tornarem-se espaço de solidariedade e fortalecimento coletivo. As mulheres transfronteiriças constroem formas embrionárias de práxis. Em que pese os limites descritos aqui, a consciência dessas contradições é indicativa da emergência das potencialidades e da luta por emancipação.

#### ***4.3.3 Bloco 3: consciência coletiva, resistências e práxis feminista***

A vivência das mulheres transfronteiriças, profundamente marcada pelas contradições inerentes ao modo de produção capitalista, ao patriarcado e ao racismo, forja uma percepção aguçada sobre os processos de desenvolvimento econômico-comercial. A promessa de progresso, frequentemente associada a grandes projetos de infraestrutura como o Corredor Rodoviário Bioceânico, é recebida com uma visão realista, o que revela uma consciência crítica que vai além da superfície das aparências. Essas mulheres, desde suas experiências materiais, antecipam os impactos negativos e as iniquidades que esse empreendimento pode gerar, contrastando com a retórica oficial do desenvolvimento. A fala de Juana María de Lara ilustra essa desconfiança:

P: É... Agora tão falando dessa ponte né, que tão fazendo aí que agora todo mundo fala dessa rota bioceânica né.

Juana María: Sim.

P: A senhora acha que isso vai ajudar assim a melhorar a saúde daqui ou a senhora acha que não?

Juana María: O que? Essa ponte?

P: É.

Juana María: Não, vai sai maconheiro e não sei o que que vai entrar aí. Tudo que eu não gosto. Eu, minha parte to pensando assim, porque vai entrar pessoas que não entram por aqui. Não é verdade? De Paraguai, de Bolívia, toda parte...

P: Vai facilitar o acesso de muitas pessoas que não... Entendi... ta certo.

Juana María: De toda a parte.

Essa perspectiva não é meramente uma resistência à mudança, mas um reconhecimento de que o desenvolvimento, sob a lógica capitalista, muitas vezes se traduz em mais precarização e violência para as populações marginalizadas. A percepção da ponte como facilitadora da presença de “maconheiro” e de pessoas “que não entram por aqui” revela uma compreensão da fronteira como espaço de vulnerabilidade social e criminalidade, frequentemente associada na mídia e no imaginário popular à marginalidade, ao tráfico e aos conflitos entre facções criminosas. Esse reconhecimento, embora possa parecer uma reprodução de estigmas, constitui, na verdade, uma consciência da realidade concreta e de suas fragilidades, em contraposição à

narrativa idealizada do capital. As mulheres percebem que esses projetos, em vez de promoverem equidade em saúde e bem-estar, podem aprofundar as iniquidades existentes, pois seus benefícios raramente alcançam as comunidades locais.

As opressões, desigualdades e limites estruturais vivenciados por essas mulheres não se reduzem ao lamento, mas impulsionam uma crescente tomada de consciência crítica. Este processo dialético, conforme Lukács (2003; 2013), permite a superação do estranhamento (alienação), que é uma categoria ontológica e historicamente produzida do ser social. O estranhamento manifesta-se na vida cotidiana e nas relações humanas, mas não é um destino e, paradoxalmente, impulsiona o reconhecimento das “essências por trás das aparências”, ou seja, a compreensão de que as dificuldades enfrentadas não são problemas individuais ou acidentais, mas resultados de um sistema de dominação (Lukács, 2003; 2013).

As vozes das mulheres transfronteiriças, devidamente reconhecidas neste estudo, não apenas denunciam as precariedades, mas também reivindicam caminhos de superação do estranhamento. Elas mobilizam-se, consciente ou inconscientemente, para uma luta que, embora possa se manifestar em pequenas ações cotidianas, ataca as raízes estruturais e ideológicas do sistema capital-patriarcal-racista. Essa transição da “classe em si” para a “classe para si”, conceito fundamental em Marx (1867) e reverberado por intérpretes como Lukács (2003;2013) e Cisne (2018), evidencia que a experiência da opressão coletiva gera uma consciência partilhada da necessidade de mudança.

A formação da consciência de classe e a práxis feminista, neste contexto, emergem como elementos centrais para a resistência contra a exploração. Federici (2017) demonstra como a resistência feminina, historicamente, se opõe à acumulação capitalista, e que, portanto, na fronteira, essa resistência assume múltiplas formas.

A consciência coletiva manifesta-se na capacidade de criticar o sistema político e as desigualdades evidentes, bem como na demanda explícita por políticas públicas que respondam às necessidades concretas dessas populações. Celsa Speratti articula essa demanda de forma contundente:

Celsa Speratti: O interessante seria a implementação de uma política pública né, voltada para esse tema né, não só das mulheres, mas das crianças também né, porque apesar de aqui ser uma região com essa... esse misto né, até hoje não se pensou em uma política pública voltada para essa população de fronteira.

P: Por exemplo, ter um sistema integrado né.

Celsa Speratti: É

P: Se tivesse facilitaria muito né?

Celsa Speratti: É como eu já disse né, que aqui dificilmente você vai encontrar uma família que não tenha um paraguaio dentro da família, ou é um filho porque às vezes a mãe, os pais, vão pra trabalhar numa fazenda no chaco paraguaio, a mãe engravidou lá,

teve o bebê lá, mas era brasileira, o marido era brasileiro, o filho acaba sendo paraguaio. E às vezes eles são paraguaios e vem pra cá trabalhar e acabam tendo os filhos brasileiros. Então essa... mistura, tem em todas as famílias praticamente, é muito raro encontrar de uma família que não tem paraguaios. Eu mesma, o meu lado paraguaio, é o meu avô, pai da minha mãe, tanto que a gente não conhece ninguém da família do lado dele, porque ele veio do Paraguai, a gente não sabe de onde né, então, mas a gente sabe que tem essa... porque ele era paraguaio. Então todas as famílias aqui têm essa mistura, e já deveria haver uma política voltada para isso né, um compromisso dos governantes para essa situação, e agora com essa... com a Rota Bioceânica estourando aí já, eu acho que está mais do que na hora de se pensar isso, não só pensar né, colocar em prática.

Essa fala não é apenas uma denúncia da ausência, mas uma proposta concreta de ação, revelando uma consciência política avançada sobre a unicidade do território fronteiriço e a necessidade de uma política pública integrada de saúde transfronteiriça.

As falas das participantes demonstram que os limites decorrentes da ausência de uma política de saúde transfronteiriça não são apenas obstáculos, mas também catalisadores para a formação de uma consciência mais profunda. A percepção de que o desenvolvimento econômico-comercial impulsionados pelo Corredor Bioceânico não atinge de forma equitativa as camadas populares, e que os interesses do capital se sobrepõem às demandas sociais por saúde e bem-estar, solidifica a compreensão do impacto do tripé capital-patriarcal-racista na vida dessas mulheres. Essa compreensão é um elemento ideológico e formador de consciência que se torna indispensável ao processo de busca por superação.

Conforme Cisne (2018), a ideologia e a consciência são produtos das relações sociais e das lutas de classes, moldadas pelas formas de dominação. Para a autora, a problematização e a politização dessas categorias são essenciais para a construção de uma consciência emancipatória, que se opõe aos mecanismos do capital. A análise da exploração capitalista e de suas particularidades contextuais, incluindo a apropriação das subjetividades para a maximização dos lucros, é fundamental para desvendar como as mulheres transfronteiriças, ao reconhecerem suas condições, transcendem a mera condição de vítimas e se posicionam como sujeitas de poder e de transformação.

Ao desvelarem as contradições do sistema, essas mulheres demonstram que a própria precariedade da vida na fronteira, longe de ser um beco sem saída, gesta as condições para a resistência. A solidariedade manifesta nas pequenas ações cotidianas, a clareza nas reivindicações por políticas públicas e a consciência dos direitos negados são os germes de uma práxis feminista marxista que busca a superação das “fronteiras” impostas pela exploração e pelas relações desiguais. Elas representam a emergência de uma subjetividade coletiva que, a partir da experiência material da opressão, aponta para a construção de um futuro onde a saúde plena não seja uma abstração, mas uma realidade conquistada pela luta. Essa transição do

reconhecimento dos limites para a construção das potencialidades pode ser considerada uma síntese dialética que move o processo de emancipação.

#### ***4.3.4 Bloco 4: potencialidades: sujeitas de poder e práxis transformadora***

As “fronteiras” que ao longo deste estudo se apresentaram como concretos limites estruturais, expressões da exploração capitalista, da subordinação patriarcal, da opressão racista e da xenofobia, revelam-se, dialeticamente, também como fecundas espacialidades de potencialidade e de construção de alternativas. A partir da consciência crítica elaborada na experiência coletiva da opressão e das iniquidades, emerge a práxis transformadora, em que as mulheres se reconhecem e se constituem como sujeitas de poder, capazes de organizar-se e de reivindicar mudanças. Essa perspectiva de emancipação ecoa as reflexões de Cisne (2018) sobre a ação coletiva feminina e a capacidade de transformar a realidade social, e também coaduna com a proposta de reencantamento do mundo de Federici (2022).

Nesse contexto, a pesquisa participante, desenvolvida em colaboração com o IBISS-CO, não se limitou a um levantamento de dados, mas constituiu-se em uma práxis educativa e de mobilização. Ao facilitar os momentos de articulação, mobilização comunitária e reflexão sobre direitos humanos, saúde e políticas públicas, a pesquisa entrelaçou-se com a vida das mulheres, contribuindo para a formação de uma consciência coletiva sobre a totalidade marcada pelo desenvolvimento econômico e comercial que pouco reflete em benefícios ou garantia de direitos, e que, em alguns casos, até cogita a desocupação do território onde vivem. Essa construção coletiva de entendimento culminou na decisão consensual, ao final de 2024, pela criação da Associação de Mulheres do Matadouro, com diretoria eleita, estatuto aprovado e registro em cartório.

A criação da Associação de Mulheres do Matadouro é um ato concreto de resistência e um espaço de “comuns” que emerge da necessidade de proteger a vida e o território contra as investidas do capital, “reencantando” a capacidade de decidir coletivamente o próprio destino, para utilizar os termos de Fredereci (2022)

As opressões, desigualdades e limites estruturais que as mulheres da fronteira expressam e “denunciam” e a vida cotidiana, formam um “território” onde as lutas se materializam e as resistências são elaboradas, onde as “fronteiras” são quebradas.

As práticas coletivas dessas mulheres evidenciam uma práxis feminista marxista que desafia o tripé capital-patriarcal-racista em seu dia a dia. A elaboração de uma carta em nome da associação para as campanhas eleitorais de 2024, buscando compromissos dos candidatos à

prefeitura relacionados ao “Matadouro”, demonstra uma apropriação do espaço político formal e uma capacidade de pressionar as instituições. O fato de o prefeito reeleito ter se reunido com as mulheres e assinado a carta de compromisso não é apenas um reconhecimento formal, mas um indicativo do poder que a organização coletiva pode exercer.<sup>31</sup>

Essas mulheres, portanto, passam a assumir sua condição de sujeitas na práxis, a partir de uma consciência que transcende o imediatismo. Para Lukács (2003;2013), romper com a superioridade e os interesses da classe dominante exige que o proletariado ative sua capacidade de perceber a totalidade da sociedade como algo concreto e histórico, compreendendo suas contradições e as formas reificadas ou coisificadas existentes, e aplicando o sentido da práxis.

Nesse contexto, a práxis refere-se à consciência orientada para a realidade e para a ação concreta, que tem o potencial de transformar e elevar o ser social, tornando-o um agente ativo, um sujeito protagonista de sua própria história. É exatamente essa transição da “classe em si” para a “classe para si” que se observa, de forma gradual e contínua, nesse grupo de mulheres.

Longe de adotar uma visão romantizada e reconhecendo os desafios que essa associação ainda terá pela frente, as narrativas expressas por frases como “todos nós temos direito”, “agora temos mais força”, “juntos somos mais fortes” e “vamos lutar para o que for preciso”, especialmente nas rodas de conversa, refletem o avanço desse grupo de mulheres, cuja experiência pode ser estendida a outras, apesar dos limites persistentes. Essas expressões não são meras retóricas, mas produto de uma consciência coletiva em formação, que reconhece o poder inerente à união e à ação coordenada. Elas resistem e lutam em um contexto no qual a estrutura enraizada do capital, do patriarcado, do racismo e da xenofobia as posiciona em lugares subalternos, desiguais e excludentes.

Essa dinâmica revela a materialização de dois projetos societários em disputa, conforme aponta Cisne (2018): o feminista-socialista e o patriarcal-capitalista. Embora o último ainda mantenha a hegemonia, a luta de classes se manifesta nesses embates, impulsionando o processo de formação da consciência. Identificar focos de resistência e sujeitos políticos coletivos que enfrentam essa imbricada estrutura de dominação é, para Cisne (2018), um campo fértil para perceber a presença de aliados políticos que impulsionam a luta pela emancipação humana, pela construção de relações sociais mais igualitárias e, no caso em análise, pelo direito pleno à saúde, que é a base para a garantia de outros direitos sociais. A “tarefa de compreender

---

<sup>31</sup> <https://fronteiranews.com/nelson-cintra-assina-carta-de-compromisso-e-anuncia-construcao-de-centro-de-reciclagem-para-catadoras-da-regiao-do-matadouro-em-porto-murtinho/> e <https://sudoestems.com.br/nelson-cintra-assina-carta-de-compromisso-e-anuncia-construcao-de-centro-de-reciclagem-para-catadoras-da-regiao-do-matadouro-em-porto-murtinho/>

criticamente o mundo – para transformá-lo – une o feminismo e o marxismo como perspectivas críticas e emancipatórias” (Ávila e Ferreira, 2020, p. 111), encontrando na práxis dessas mulheres a materialização desse elo indissolúvel.

A luta política, como afirmado, acontece todos os dias e em todos os lugares, e é neste movimento que a crítica feminista marxista, que integra categorias como patriarcado, divisão sexual do trabalho, relações sociais de sexo e reprodução social, se mostra essencial para entender a situação das mulheres e a lógica pela qual o sistema se reinventa para perpetuar-se.

Ao encerrarmos esta análise das vozes femininas e suas “fronteiras”, o questionamento central da tese retoma seu sentido: “Saúde da mulher na fronteira ou fronteira na saúde?”. O percurso demonstrou que a “fronteira na saúde” se revela, fundamentalmente, como uma barreira estrutural imposta pelo tripé capital-patriarcal-racista, que nega o direito universal à saúde. Neste cenário, a saúde em seu conceito ampliado é condicionada pela nacionalidade, gênero/sexo, raça/etnia e classe social, em que elementos como a xenofobia, a falta de documentos e a exploração capitalista do trabalho feminino precarizam e cerceiam o acesso à vida plena.

As ações e práticas das mulheres do Matadouro, como a criação da Associação e a elaboração da carta de compromisso, ainda que em estágios iniciais, demonstram a possibilidade de avançar na reivindicação de direitos locais, que, embora específicos, possuem um alcance amplo e contribuem para a construção de uma política de saúde transfronteiriça emancipatória.

A trajetória da organização coletiva das mulheres transfronteiriças, à luz das análises de Silvia Federici (2020), revela uma luta contínua contra os cercamentos, a dispossessão e a invisibilização de seus trabalhos e saberes. Os cercamentos e a dispossessão constituem a lógica fundadora e contínua do capitalismo, funcionando como um mecanismo estrutural de expropriação que aliena sistematicamente as populações de seus meios de subsistência (terra, recursos, autonomia reprodutiva) para transformá-las em força de trabalho vulnerável e controlável.

Conforme Federici (2020), essa lógica opera mediante a destruição dos “commons”, que seriam espaços de autonomia comunitária, bem como na fragmentação geográfica forçada, que impede organização política duradoura e mantém salários baixos através da vulnerabilidade permanente. Seguindo a autora, para as mulheres, a dispossessão é particularmente violenta, pois articula a apropriação de terras com o controle estatal dos corpos reprodutivos e a naturalização do trabalho reprodutivo como invisível e desvalorizado, criando uma camada de “despossuídas”, aqui aplicado ao contexto de mulheres transfronteiriças que perdem

simultaneamente ancoragem territorial, direitos legais e autonomia. Portanto, a lógica é fundamentalmente política e generificada, que ultrapassa a esfera da acumulação econômica, contribuindo para manutenção de hierarquias e desigualdades de classe, sexo/gênero, raça/etnia e mobilidade através da expropriação contínua e renovada.

Assim, a necessidade de uma organização coletiva não capturável por lógicas hegemônicas torna-se premente. A apropriação dos “comuns”, não apenas como recursos materiais, mas como princípios de corresponsabilidade, solidariedade e autogestão da vida, emerge como uma estratégia política fundamental para essas mulheres. (Federici, 2020).

A partir do que descrever Federici (2020), a construção de redes transfronteiriças de cuidado, a defesa do corpo-território, a revalorização da reprodução social como ato político e a resistência aos cercamentos do capital são os pilares de um movimento que busca “reencantar” o mundo. É nesse entrelaçamento de lutas que a esperança de uma transformação social reside, apontando para a possibilidade de construir mundos onde a vida, em sua diversidade e plenitude, seja o valor central, e não o lucro. As mulheres transfronteiriças, ao tecerem suas resistências e lutas, demonstram que a verdadeira liberdade reside na capacidade coletiva de reinventar as relações sociais e de produzir a vida em comum, para além das “fronteiras” e das lógicas de dominação, e na reivindicação por uma vida plena e com saúde.

Nesse sentido, a saúde é “reencantada” nos termos de Federici (2017) como um projeto coletivo, um “comum” construído a partir das demandas e necessidades de quem as vive, desafiando a coisificação e a instrumentalização da vida. A potencialidade reside, assim, na capacidade de transcender os limites impostos, transformando a “fronteira na saúde”, que também é barreira e negação, em uma saúde transfronteiriça. Esta não é apenas uma saúde que atravessa geografias, mas uma saúde que integra os diversos elementos da totalidade social, como trabalho, moradia, alimentação, dignidade, cultura, dentre outros, em uma perspectiva de emancipação humana.

A saúde transfronteiriça emerge, portanto, como um projeto coletivo, que pode ser protagonizado por mulheres e que precisa ser estendido a demais grupos, em luta, desafiando as amarras do capital, do patriarcado e do racismo. Ao reconhecer e lutar contra um sistema perverso, elas reafirmam a justiça social e a potência transformadora da ação coletiva, buscando construir um bem-estar que reconheça a vida em sua plenitude, para além de qualquer linha de demarcação, opressão ou desigualdade. Valendo-se novamente de Federici (2017), um movimento que, ao “reencantar” a política como a capacidade humana de decidir coletivamente o próprio destino, assegura que a saúde seja plenamente um direito universal de todas e para todas, transcendendo toda e qualquer “fronteira”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Chegamos ao ponto considerado final do percurso doutoral e desta tese que, longe de constituir um término conclusivo, abre espaço para novos começos. O doutoramento e o percurso investigativo, ao operarem com as reflexões teóricas e a práxis como eixos estruturantes, não apenas apontam para a necessidade de novos estudos e aprofundamentos temáticos, seja para mim ou para outros/as pesquisadores/as, mas mobilizam para a dimensão ética e política inerente à pesquisa e à ação profissional. Essa dimensão constitui o legado fundamental que se projeta para a vida pessoal, acadêmica e profissional, particularmente ao retomar a atuação como trabalhadora social no campo da saúde, como assistente social no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Humap-UFMS), unidade vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), nas dimensões constitutivas da competência profissional: dimensão técnico-operativa, ético-política e teórico-metodológica.

Consideramos que a saúde é campo privilegiado de atuação porque agrega todas as demais dimensões da vida, tornando coerente e concreto atuar com práticas transformadoras. Ao compreender os limites e as potencialidades referentes ao acesso à saúde, vivenciados pela população feminina que habita a fronteira Brasil (Porto Murtinho) e Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico, que constituiu no objetivo principal desta tese, este estudo contribui para a construção de caminhos para a defesa de “uma política de saúde transfronteiriça” e, igualmente, para a garantia dos demais direitos sociais inerentes à vida humana. Isso é possível afirmar com base nos resultados alcançados e nos referenciais teórico-metodológicos mobilizados nesta tese, em particular:

- O materialismo histórico-dialético de Karl Marx e György Lukács, que forneceu os pilares conceituais para a compreensão da realidade como totalidade concreta, dinâmica e contraditória, operacionalizada através das categorias de totalidade, contradição, mediação e práxis;
- A determinação social da saúde, conforme formulada por Jaime Breilh, que permitiu desvelar como as condições de vida e saúde das mulheres transfronteiriças não resultam de fatores isolados ou determinantes não históricos, mas de processos sociais, econômicos, políticos e culturais estruturalmente determinados, inscritos nas lógicas de exploração de classe, patriarcado e racismo;
- A perspectiva feminista, a partir de Saffioti, Kergoat e Cisne, que evidenciou a indissociabilidade entre opressão de gênero/sexo e demais formas de exploração, reconhecendo as mulheres como sujeitas situadas e portadoras de conhecimento localizado sobre suas realidades;

- A perspectiva territorial, fundamentada em Milton Santos e Claude Raffestin, que concebeu o território não como espaço meramente geográfico, mas como arena de relações sociais, conflitos e resistências, onde horizontalidades expressas nas relações humanas e sociais e solidariedades dos lugares, tensionam com verticalidades mediante imposições do capital e do Estado;

- A abordagem das fronteiras como espaços relacionais complexos, que ultrapassam demarcações políticas e geográficas, reconhecendo a transfronteirização como processo vivo de construção identitária, sociabilidade e estratégias de sobrevivência e resistências.

Essa articulação entre saúde e demais direitos sociais, como trabalho, moradia, alimentação, segurança, dignidade, dentre outros, não é secundária ou complementar, mas constitutiva da própria garantia do direito à saúde. As mulheres transfronteiriças não reivindicam apenas acesso a medicamentos ou consultas, reivindicam o direito de existir com integridade e dignidade em seus territórios. A “fronteira da saúde” é indissociável das “demais fronteiras” que atravessam suas vidas: a fronteira econômica que as coloca em situação de precariedade no mundo do trabalho; a fronteira das relações sexo/gênero que as sobrecarrega com trabalho reprodutivo e de cuidado não remunerado; a fronteira da raça/etnia que as invisibiliza nas instituições e nas políticas públicas; a fronteira geográfica que as isola de serviços essenciais. Portanto, uma política de saúde transfronteiriça só se realizará quando estiver articulada a um projeto político mais amplo de emancipação social que questione as bases estruturais dessa opressão múltipla e imbricada.

A discussão sobre “saúde na fronteira” ou “fronteira na saúde” para mulheres transfronteiriças que, originalmente se apresentava como interrogação central desta investigação, agora aponta para limites e tensões inscritos no tripé capital-patriarcado-racismo, cuja ausência de uma política de saúde transfronteiriça abrangente reflete a tendência neoliberal de fragmentação dos direitos sociais. Nesse cenário, o Estado neoliberal atua como o principal articulador de uma ordem econômica global que subsume o Estado social aos imperativos do mercado, promovendo uma radicalização do seu componente burguês.

No capitalismo periférico e colonialista, essa dinâmica converte a seguridade social em tecnologia de governamentalidade neoliberal, em que a desresponsabilização estatal e a precarização da vida transfronteiriça se tornam funcionalidades da acumulação por espoliação e que reafirma a colonialidade do poder sobre corpos femininos, pobres e racializados.

Contudo, e acima de tudo, esta tese representa uma produção de conhecimento crítico e situado que não se dissocia da responsabilidade de contribuir para transformações nas práticas,

nas políticas e nas relações sociais que conformam a vida das mulheres, especialmente em contextos de opressão, exploração e desigualdade estrutural como o da fronteira.

Os problemas de acesso que esse estudo aponta não se configuram como simples falha administrativa ou lacuna de planejamento setorial, mas revela como o Estado burguês neoliberal, operando sob a lógica do capital e reproduzindo estruturas patriarcais e racistas, produz e perpetua desigualdades através de fronteiras que fragmentam direitos. Este estudo pretendeu demonstrar que as mulheres transfronteiriças vivenciam o acesso à saúde não como direito universal garantido, mas através de redes informais, solidariedades locais e resistências cotidianas.

A compreensão dos limites e potencialidades de acesso à saúde dessas mulheres revela-se, portanto, inseparável de uma análise crítica das políticas públicas e da garantia (ou negação) do direito à saúde como direito humano fundamental. Neste contexto, uma “política de saúde transfronteiriça” constitui uma demanda ética e política urgente que emerge do próprio Sistema Único de Saúde, que reconhece constitucionalmente a universalidade e a integralidade do direito à saúde, mas que se vê limitado por fronteiras políticas arbitrárias; das experiências vividas pelas mulheres participantes das pesquisas, que cotidianamente desafiam essas fronteiras em busca de cuidado e dignidade; e da responsabilidade histórica e política de pesquisadores/as comprometidos/as com a transformação social.

Este estudo reafirma que a questão das mulheres na fronteira não constitui exceção ou especificidade regional isolada, mas revela as contradições estruturantes do sistema capitalista, patriarcal e racista. A fronteira, neste sentido, funciona como lupa epistemológica que amplifica as desigualdades inerentes ao ordenamento social, tornando visível o que frequentemente fica invisibilizado quando o Estado fragmenta direitos, quando o mercado se destaca, e quando as mulheres resistem apesar de (e contra) essas estruturas.

A lacuna teórica existe e assim buscamos articular, simultaneamente, materialismo histórico-dialético, feminismo crítico, determinação social da saúde, perspectiva territorial e análise de fronteiras. A demanda ética existe porque as mulheres transfronteiriças permanecem invisibilizadas nas estatísticas oficiais, nas prioridades de pesquisa e nas políticas públicas. A demanda política existe porque o SUS, enquanto projeto de universalidade e integralidade, é incoerente consigo mesmo ao aceitar que a garantia do direito à saúde termine nas fronteiras nacionais.

Uma política de saúde transfronteiriça configura-se como uma exigência de coerência ético-política do SUS e um requisito para a efetivação de seus princípios, em contraposição às dinâmicas de exclusão e segmentação produzidas no capitalismo periférico. Trata-se, também,

de uma resposta ao protagonismo de mulheres que, mesmo diante de negações estruturais, subvertem limites impostos e produzem subjetividades de resistência nos territórios da fronteira. Ao articularem redes de apoio e fluxos informais de acesso, elas fazem o “SUS real” acontecer nos interstícios da ausência estatal, com construção e ressignificação a partir de suas condições concretas de vida. Valorizar e reconhecer institucionalmente esses “arranjos coletivos” significa romper com uma leitura tecnocrática e validar a potência transfronteiriça como parte constitutiva de uma saúde pública verdadeiramente democrática.

Apesar dos limites e das tensões que caracterizam o campo da “saúde na fronteira”, a ancoragem em perspectivas teórico-metodológicas marxista e feminista revelou-se potente tanto no plano explicativo quanto no transformador. Essa potência reside na capacidade de articular macroestruturas e experiências singulares, no trânsito entre o particular, singular e o universal, evidenciando que as relações que permeiam a vida das mulheres contemporâneas e sua saúde não constituem acidentes ou práticas naturalizadas, mas expressões histórica, cultural e socialmente determinadas. Conseqüentemente, essas expressões encontram-se abertas à contestação e à reconfiguração mediante ação coletiva e informada, conforme exemplificado pelas trajetórias das mulheres investigadas neste estudo.

Reconhece-se que o Estado continua operando sob a lógica do capital, priorizando investimentos onde há rentabilidade e mantendo regiões de fronteira em posição subalterna nas agendas políticas nacionais. A mercantilização da saúde e a financeirização das políticas públicas acentuam essa dinâmica, tornando as mulheres pobres e periféricas ainda mais vulneráveis. Contudo, esta tese documenta que a transformação não aguarda a boa vontade estatal. As mulheres transfronteiriças já atuam como sujeitas políticas transformadoras através de iniciativas comunitárias, redes solidárias de cuidado, organizações feministas locais e movimentos por direitos. Essas iniciativas precisam ser visibilizadas e, acima de tudo, fortalecidas e amplificadas como estratégias fundamentais de pressão sobre o Estado, sobre a sociedade e sobre as estruturas de poder que as oprimem.

O exemplo das mulheres investigadas nesta tese, que criam soluções locais para problemas globais, que compartilham conhecimentos, que tecem redes de apoio mútuo, que reivindicam direitos, não representa fragmentos isolados de resistência, mas constitui a práxis política necessária para transformar a realidade. Esses movimentos, quando conectados a análises críticas, a bases teóricas sólidas e a articulações com outros/as sujeitos/as e movimentos oprimidos, tornam-se potência política capaz de questionar e reconfigurar as estruturas que sustentam a opressão. Por isso, investir em pesquisas que documentem, reconheçam e potencializem essas iniciativas feministas é investir em transformação social concreta.

Essa perspectiva permite considerar que as mulheres, com destaque para o contexto fronteiriço, são sujeitas de poder, capazes de romper as “fronteiras da saúde”, cujo conceito agora se revela não como limites insuperáveis, mas como espaços de disputa política em que o direito à vida precisa ser conquistado, todos os dias, pelas mulheres e demais grupos oprimidos. Essa reconfiguração conceitual é fundamental, em que se deixa de compreender a fronteira como barreira passiva e passar a compreendê-la como arena de lutas ativa. As mulheres transfronteiriças, ao romperem fronteiras geográficas, políticas e institucionais em busca de cuidado, ao construírem redes solidárias que ultrapassam demarcações nacionais, ao reivindicarem direitos, estão literalmente criando as “fronteiras da saúde” como espaços de afirmação de vida e dignidade, contrariando as lógicas que caracterizam a exploração capitalista, o patriarcado e o racismo. Igualmente, elas são constitutivas e constituem o próprio SUS.

Nesse sentido, o objetivo geral de compreender os limites e potencialidades referentes ao acesso à saúde dessa população foi discutido, revelando-se essencial para a construção de diretrizes que contemplem uma “política de saúde transfronteiriça” verdadeiramente inclusiva e transformadora. Essa abordagem conceitual aponta para a possibilidade concreta de uma “saúde transfronteiriça”, entendida como direito e prática que transcendem as demarcações geográficas, políticas e institucionais que historicamente fragmentam o acesso e a garantia dessa política pública.

O território da fronteira, nessa acepção, revela-se não como espaço de mera marginalidade ou exclusão, mas como potência germinadora de resistências e de afirmação de direitos. As mulheres transfronteiriças, ao navegarem constantemente entre fronteiras e ao construírem estratégias de sobrevivência, cuidado e de resistências, ao reivindicarem direitos, exercem agência e transformam seus territórios em espaços potentes e potencializadores, contrariando as lógicas hegemônicas que as invisibilizam.

Reconhece-se que políticas públicas de caráter transfronteiriço, ainda que necessárias, não garantirão, por si só, uma sociedade mais justa e equitativa para essas mulheres. O Estado capitalista, patriarcal e racista não se transforma por convencimento teórico. Contudo, quando uma política de saúde transfronteiriça se articula a processos de conscientização política das mulheres sobre as raízes estruturais de sua opressão, ao fortalecimento de iniciativas feministas e comunitárias de cuidado, à articulação entre movimentos locais e lutas emancipatórias mais amplas, à produção de conhecimento crítico situado que alimenta a ação transformadora; e à pressão política organizada sobre o Estado e a sociedade, então essa política transcende e torna-se ferramenta de poder popular e de transformação substantiva.

A luta das mulheres transfronteiriças pela saúde é, portanto, inseparável da luta por emancipação. Uma luta que, como esta tese buscou documentar e analisar, já está em curso. O desafio posto aos/às pesquisadores/as comprometidos/as com a transformação social é o de fortalecer essa luta através da produção de conhecimento científico que seja denunciador e propositivo, que revele as raízes da opressão sem paralisar diante delas, que reconheça as resistências já existentes e as amplifique, que sonhe com possibilidades ainda não realizadas, mas materialmente viáveis.

Nesse sentido, este trabalho não se encerra aqui. Ele se projeta para frente, para as ações que dele emergem, para a atuação profissional como assistente social e pesquisadora, para a militância possível no interior das instituições e fora delas, para a solidariedade com as mulheres da fronteira e com todos/as os/as sujeitos/as que lutam por um mundo em que a saúde, a dignidade e os direitos humanos sejam verdadeiramente universais. Longe de serem concedidos pelo Estado capitalista, são reivindicados, conquistados, organizados e mantidos vivos pelas mulheres, pelos/as trabalhadores/as, pelas pessoas que tensionam essas estruturas e que tecem, cotidianamente, as “fronteiras da emancipação”.

## REFERÊNCIAS

---

- Agência Brasileira de Cooperação (ABC). (2007, março). Cooperação técnica brasileira em saúde. Agência Brasileira de Cooperação. Recuperado de [https://www.abc.gov.br/intranet/sistemas\\_abc/siteabc/documentos/viaabc-baixa.pdf](https://www.abc.gov.br/intranet/sistemas_abc/siteabc/documentos/viaabc-baixa.pdf)
- Aikes, S., & Rizzotto, M. L. F. (2020). A saúde em região de fronteira: o que dizem os documentos do Mercosul e Unasul. *Revista Saúde e Sociedade*, 29(2), Artigo e180425.
- Albuquerque, G. S. C. de, & Silva, M. J. de S. e. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 38(103), 953–965. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>
- Alma Ata. (1978). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)
- Almeida, J. (2017). Organismos internacionais e enfrentamento à precarização do trabalho das mulheres na América Latina [Tese de doutorado em Política Social]. Universidade de Brasília.
- Almeida, L. P. de (Org.). (2024). Saúde na fronteira Brasil-Paraguai: Territorialidades e intersetorialidades nas estratégias de cuidado e educação em saúde. Pimenta Cultural; UCDB.
- Almeida, L. P., & Carissimi, F. S. O. (2023). Políticas públicas, territorialidad y transformaciones societarias: un análisis a partir del Corredor Vial Bioceánico. *Revista Interações*, 24(4).
- Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA). (2018). Saúde e política externa: Os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Ministério da Saúde.
- Astana. (2018). Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: De Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- Ávila, M. B., & Ferreira, V. (2020). Feminismo e marxismo: uma relação dialética. In D. E. Martuscelli (Org.), *Os desafios do feminismo marxista na atualidade* (pp. 111–127). Coleção Marxismo 21.
- Barata, R. B. (2009). O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde? In *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* (pp. 11–21). Temas em Saúde collection.
- Bock, A. M. B. (2007). A psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia. In A. M. B. Bock, M. da G. G. Marchina, & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em psicologia* (3ª ed., pp. 15–35). Cortez.

- Bones, B., & Bellenzani, R. (2024). O problema no enfoque do sofrimento feminino na pesquisa epidemiológica: por que determinantes sociais e não determinação social? *Geminal: Marxismo e Educação em Debate*, 16(1), 1003–1029. <https://doi.org/10.9771/gmed.v16i1.56886>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Prodisa/Fiocruz.
- Breilh, J. (2015). Entrevista: Jaime Breilh [Entrevista]. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), 533-540. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>
- Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press.
- Cadó, I. (2020). Da produção à reprodução: um olhar do feminismo crítico para o trabalho das mulheres. In D. E. Martuscelli (Org.), *Os desafios do feminismo marxista na atualidade* (pp. 65-74). Coleção *Marxismo21*.
- Carissimi, F. S. de O., & Almeida, L. P. de. (2025). Determinantes sociais de saúde no contexto de mulheres transfronteiriças entre Brasil e Paraguai. *Trayectorias Humanas Transcontinentales (TraHs HS)*, 14, 204–220. <https://doi.org/10.25965/trahs.6925>
- Carissimi, F. S. O., & Almeida, L. P. de. (2024). Salud en la frontera brasileña: construcciones para una política transfronteriza. *Trayectorias Humanas Transcontinentales (TraHs HS)*, 17. <https://doi.org/10.25965/trahs.5944>
- Carissimi, F. S. de O., Almeida, L. P. de, Costa, L. M., & Morais, E. L. (2025). Saúde da mulher na fronteira: Reflexões a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). *Revista GeoPantanal*, 20(38), 184–201. <https://doi.org/10.55028/geop.v20i38>
- Carneiro Filho, C. P., & Camara, L. B. (2019). Políticas públicas na faixa de fronteira do Brasil: PDFF, CDIF e as políticas de segurança e defesa. *Confins*, (41). <https://journals.openedition.org/confins/22262?lang=pt>
- Cidades Sustentáveis. (n.d.). Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades – Brasil: Porto Murtinho/MS. Recuperado de <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/profiles/5006903/>
- Cisne, M. (2018). *Feminismo e consciência de classe no Brasil* (2ª ed.). Cortez.
- Consenso de Brasília. (2023, 30 de maio). Consenso de Brasília. Recuperado de [https://www.gov.br/mre/pt-br/canais\\_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/consenso-de-brasilia-2013-30-de-maio-de-2023](https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/consenso-de-brasilia-2013-30-de-maio-de-2023)
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). *Diário Oficial da União*, 5 de outubro de 1988. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

- Curiel, O. (2009). Identidades essencialistas o construcción de identidades políticas: El dilema de las feministas afrodescendientes. *Revista Electrónica Construyendo Nuestra Interculturalidad*, 4(5).
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo.
- Decreto de 13 de março de 2006*. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasil. Recuperado de <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DSN&numero=13/03-2&ano=2006&ato=155o3Zq5kMRpWTa4f>
- Decreto nº 1.634, de 12 de setembro de 1995*. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo Sanitário, de 16 de julho de 1971, sobre Cooperação e Intercâmbio de Tecnologia de Saúde, entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai, de 21 de julho de 1992. Brasil. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1995/decreto-1634-12-setembro-1995-431737-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022*. Regulamenta o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, instituído pelo art. 6º-F da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasil. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11016.htm#art15](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11016.htm#art15)
- Decreto nº 11.859, de 26 de dezembro de 2023*. Promulga o Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República do Paraguai sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, firmado em Brasília, em 23 de novembro de 2017. Brasil. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/decreto/D11859.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11859.htm)
- Decreto nº 70.335, de 28 de março de 1972*. Promulga o Acordo Sanitário entre o Brasil e o Paraguai. Brasil. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-70335-28-marco-1972-418756-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017*. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. Brasil. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/d9199.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9199.htm)
- Engels, F. (1979). Caracteres da monogamia. In F. Engels, K. Marx, & V. Lênin, *Sobre a mulher*. Global. Coleção Bases, 17.
- Engels, F. (2010). A situação da classe trabalhadora na Inglaterra: 1820-1895 (B. A. Schumann, Trad.; J. P. Netto, Rev.). Boitempo. Coleção Marx-Engels.
- Engels, F. (2013). Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In R. Antunes (Org.), *A dialética do trabalho: Escritos de Marx e Engels*, 1-33. Expressão Popular. Coleção Trabalho e emancipação.
- Engels, F. (2019). A origem da família, da propriedade privada e do estado: em conexão com as pesquisas de Lewis H. Morgan (N. Schneider, Trad.). Boitempo. Coleção Marx-Engels.

- Faermam, L. A. (2014). A pesquisa participante: suas contribuições no âmbito das Ciências Sociais. *Revista Ciências Humanas*. Universidade de Taubaté (UNITAU), 7(1), 41-56.
- Falquet, J. (2012). *Les mouvements sociaux dans la modalisation néolibérale: imbrication des rapports sociaux et classe des femmes (Amérique latine-Caraïbes-France)* [Habilitação a dirigir pesquisas não publicada]. Université de Paris 8
- Federici, S. (2017). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Elefante.
- Federici, S. (2022). *Reencantando o mundo: Feminismo e a política dos comuns* (Coletivo Sycorax, Trad.). Elefante. (Obra original publicada em 2018)
- Giovanella, L., Guimarães, L., Nogueira, V. M. R., Lobato, L. de V. C., & Damacena, G. N. (2007). Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(Supl. 2), S251-S266.
- Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, 37(132), 595–609.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). *Municípios da faixa de fronteira e cidades gêmeas*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=acesso-ao-produto>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). *Censo Demográfico 2022: Resultados de cor ou raça*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023a). *Áreas territoriais*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023b). *Cidades e Estados*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023c). *Municípios da faixa de fronteira*. Recuperado de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37430-ibge-atualiza-recortes-geograficos-de-referencia-para-divulgacao-dos-resultados-do-censo-2022>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2023d). *Pobreza e desigualdade no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Kergoat, D. (2009). Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, & D. Senotier (Orgs.), *Dicionário crítico do feminismo*, 67-71. Editora da Unesp.

Kergoat, D. (2010). Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos Estudos*, 86, 93–103.

*Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979.* Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6634.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6634.htm)

*Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

*Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.* Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)

*Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017.* Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm)

Lerner, G. (2019). *A criação do patriarcado: História da opressão das mulheres pelos homens* (L. Sellera, Trad.; L. Aronovich, Prefácio). Editora Pensamento-Cultrix Ltda.

Lessa, S. (2014). *O revolucionário e o estudo: Por que não estudamos?* Instituto Lukács.

Lessa, S., & Tonet, I. (2011). *Introdução à filosofia de Marx* (2ª ed.). Expressão Popular.

Lukács, G. (1978). *Introdução a uma estética marxista: sobre a categoria da particularidade* (C. N. Coutinho & L. Konder, Trans.). Civilização Brasileira.

Lukács, G. (2003). *História e consciência de classe: Estudos sobre a dialética marxista* (R. Nascimento, Trad.). Martins Fontes.

Lukács, G. (2013). *Para uma ontologia do ser social II*. Boitempo.

Martins, J. de S. (2012). *Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano* (2ª ed., 1ª reimpressão). Contexto.

Marx, K. (1983). *O capital*. In R. Antunes (Org.), *A dialética do trabalho: Escritos de Marx e Engels* (pp. 149-163). Expressão Popular. Coleção Trabalho e emancipação.

Mészáros, I. (2006). *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. Boitempo.

Moraes, M. (2010). *PesquisarCOM, Política Ontológica e deficiência visual*. In M. Moraes & V. Kastrup (Orgs.), *Exercícios de ver e não ver: arte e percepção entre pessoas cegas e com baixa visão*. Nau Editora.

- Moura, R., & Oliveira, S. (2018). Referências sobre a faixa de fronteira e os arranjos transfronteiriços do Brasil. In B. Pego & R. Moura (Orgs.), *Fronteiras do Brasil: uma avaliação de política pública* (Vol. 1, pp. 243-292). Ipea.
- Netto, J. P. (2011). *Introdução ao estudo do método de Marx. Expressão Popular.*
- Neves, B. C. (2024, 12 de março). As novas/velhas rotas de integração da América do Sul. Observatório Repri. Recuperado de <https://observatorio.repri.org/2024/03/12/as-novas-velhas-rotas-de-integracao-da-america-do-sul/>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Recuperado de <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (s.d.). Determinantes sociais da saúde. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- Palheta, F. (2024, 2 de agosto). Corredor bioceânico terá mapa das estruturas de saúde em Mato Grosso do Sul. Campo Grande News. Recuperado de <https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/corredor-bioceanico-tera-mapa-das-estruturas-de-saude-em-mato-grosso-do-sul>
- Peiter, P. C. (2020). Organização da atenção à saúde na fronteira. In Fundação Oswaldo Cruz – Mato Grosso do Sul, *Saúde das populações de fronteira. Curso UNA-SUS.* Recuperado de <https://www.unasus.gov.br/cursos/matriculas>
- Peiter, P. C., & Pereira, R. dos S. (2020). Atenção à saúde na fronteira: aspectos políticos e sanitários. In Fundação Oswaldo Cruz – Mato Grosso do Sul, *Saúde das populações de fronteira. Curso UNA-SUS.* Recuperado de <https://www.unasus.gov.br/cursos/matriculas>
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. (2004). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
- Política Nacional de Salud 2015-2030: Avanzando hacia el acceso y cobertura universal de la salud en Paraguay. (2015). Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Portaria nº 125, de 21 de março de 2014.* Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Brasil. Recuperado de <https://diariofiscal.com.br/legislaçãofederal/portaria/2014/mi125.htm>
- Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014.* Dispõe sobre os prazos para conclusão da implementação das ações previstas no Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) e sobre o repasse de incentivo financeiro. Brasil. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622\\_23\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622_23_04_2014.html)

*Portaria nº 1.120, de 6 de julho de 2005.* Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Brasil. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120\\_06\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html)

Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. (2005). Secretaria de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, Ministério da Integração Nacional. Recuperado de <https://www.gov.br/mdr/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/desenvolvimento-regional-urbano/Introduoeantecedentes.pdf>

Raffestin, C. (1993). Por uma geografia do poder. Ática.

Relatório do Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano (junho a setembro de 2023): Rotas da integração sul-americana. (2023, outubro). Ministério do Planejamento e Orçamento. Recuperado de <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/integracao-vai-reforçar-comercio-com-vizinhos-e-reduzir-tempo-e-custo-das-exportacoes-para-a-asia/relatorio-final-subcomite-do-mpo.pdf>

*Resolução CMG/MPO nº 01, de 5 de junho de 2023.* Institui o Subcomitê de Integração e Desenvolvimento Sul-Americano. Brasil. Recuperado de <https://boletim.sigepe.gov.br/publicacao/detalhar/192069>

*Resolução CNE/CES nº 07, de 18 de dezembro de 2018.* Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014. Brasil. Recuperado de [https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=105102-rces007-18&Itemid=30192](https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=105102-rces007-18&Itemid=30192)

*Resolução nº 1, de 23 de fevereiro de 2021.* Publicada no Diário Oficial da União em 2 de março de 2021, edição 40, seção 1, p. 3. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Recuperado de <https://www.gov.br/participamaisbrasil/v-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres>

*Resolução nº 5, de 15 de dezembro de 2023.* O pleno do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher decide que a V Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres ocorrerá em 2025. Publicado no Diário Oficial da União em 18 de dezembro de 2023, edição 239, seção 1, p. 96. Ministério das Mulheres. Recuperado de <https://www.gov.br/participamaisbrasil/v-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres>

Saffioti, H. I. B. (1992). Rearticulando gênero e classe social. In A. de O. Costa & C. Bruschini (Orgs.), Uma questão de gênero (pp. 183-215). Rosa dos Tempos; Fundação Carlos Chagas.

Saffioti, H. I. B. (1997). Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. Revista Lutas Sociais, (2), 59-79. PUC.

Saffioti, H. I. B. (2000). Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? Crítica Marxista, 1(11), 71-75.

- Saffioti, H. I. B. (2013). *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade* (3ª ed.). Expressão Popular. (Obra original publicada em 1969).
- Saffioti, H. I. B. (2015). *Gênero, patriarcado, violência*. Expressão Popular.
- Santos, M. (1994). *Território, globalização e fragmentação*. Hucitec.
- Santos, M. (2005). O retorno do território. *OSAL: Observatório Social de América Latina*, 6(16), 253-261. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>
- Santos-Melo, G. Z. dos, Andrade, S. R. de, & Ruoff, A. B. (2018). A integração de saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 102-107.
- Siqueira, S. M. S., & Pereira, V. B. M. (2020). Marxismo e a opressão da mulher. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, 12(1), 114-125.
- Souto, K., & Moreira, M. R. (2021). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, 45(130), 832–846. <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4764/470>
- Souza-Lobo, E. (2011). *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. Fundação Perseu Abramo; Secretaria Municipal de Cultura; Brasiliense.
- Teles, M. A. de A. (2020). O que diria Heleieth Saffioti (1934-2010), a feminista marxista, pioneira, sobre os dias de hoje? In D. E. Martuscelli (Org.), *Os desafios do feminismo marxista na atualidade* (pp. 101-110). Coleção Marxismo21.
- Tonet, I. (2013). *Método científico: uma abordagem ontológica*. Instituto Lukács.

## APÊNDICES

---

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Saúde da mulher na fronteira ou fronteira na saúde? Limites e potencialidades rumo a uma política de saúde transfronteiriça”, desenvolvida pela discente de doutorado Fabricia Santina de Oliveira Carissimi, sob orientação da Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida, ambas vinculadas ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (PPGPSI-UCDB), as quais poderão ser contatadas a qualquer momento que julgar necessário através dos telefones (67) 99179-7447 (Fabricia Carissimi), e (67) 99902-8380 (Luciane Pinho), ou pelo e-mail <fabriciasoc@yahoo.com.br>, e <lpinhoa@hotmail.com>, respectivamente.

Esta pesquisa tem por objetivo “Compreender os limites e as potencialidades no que tange ao acesso à saúde vivenciados pela população feminina que habita a fronteira Brasil (Porto Murtinho) e Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes da Rota Bioceânica, rumo à uma política de saúde transfronteiriça e que, igualmente, contribua para a garantia dos demais direitos sociais inerentes à vida humana.”

A temática saúde da mulher na fronteira justifica-se pela necessidade de tratar a saúde e seus condicionantes e determinantes, com peculiaridades territoriais, como é o caso das fronteiras brasileiras, sobretudo para a região entre Porto Murtinho/MS-Brasil e Carmelo Peralta-Paraguai, que protagonizam o cenário da passagem do Corredor Rodoviário Bioceânico; considerando um determinado segmento populacional, as mulheres, que constituem a maioria da população brasileira e representam as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). O tema está relacionado diretamente à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde dessa população, ou seja, a qualidade de vida e a garantia de direitos fundamentais dos seres humanos.

Sua participação consiste em uma entrevista a qual haverá a aplicação de um questionário, sendo de caráter voluntário, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir a qualquer momento. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Esclareço ainda que os riscos são mínimos em você participar da pesquisa e que tem direito a assistência e a buscar indenização, caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, pois ela respeita todas as normas, procedimentos e princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, conforme Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, cujo questionário a ser aplicado foi analisado e aprovado eticamente pelo Parecer Consubstanciado da Comissão de Ética em Pesquisa da UCDB. Entretanto, caso você não se sinta confortável, não será penalizado de nenhuma maneira, e poderá desistir a qualquer momento.

Os dados serão utilizados para esta pesquisa, estudos correlacionados, futuras publicações e apresentações em eventos científicos, atendendo ao objetivo da pesquisa para o campo da ciência e sua inserção social, em especial para as políticas públicas e de saúde para as mulheres, de caráter transfronteiriça.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 466/12 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

1. A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais,

estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o participante da pesquisa e/ou seu responsável;

2. É garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

3. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa, podendo participar de outras pesquisas futuras;

4. É garantido o anonimato. Garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro por esta pesquisadora. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar desta pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo;

5. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos, sem qualquer identificação do participante;

6. O participante terá acesso ao resultado do estudo em forma de publicação visando contribuir para o campo da ciência e da inserção social, sobretudo na área das políticas públicas e de saúde transfronteiriça.

7. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**, situado na Av. Tamandaré, 6000, Bairro Jardim Seminário, Campo Grande – MS (e-mail cep@ucdb.br; telefone para contato (67) 3312-3478); que a referenda e

8. O presente termo está assinado em duas vias e rubricado em todas as páginas numeradas.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do (a) Participante da pesquisa ou responsável pelo participante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)

## APÊNDICE B – Questionário para a coleta de dados

### 1. Informações gerais

Nome:

Endereço:

Idade:

Sexo/gênero: ( ) Feminino ( ) Outra Qual? \_\_\_\_\_

Cor/raça: ( ) Branca/o ( ) Parda/o ( ) Amarela/o ( ) Preta/o ( ) Indígena ( ) Outra Qual? \_\_\_\_\_

Naturalidade:

Nacionalidade ( ) Brasileira ( ) Paraguaia ( ) Outra Qual? \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Escolaridade: ( ) Sem alfabetização ( ) Alfabetizado  
 ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo  
 ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo  
 ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo

Profissão:

### 2. Acesso à política de saúde

a)O que é saúde para você?

b)Você considera que possui direito de acesso à saúde? Em um território específico ou ambos?

c)Você já utilizou ou utiliza os serviços de saúde?

d)Quais serviços?

e)Quais demandas?

f)Você acha que a Rota Bioceânica poderá contribuir ou não para o acesso à saúde na fronteira?

### 3. Limites para o acesso à política de saúde

a)Quais as dificuldades e limites encontrados para efetivar o acesso à saúde?

b)Nesse sentido, você poderia contar alguma experiência que viveu ou vive ou de alguém próximo a você?

### 4. Potencialidade para o acesso à política de saúde

a)O que você acha que poderia ser feito para garantia do acesso à saúde?

b)O que significa acessar a saúde para você?

Local \_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

**ANEXO**

---

## ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO - UCDB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE DA MULHER NA FRONTEIRA OU FRONTEIRA NA SAÚDE? LIMITES E POTENCIALIDADES RUMO A UMA POLÍTICA DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇA

**Pesquisador:** Fabricia Santina de Oliveira Carissimi

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 76348323.5.0000.5162

**Instituição Proponente:** Universidade Católica Dom Bosco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.583.214

**Apresentação do Projeto:**

As informações referentes aos tópicos 'Informações do Projeto' foram extraídas do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2224537.pdf", postado pela autora

Trata-se de projeto de pesquisa para a Tese de doutoramento, a ser realizada na cidade de fronteira de Porto Murtinho, Estado de Mato Grosso Sul,

Brasil, com a cidade de Carmelo Peralta, Paraguai. Compreende a temática sobre saúde na fronteira, especificamente sobre saúde das mulheres,

como importante discussão no campo das ciências humanas, sociais e da saúde, dada as especificidades e singularidades desta interlocução. A

partir da perspectiva histórico-crítico dialética, com alcance das dimensões objetivas e subjetivas da realidade social e sua totalidade, buscaremos

compreender os limites e as potencialidades no que tange ao acesso à saúde vivenciados pela população feminina que habita a fronteira Brasil

(Porto Murtinho) e Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico, rumo à uma política de saúde transfronteiriça e que,

igualmente, contribua para a garantia dos demais direitos sociais inerentes à vida humana.

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007

**Bairro:** Jardim Seminário

**CEP:** 79.117-900

**UF:** MS

**Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3478

**E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO - UCDB



Continuação do Parecer: 6.583.214

**Objetivo da Pesquisa:**

As informações referentes aos tópicos 'Objetivo da Pesquisa', foram extraídos do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2224537.pdf", postado pela autora.

Compreender os limites e as potencialidades referentes ao acesso à saúde, vivenciados pela população feminina que habita a fronteira Brasil (Porto Murtinho) e Paraguai (Carmelo Peralta), integrantes do Corredor Rodoviário Bioceânico, rumo à uma política de saúde transfronteiriça e que, igualmente, contribua para a garantia dos demais direitos sociais inerentes à vida humana.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As informações referentes aos tópicos Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídos do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2224537.pdf", postado pela autora.

Riscos:

Considerando a exposição da metodologia proposta, por se tratar de pesquisa dentro do campo da Ciências Humanas e Sociais e da Saúde, ela

respeita todas as normas, procedimentos e princípios éticos, contidos na Resolução nº 466/12 e na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016,

ambas do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Significa que há uma eticidade na realização da pesquisa, sobretudo na aplicação do questionário, uma vez que envolve seres humanos. Ainda

assim, há riscos considerados mínimos, podendo haver constrangimento, cansaço, desconforto, aborrecimento, medo, insegurança, vergonha,

estresse ou qualquer sentimento dessa natureza ao responder o questionário. Por outro lado, algumas medidas serão adotadas para minimizá-los,

como estar com a pessoa convidada em ambiente reservado, confortável e acolhedor, respeitando seus valores culturais, sociais, morais, religiosos

e éticos.

Por conseguinte, haverá uma explicação quanto aos procedimentos metodológicos e a anuência da pessoa participante mediante a leitura e

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para as entrevistas utilizaremos o questionário com anotações pontuais, e

gravação de voz para potencializar o conteúdo captado, cujo material ficará sob responsabilidade desta pesquisadora, garantido a inviolabilidade e a

integridade deste. Serão assegurados a confidencialidade e a privacidade da pessoa participante, também garantindo a não utilização das

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007

**Bairro:** Jardim Seminário

**CEP:** 79.117-900

**UF:** MS

**Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3478

**E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO - UCDB



Continuação do Parecer: 6.583.214

informações em prejuízo da mesma, de qualquer outra pessoa ou grupo.

Também será esclarecido que face aos riscos mínimos a pessoa participante tem toda a liberdade de retirada do consentimento e da participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa, podendo participar de outras pesquisas futuras. Além disso, poderá solicitar assistência e buscar indenização, caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa.

**Benefícios:**

Significa que a pesquisa pretende obter unicamente benefícios, de caráter individual e coletivo, cujos resultados do estudo serão veiculados publicamente em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos, sem qualquer identificação do participante. As publicações buscarão contribuir para o campo da ciência e da inserção social, em especial para as políticas públicas e de saúde para as mulheres, de caráter transfronteiriça.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Recomendações:**

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O pesquisador apresentou todos os documentos de acordo com o recomendado na Resolução CNS nº 466/12 e outras que regulamentam as pesquisas. O TCLE atende às necessidades das resoluções.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UCDB, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007  
**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO - UCDB



Continuação do Parecer: 6.583.214

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2224537.pdf	05/12/2023 11:18:02		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_reposta_termo_de_anuencia_da_instituicao_participanteassinado.pdf	05/12/2023 11:17:03	Fabricia Santina de Oliveira Carissimi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_corrigido_pdf.pdf	05/12/2023 11:15:13	Fabricia Santina de Oliveira Carissimi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_corrigido_pdf.pdf	05/12/2023 11:15:01	Fabricia Santina de Oliveira Carissimi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ok.pdf	05/12/2023 11:14:33	Fabricia Santina de Oliveira Carissimi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2224537.pdf	05/10/2023 21:13:50		Recusado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2023 21:13:05	Fabricia Santina de Oliveira Carissimi	Recusado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	05/10/2023 21:10:21	Fabricia Santina de Oliveira Carissimi	Recusado
Folha de Rosto	Folha_assinada.pdf	05/10/2023 21:09:12	Fabricia Santina de Oliveira Carissimi	Recusado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 15 de Dezembro de 2023

Assinado por:  
**LUDOVICO MIGLIOLO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000 Bloco Administrativo 2º Piso, Sala C007  
**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3312-3478 **E-mail:** cep@ucdb.br