

Competência crítica em informação em saúde das mulheres refugiadas: uma reflexão semiótica

Mariana Rodrigues Gomes de Mello
Etefania Cristina Pavarina
Aurora Cuevas-Cerveró
Daniel Martínez-Ávila

Como citar: MELLO, Mariana Rodrigues Gomes de *et. al.*. Competência crítica em informação em saúde das mulheres refugiadas: uma reflexão semiótica. *In*: MOREIRA, Fábio Mosso *et. al.* (org.). Transversalidade e verticalidade na Ciência da Informação. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2025. p.303-332. DOI: <https://doi.org/10.36311/2025.978-65-5954-613-8.p303-332>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

CAPÍTULO 17

COMPETÊNCIA CRÍTICA EM INFORMAÇÃO EM SAÚDE DAS MULHERES REFUGIADAS: UMA REFLEXÃO SEMIÓTICA

*Mariana Rodrigues Gomes de Mello¹, Etefania Cristina Pavarina²,
Aurora Cuevas-Cerveró³ e Daniel Martínez-Ávila⁴*

INTRODUÇÃO

No contexto da saúde das mulheres refugiadas, a competência crítica em informação em saúde desempenha um papel fundamental na promoção de sua saúde e bem-estar. A falta de acesso adequado a informações de saúde precisas e confiáveis pode afetar negativamente essa população vulnerável, aumentando os riscos e desafios enfrentados no âmbito da saúde.

A competência crítica em informação em saúde refere-se à capacidade de avaliar, interpretar e utilizar informações de saúde de maneira reflexiva e informada. Trata-se de empoderar as mulheres refugiadas com as habi-

¹ Doutora em Ciência da Informação pela Universidade Estadual Paulista – UNESP. Professora na Universidade Federal do Paraná - UFPR. E-mail: mellomariana@ufpr.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5925-8554>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1993215959302497>.

² Doutoranda em Ciência da Informação pela Universidade Estadual Paulista – UNESP. E-mail: e.pavarina@unesp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3626-5567>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0906483851923523>.

³ Doutora em Documentação. Professora Doutora na Universidad Complutense de Madrid. E-mail: macuevas@ucm.es. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9152981469958239>.

⁴ Doutor em Documentação. Professor na Universidade Estadual Paulista - UNESP. E-mail: dmarta@unileon.es. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2236-553X>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1744684558489377>.

lidades necessárias para tomar decisões informadas sobre sua saúde e adotar práticas de autocuidado adequadas. Essa competência vai além do acesso à informação e envolve a capacidade de analisar criticamente as mensagens de saúde e discernir entre informações precisas e desinformação.

A conexão entre competência crítica em informação em saúde e as mulheres refugiadas se baseia na necessidade de capacitar essa população para superar barreiras no acesso à informação e aos serviços de saúde. As mulheres refugiadas enfrentam desafios específicos, como o idioma, a cultura, as barreiras socioeconômicas e a falta de familiaridade com o sistema de saúde do país de acolhimento. Portanto, desenvolver competência crítica em informação em saúde é essencial para capacitar essas mulheres a tomar decisões informadas, promover sua saúde e buscar os cuidados adequados.

A abordagem da saúde da mulher compreende um conjunto de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde integral e humanizada em todas as fases da vida, com especial ênfase na consolidação dos avanços nos direitos sexuais e reprodutivos. Isso engloba melhorias na atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na prevenção e atenção ao aborto inseguro, bem como no enfrentamento dos casos de violência doméstica e sexual.

Nesse sentido, torna-se importante ressaltar a necessidade de uma atenção específica às mulheres refugiadas, pois são um grupo altamente vulnerável, sujeito a diversas formas de violência, incluindo o acesso limitado às instituições públicas do país de acolhimento, como aquelas relacionadas à saúde. Essa restrição no acesso pode ser entendida como uma forma de violência em si.

Conforme evidências de pesquisas, observa-se um aumento das doenças sexualmente transmissíveis entre o grupo de refugiados, devido à sua maior vulnerabilidade à violência sexual e à limitada disponibilidade de serviços de saúde específicos para mulheres no país de acolhimento (ANAIDS, 2018).

Nesse contexto, emerge o seguinte problema de pesquisa: Qual a importância da competência crítica em saúde na promoção do bem-estar

e saúde das mulheres refugiadas? Para abordar essa questão, este estudo tem como objetivo geral investigar a relação entre a situação das mulheres refugiadas e a competência crítica em informação em saúde, por meio de uma abordagem reflexiva fundamentada na semiótica.

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo, portanto, se fundamenta na necessidade de compreender e abordar os desafios enfrentados pelas mulheres refugiadas no que diz respeito à sua saúde e bem-estar, de modo crítico e reflexivo, como propõe a competência crítica em informação. Portanto, por meio da investigação da relação entre a situação dessas mulheres e a competência crítica em informação em saúde, utilizando uma abordagem na semiótica, espera-se contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de promoção da saúde nesse grupo populacional.

A CATEGORIA REFUGIADO

Após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de promover a dignidade humana dos indivíduos que precisam deixar seus países devido a situações de opressão e buscar refúgio em outros lugares, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu a Resolução 428 em 14 de dezembro de 1950, criando o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Essa iniciativa visava auxiliar refugiados europeus no pós-guerra a regularizar sua situação nos países de acolhimento. A Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados foi instituída em 28 de julho de 1951 e posteriormente ampliada em 1967 para abranger refugiados de outras regiões, uma vez que inicialmente seu foco era exclusivamente a população europeia.

Existem diversas condições que motivam um indivíduo a deixar seu país. No entanto, diferentemente da imigração, que geralmente é impulsionada pela busca por melhores condições e oportunidades pessoais ou profissionais, o refúgio é caracterizado por uma situação de opressão grave no país de origem, que exige uma saída urgente daqueles que a vivenciam (Mello; Martínez-Ávila, 2021). De acordo com o segundo parágrafo do ar-

tigo primeiro da Convenção de 1951, relativa ao Estatuto dos Refugiados, um refugiado é definido como qualquer pessoa que:

Em consequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1 de janeiro de 1951, e temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha a sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele (ONU, 2011).

Embora o conceito de refugiado tenha sido formalmente estabelecido apenas em 1951, o fenômeno do refúgio é ancestral, embora não tenha sido reconhecido como uma categoria política. Na América Latina, em 1984, ocorreu o Colóquio sobre Proteção Internacional dos Refugiados em Cartagena, Colômbia, resultando na Declaração de Cartagena (Mello; Martínez -Ávila, 2021).

O Brasil tornou-se signatário da Declaração de Cartagena em 1984, juntamente com outros 14 países da América Latina e do Caribe. No entanto, somente em 1997, foi promulgada a legislação específica brasileira sobre refúgio, por meio da Lei 9.474/97, que estabeleceu o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE). Em 1999, o Brasil tornou-se membro do Programa de Reassentamento, que atualmente envolve a participação de 16 (dezesseis) países, cada um com sua cota anual de reassentamento e critérios de seleção próprios.

No entanto, é importante ressaltar que a definição e a categorização dos refugiados são necessárias para garantir sua sobrevivência digna e a realização dos direitos humanos. No entanto, essa tarefa não é simples, assim como a categorização de qualquer grupo humano, devido às individualidades e aos sentimentos envolvidos nas comunidades humanas. Conforme a interpretação de Machado (2020, p.11) da obra de Malkki (1995):

A definição do refúgio como objeto antropológico em si já nasce com uma dúvida pertinente e crítica, segundo Malkki: “refugiado” é uma categoria que, caso tomada como um dado, de forma acrítica, mais dificulta que ajuda a pensar os processos de deslocamento ligados a essa constelação sob esta categoria ampla se esconde uma variedade de situações enorme, tanto histórica quanto geográfica e culturalmente. Dado que as definições políticas de refúgio são variáveis, incluindo fenômenos diferentes e perspectivas mais ou menos amplas, o “objeto” refúgio não existe em si como um fenômeno sociocultural, mas antes como uma realidade político-normativa que produz um contingente de pessoas “aceitáveis” ou nado em determinadas circunstâncias e para determinados países.

A definição de refúgio e refugiados não é resultado de um processo neutro e igualitário, mas sim influenciada por políticas internacionais, legislações estatais, nacionalismos, racismo, xenofobia, religião e fatores culturais. A categoria de refugiados não pode ser considerada de forma generalizada e acrítica. Machado (2020) adverte que é necessário ter cautela, pois até mesmo a Antropologia está imersa na armadilha categorial, na qual um objeto é definido ao mesmo tempo em que desaparece da análise, com a proeminência atribuída aos agentes estatais e estruturas de assistência. Conforme Mello e Martínez-Ávila (2021), essas são hierarquias de alteridade construída socialmente ao longo da história, ou seja, variáveis de diferenciação que acolhem ou rejeitam seres humanos com base em classificações de classe, gênero, raça, sexualidade, entre outros.

Nessa perspectiva, a definição dos refugiados como uma categoria não é suficiente para uma compreensão efetiva. O papel da Antropologia é afastar-se desses conjuntos de definições, controle e gerenciamento, buscando compreender algo sobre os refugiados a partir de seus relatos e experiências (Machado, 2019).

Muitos países concedem oportunidades desiguais às pessoas que solicitam refúgio, com base em critérios étnicos, culturais, econômicos, de gênero, religiosos, entre outros. Na pesquisa realizada por Machado (2019), as mulheres negras refugiadas da África estão no topo da discrimi-

nação, enquanto homens considerados brancos têm mais oportunidades de acolhimento.

Atualmente, no Brasil, o maior número de solicitações de refúgio provém da Venezuela. Essas pessoas enfrentam sérios conflitos e estão ameaçadas em sua integridade, com violações graves de direitos humanos. De acordo com dados do CONARE (2019), o Brasil tem simplificado o processo de determinação da condição de refugiado para os venezuelanos desde 2019, a fim de agilizar a análise dos pedidos. Em meados de 2019, havia cerca de 100 (cem) mil pedidos ativos feitos por pessoas provenientes da Venezuela, aguardando uma decisão do CONARE.

Assim, o número de refugiados venezuelanos superou 4 milhões até meados de 2019, conforme dados de autoridades nacionais de imigração e outras fontes (Conare, 2019), devido a diversas ameaças, incluindo as provenientes de grupos armados, tanto estatais quanto não estatais.

Nesse sentido, a definição de refúgio, as políticas de acolhimento e a situação dos refugiados, especialmente das mulheres refugiadas, possui uma forte conexão com a Agenda 2030 e a saúde das mulheres em situação de vulnerabilidade, conforme será discorrido na seção seguinte.

A MULHER REFUGIADA E SAÚDE

De acordo com Cunha e Garrafa (2016), o termo “vulnerabilidade” tem origem no latim, derivado do termo “vulnus”, que significa ferida. Nesse sentido, o adjetivo “vulnerável” é utilizado para atribuir uma qualidade ao indivíduo suscetível a qualquer forma de agressão, seja ela física, emocional ou resultante de condições que reduzem sua liberdade e autonomia. Portanto, certas categorias de indivíduos requerem cuidados especiais, por meio de políticas públicas capazes de defender seus direitos fundamentais e preservar sua integridade física e psicológica.

Na acepção de Silva (2019), o direito à vida é o principal direito humano, pois dele emanam todos os outros direitos. Dessa forma, sem saúde, não há vida digna. O acesso à saúde é garantido a todas as pessoas

como um direito fundamental, sendo suficiente nascer humano para ter direito a esse acesso.

Ventura (2019) afirma que, sendo um direito fundamental, o acesso à saúde não pode estar subordinado a qualquer forma de discriminação, inclusive em relação à nacionalidade das pessoas refugiadas. Portanto, é necessário que o país de acolhimento adote políticas públicas específicas para atender às necessidades dos refugiados, uma vez que [...] o respeito às diferenças culturais tem como limite o respeito aos direitos humanos” (Ventura, 2019, p. 77).

Entre as categorias vulneráveis às violações dos direitos fundamentais encontram-se os refugiados, e especialmente as mulheres e meninas refugiadas. Conforme argumentado por Jubilut (2007), é fundamental analisar seriamente a situação das mulheres refugiadas, pois elas são extremamente vulneráveis a diversos tipos de abusos, como abuso físico, psicológico, econômico e sexual. Sem políticas públicas e leis específicas que protejam as mulheres e meninas refugiadas, torna-se ainda mais desafiador garantir a sua proteção. Muitas delas se deslocam sozinhas para o país de acolhimento, e é ainda mais preocupante e não incomum a situação de meninas que se separam de seus pais durante conflitos e perseguições.

A violência sexual é uma questão grave não apenas do ponto de vista da justiça, mas também da saúde pública. Ela tem impactos físicos e psicológicos significativos tanto para as mulheres que a sofrem efetivamente quanto para aquelas que se sentem ameaçadas, sendo ainda mais preocupante quando se trata de meninas. No entanto, lidar com esse problema torna-se ainda mais desafiador quando as mulheres e meninas estão vivendo em um país desconhecido, com barreiras linguísticas e falta de informações básicas sobre o acesso a serviços de saúde pública gratuitos, caso existam, no país de refúgio.

De acordo com Charmeski (2020, p. 61), “no espaço dos campos e assentamentos sucedem violências domésticas, violência psicológica e violência de gênero, a maioria delas culminam em violência sexual”. A autora ressalta a ampla variedade de violências de gênero observadas nos campos ou assentamentos de refugiados, que vão desde violências físi-

cas, sequestros, prisões forçadas, relações sexuais violentas até casamentos precoces ou forçados.

Portanto, de acordo com Ventura (2019), é imprescindível realizar o mapeamento dos determinantes sociais de saúde dos refugiados, a fim de revelar as condições de saúde nos assentamentos e, assim, estabelecer políticas públicas eficazes para esse grupo vulnerável, especialmente para as mulheres e meninas refugiadas. Pesquisas conduzidas pela ANAIDS (2018) constataram que refugiados, tanto homens quanto mulheres, podem ser particularmente mais vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV, devido à complexidade de praticar sexo seguro em circunstâncias adversas.

No que diz respeito especificamente às refugiadas, as principais queixas que afetam a saúde dessas mulheres e meninas são as doenças sexualmente transmissíveis (DST), identificadas principalmente em países africanos, embora alguns pesquisadores afirmem que seja um problema recorrente em campos de refugiados ao redor do mundo (Rosenberg; Bakomeza, 2017). Entre essas doenças, estatísticas revelam que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é a que mais afeta as mulheres e meninas refugiadas devido à violência sexual nos próprios assentamentos de refugiados, entre seus pares ou até mesmo no país de refúgio como um todo.

Conforme Charneski (2020, p. 57):

Mulheres que são identificadas como soro positivas, são perseguidas e isoladas do seu grupo social em virtude do estigma e discriminação que as pessoas soro positivas sofrem, relacionado a práticas sexuais com parceiros múltiplos, sem que levem em conta os assédios sofridos pelas mulheres que para manterem sua sobrevivência nos campos, são sujeitadas a violências, o que denota a violação de seus direitos.

Não são incomuns casos de estupro e prostituição não consensual, ou seja, forçada, entre meninas e mulheres refugiadas por agenciadores.

Além disso, a prostituição motivada pela extrema pobreza é uma situação comum entre as refugiadas. Rosenberg e Bakomeza (2017), em uma pesquisa realizada em 2017, constataram que refugiadas de todo o mundo se envolvem na prostituição devido a vários fatores, incluindo a falta de acesso a informações de saúde necessárias e a meios para evitar gravidezes indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Isso ocorre devido à completa ausência de serviços de saúde específicos para mulheres e à falta de competência crítica em informação, conforme será abordado em outra seção.

Cada país possui soberania para lidar com as questões de saúde dos refugiados que acolhe. Embora existam diretrizes e acordos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, cada país possui seu próprio sistema de saúde e normas que o regem. Assim, para garantir o mínimo de dignidade aos refugiados de ambos os sexos, algumas organizações internacionais se unem, incluindo o “Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, o Fundo de População das Nações Unidas, bem como organizações não governamentais, como Médicos Sem Fronteiras, Médicos do Mundo e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha” (Charneski, 2020, p. 61).

No Brasil, é direito de todos os residentes (cidadãos ou não) obter informações sobre prevenção e tratamento de doenças, incluindo a retirada gratuita de preservativos em qualquer unidade básica de saúde, além de outros locais, dependendo das políticas de cada cidade. Além disso, o acesso e tratamento de qualquer doença são garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive para estrangeiros residentes no Brasil. O tratamento do HIV/AIDS é uma dessas doenças, com distribuição gratuita de medicação. Essas políticas fizeram do Brasil uma referência no tratamento dessa doença. Mesmo para turistas que viajam sem seguro saúde, é permitido utilizar o SUS, conforme defendido por alguns juristas (Mello; Martínez-Ávila, 2022). Nessa perspectiva:

O sistema de saúde pública adotado pelo Brasil é universal, estendido a todos os seus municípios e cidadãos. Deste modo, é impossível evitar que estrangeiros não residentes procurem

atendimento junto ao SUS, ainda que essas pessoas não estejam computadas nos levantamentos de base de cálculo para a oferta de recursos a cada localidade (Branco; Torronteguy, 2013, p. 940).

Considerando os desafios enfrentados pelas mulheres e meninas refugiadas em relação à saúde, especialmente no que diz respeito à violência sexual, prostituição forçada e o risco de infecções sexualmente transmissíveis, é evidente a necessidade de abordagens que promovam a informação em saúde e a competência crítica em informação, conforme será evidenciado na próxima seção.

UMA REFLEXÃO SEMIÓTICA SOBRE A COMPETÊNCIA CRÍTICA EM INFORMAÇÃO

Na concepção de Targino (2009), a informação em saúde é um recurso fundamental para garantir o bem-estar das comunidades, sendo um indicador relevante para avaliar a qualidade de vida e o progresso das nações. Portanto, informações sobre o perfil dos pacientes, as doenças prevalentes em cada região, seus fatores de risco e formas de prevenção são essenciais para embasar ações, serviços de saúde e políticas públicas. Como afirma Valentim (2008, p. 13), “um país sem informação é um país sem conhecimento, e um país sem conhecimento é um país sem desenvolvimento econômico e social”.

Bogado e Casarin (2020) destacam que a informação em saúde pode ser categorizada em três tipos: informação clínica, que aborda as demandas dos profissionais de saúde em relação aos seus pacientes; informação acadêmica, que resulta de pesquisas na área da saúde e é utilizada no ensino e desenvolvimento científico; e informações para a gestão da saúde, que são utilizadas pelos gestores na implementação de políticas públicas.

A discussão sobre informação em saúde envolve a inter-relação de diferentes domínios e disciplinas, como Ciência da Informação, Ciências da Saúde, Educação, Semiótica, entre outros campos do conhecimento.

Além disso, a informação em saúde e a competência crítica em informação em saúde estão intrinsecamente ligadas (Mello; Martínez-Ávila, 2022). No contexto da promoção da saúde, a Ciência da Informação desempenha um papel importante, contribuindo para:

[...] contribui para a efetividade do processo de comunicação entre os profissionais da área da saúde e os cidadãos que são usuários e consumidores das práticas desses profissionais, seja de modo direto, se referindo aos pacientes ou, indiretamente, àqueles que não são pacientes, mas, que podem vir a ser, caso não sigam as premissas básicas de autocuidado e prevenção em saúde (Silva *et al.*, 2021, p. 4).

Nesse sentido, a competência em informação em saúde, ou letramento informacional em saúde, segundo Mello e Martínez-Ávila (2022), pode ser compreendida como um conjunto de habilidades que ampliam a capacidade dos indivíduos de adquirir informações básicas sobre saúde, possibilitando uma vida mais saudável. Essas habilidades englobam não apenas a leitura e interpretação de informações em saúde, mas também a capacidade de realizar uma análise crítica, comunicar-se de forma eficaz, interagir com diferentes fontes de informação e exercer um julgamento informado. Nesse sentido, a competência crítica em informação em saúde, pode ser abordada em consonância com uma abordagem semiótica, para buscar compreender como os signos e símbolos presentes nas informações em saúde influenciam a interpretação e compreensão das pessoas, possibilitando uma reflexão mais profunda sobre os significados e contextos envolvidos.

A semiótica é amplamente definida como uma teoria da significação que abrange diversos tipos de linguagens, sejam elas verbais ou não verbais, humanas ou não humanas. Embora seus principais modelos de análise tenham origem na linguística, a semiótica é uma disciplina interdisciplinar que também dialoga com a sociologia, filosofia e ciência da informação. Sua natureza interdisciplinar torna-a reflexível e versátil, pois pode atuar como teoria, abordagem e método de análise, estabelecendo conexões en-

tre diferentes campos científicos. Além disso, a semiótica também pode ser aplicada de forma social, fornecendo um conjunto de regras práticas para a compreensão e interpretação dos sistemas de signos em diversos contextos, como no caso da competência crítica em saúde.

Nessa perspectiva é que Cerigatto e Casarin (2015) discutem que, especialmente nos contextos digitais, que envolvem a convergência de tecnologias e linguagens híbridas, torna-se essencial educar os usuários para que eles possam se apropriar da linguagem e desenvolver as habilidades necessárias para dominar os diversos modos de leitura, consumo e produção de informações. Nesse sentido, as autoras apresentam uma perspectiva embasada nas matrizes da linguagem e do pensamento, fundamentada em Santaella, respaldada por uma abordagem semiótica que incorpora a visão da semiótica peirceana, da semiótica social e da multimodalidade. Essa abordagem destaca os desafios de interpretação e significação que surgem nos ambientes informacionais digitais. Conforme argumentam as autoras:

[...] convivemos hoje com novas possibilidades de combinações entre as linguagens. Como toda linguagem está ligada à percepção, os meios híbridos, ao promoverem o encontro dessas linguagens, estimulam uma mudança em nossa percepção – e diferentes estruturas perceptivas desencadeiam diferentes mecanismos de compreensão e adquirem diferentes significados.

Portanto, estudar essas linguagens, as novas formas de produzi-las, e ainda mais, as novas habilidades que este novo contexto virtual exige são tarefas da mídia e *information literacy* (Cerigatto; Casarin, 2015, p. 50).

Ao considerar que o letramento informacional envolve o trabalho direto com a informação, incluindo a seleção, busca, análise, leitura, anotações, organização, transformação, armazenamento e transmissão, torna-se evidente que a competência em informação reflete a capacidade dos usuários de lidar com processos complexos de informações. Isso inclui o uso de ferramentas multimídia e hipermídia, domínio de tecnologias eletrônicas e da Internet, habilidade de antecipar dificuldades e solucionar

problemas, transferência de conhecimentos e habilidades para situações desconhecidas, autonomia na resolução de tarefas, auxílio a outros profissionais e usuários em atividades colaborativas e capacidade de refletir sobre suas próprias ações.

Nesse contexto, o letramento informacional pode se beneficiar das perspectivas teórico-metodológicas desenvolvidas a partir do conceito de letramento multimodal, que tem origem na semiótica social. Essa abordagem reconhece a diversidade e a variabilidade dos textos e linguagens presentes em documentos multimídia, hipertextuais e digitais, e enfatiza a necessidade de interpretar a produção de sentido nesses contextos. Em um mundo caracterizado pela policondificação e polissemiótica, é essencial promover uma educação que prepare os usuários para um novo tipo de discurso comunicativo.

Como um processo de auto-organização, o letramento informacional contemporâneo requer abertura e flexibilidade em relação às informações. Os usuários do Século XXI devem ser capazes de transitar entre diferentes sistemas de signos, assim como entre diferentes registros, a fim de se apropriarem das informações em saúde. Ao fazer isso, eles devem ser capazes de reconhecer, avaliar, interpretar e, quando necessário, descartar informações que não sejam relevantes ou que sejam falsas. Essa capacidade está intrinsecamente ligada à habilidade de construir uma compreensão abrangente da comunicação em saúde em diferentes escalas, incluindo a global, com base em suas necessidades informacionais e em um conhecimento das linguagens e processos semióticos.

Além disso, para garantir a compreensão e evitar equívocos nas informações em saúde, é fundamental apresentá-las em um formato que seja facilmente compreensível para pessoas leigas. Uma estratégia para alcançar esse objetivo é o uso de recursos visuais simples que transmitam de forma clara os enunciados relacionados à saúde (Lazard *et al.*, 2017). A adição de elementos visuais, como ícones, pode melhorar a eficácia da comunicação em saúde, especialmente para indivíduos com baixo nível de alfabetização (Houts *et al.*, 2006). Essas abordagens visuais ajudam a transmitir informações de maneira mais acessível e intuitiva, permitindo que um públi-

co mais amplo compreenda e assimile os conteúdos de saúde de forma adequada.

Com base na compreensão de que o letramento informacional em saúde engloba a compreensão de informações essenciais para a tomada de decisões no âmbito da saúde (Campos *et al.*, 2020), torna-se evidente a necessidade de os usuários desenvolverem suas habilidades e competências informacionais além desse aspecto. Essas competências ampliadas não apenas contribuem para a tomada de decisões informadas, mas também têm o potencial de impulsionar transformações em níveis individual, cultural, social, econômico e político. Esse desenvolvimento é crucial para garantir a adesão às prescrições dos profissionais de saúde, o sucesso do tratamento, os cuidados adequados e a adoção de um estilo de vida saudável.

A competência em informação, conforme defendido por Beluzzo e Feres (2015), refere-se à capacidade de um indivíduo acessar, avaliar e utilizar informações de forma adequada, visando à construção do conhecimento. Essa competência é um processo contínuo ao longo da vida e deve ser promovida de maneira democrática, tanto em instituições de ensino tradicionais quanto em ambientes inclusivos que considerem questões de gênero e raça, buscando combater todas as formas de opressão. Nesse contexto, as unidades básicas de saúde, consultórios médicos e outros ambientes de saúde desempenham um papel significativo na promoção da informação em saúde, especialmente para grupos vulneráveis, como mulheres e meninas refugiadas. Esses locais podem fornecer informações cruciais, contribuindo para a conscientização, a prevenção de doenças e a busca de cuidados adequados, visando ao bem-estar e à saúde dessas populações vulneráveis.

Para tanto, Downey (2016) sustenta a importância de examinar as estruturas culturais, sociais e econômicas subjacentes à produção e disseminação de informações por meio da competência crítica em informação. Esse processo está intrinsecamente ligado a uma abordagem de ensino menos simplificada, menos mecanicista e mais humanizada, que seja sensível às influências que moldam a informação.

Nessa perspectiva, compreende-se que a competência crítica em informação, aliada às políticas públicas, seja a via mais eficaz, em médio e longo prazo, para abordar a questão da saúde da mulher refugiada. De acordo com Brisola e Doyle (2019), a competência crítica em informação capacita as pessoas a analisarem criticamente as informações, distinguir entre informações relevantes e irrelevantes, buscar fontes mais confiáveis e utilizá-las de maneira criativa e contextualizada para produzir novas informações. As autoras destacam a complexidade envolvida no enfrentamento dessas questões.

Para isso, é necessário superar o pensamento ingênuo, que Paulo Freire denomina como consciência, ou seja, a construção autônoma de sujeitos conscientes de sua posição e papel na sociedade (Brisola; Doyle, 2019). Isso é fundamental no processo de formação de indivíduos autônomos, críticos e responsáveis, capazes de se defender da sobrecarga informacional e contribuir para a construção de uma sociedade mais ética no uso consciente da informação.

Considera-se, portanto, que a competência crítica em informação representa uma expansão do conceito e da proposta ética e social da competência em informação, em consonância com abordagens como a pedagogia crítica freireana e a teoria crítica. A teoria crítica, desenvolvida pelos membros do Instituto de Investigação Social em Frankfurt, conhecido como Escola de Frankfurt, contrapõe-se à teoria clássica, de origem cartesiana, que se caracteriza por uma visão reducionista, fragmentada e acrítica do fenômeno (Adorno; Horkheimer, 1985).

Por outro lado, a teoria crítica assume uma postura oposta, ao considerar a razão como autonomia e buscar a construção coletiva do conhecimento como forma de superar a instrumentalidade e a fragmentação científica. Isso implica uma abordagem crítica por parte do pesquisador e do leitor da pesquisa (Mello *et al.*, 2021). Como enfatiza Adorno (1995, p. 21): “Os homens inclinam-se a considerar a técnica como sendo algo em si mesma, uma força própria, esquecendo que ela é a extensão do braço do homem”.

Enquanto grandes expoentes da Escola de Frankfurt, como Adorno e Horkheimer, se opuseram ao cartesianismo, Paulo Freire foi um forte crítico do positivismo e de correntes relacionadas a ele. Freire afirmava que o positivismo tendia a transformar as operações do conhecimento em uma técnica imediatista. Para ele, a Educação, especialmente a partir da década de 1960, foi influenciada por uma abordagem tecnicista e formal, que negligenciava as individualidades dos alunos. Freire propunha que a Educação se distanciasse dos modelos positivistas, frequentemente chamados de orientações enviesadas, como o pragmatismo, o funcionalismo, o sistemismo e o estruturalismo, em favor da pesquisa participante ou pesquisa-ação (Gadotti; Freire; Guimarães, 1995).

Nessa perspectiva, a competência em informação, guiada pela consciência crítica, é compreendida não apenas como um conjunto de habilidades relacionadas ao acesso e disseminação de informações, em uma abordagem tecnicista, mas também como uma habilidade essencial para a construção da cidadania e a manutenção de uma sociedade democrática e libertária, que promova escolhas mais conscientes e sábias em diversos aspectos, incluindo a área da saúde.

De acordo com Doyle (2018), não há uma definição única que possa conceituar plenamente a competência crítica em informação. No entanto, existem três dimensões que a englobam: a dimensão crítica, a dimensão reflexiva e a dimensão de ação. Conforme afirma Doyle (2018, p. 27):

[...] Pode-se dizer que competência crítica em informação é uma linha de estudos que: a) critica visões, pesquisas ou projetos ideologizantes de competência em informação; b) integra elementos da teoria crítica da sociedade e da pedagogia crítica (de Paulo Freire) em suas reflexões e práticas, e; c) se propõe a combater os efeitos nefastos do capital sobre a circulação de informação na sociedade.

Contudo, de acordo com Lawal (2019), é evidente que a competência crítica possui um caráter político-social, representando um compromisso com a justiça social. Por meio dessa competência, as pessoas podem ser

capacitadas a questionar valores e crenças na sociedade, adquirindo uma consciência crítica em relação a questões de democracia, governança e, conseqüentemente, contribuindo para o estabelecimento de políticas públicas que atendam e fortaleçam grupos vulneráveis.

Nesse sentido, conforme argumentado por Torrel (2020), considerando a gravidade das crises globais em andamento, tais como as mudanças climáticas, o racismo sistêmico e a pandemia, torna-se cada vez mais necessário formar indivíduos que possuam competência crítica em informação. Esses indivíduos serão capazes de avaliar recursos e informações para compreender os eventos atuais e buscar soluções coletivas para os problemas enfrentados.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Metodologicamente, este estudo se configura como uma pesquisa interdisciplinar de natureza bibliográfica, que abrange a literatura da Ciência da Informação (CI), bem como de outras áreas, como o Direito e a Saúde. Para a coleta de dados na área de CI, foram consultadas especialmente a Base de Dados Referencial de Artigos de Periódicos em Ciência da Informação (BRAPCI) e a *Library and Information Science Abstracts* (LISA). Em relação a outras áreas, foram utilizados livros e artigos disponíveis no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

No que diz respeito ao método empregado, foram utilizados aspectos da Análise de Conteúdo para consolidar os achados da pesquisa. Segundo Silva, Gobbi e Simão (2005), ao interpretarem a obra de Bardin, a Análise de Conteúdo não se configura como um método rígido em sua aplicação, sendo perfeitamente adaptável aos objetivos específicos da pesquisa. Assim, o pesquisador pode fazer uso dessa flexibilidade para adaptar aspectos do método ao contexto de seu trabalho.

A Análise de Conteúdo é composta por três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, envolvendo infe-

rências e interpretações (Bardin, 2009). Segundo Silva e Valentim (2019), a pré-análise tem como objetivo a sistematização das ideias iniciais, servindo como fundamento para o desenvolvimento das fases subsequentes. Nessa etapa, são realizadas escolhas dos documentos a serem analisados, formulação de hipóteses e objetivos, bem como elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final da pesquisa.

A fase de exploração inclui a codificação dos materiais que compõem o corpus de análise, no presente estudo, elaborada de acordo com critérios preestabelecidos. “O tratamento dos resultados condensa e evidencia as informações fornecidas pela análise, e pode resultar em quadros, diagramas, figuras e modelos “ (Silva; Valentim, 2019, p. 21). Dessa forma, o pesquisador realiza inferências e interpretações com base nos objetivos estabelecidos previamente.

Nesse sentido, adaptou-se a Análise de Conteúdo para a sistematização e análise das informações coletadas por meio de observações não sistemáticas. Para tanto, as respostas obtidas durante uma conversa informal realizada em julho de 2022 foram categorizadas após o desenvolvimento do referencial teórico¹. A conversa ocorreu com três mulheres refugiadas da Venezuela, com idades entre 20 e 36 anos, que residem em uma cidade de médio porte no interior do Estado de São Paulo, Brasil. Essas mulheres chegaram ao Brasil em 2021, não vivem em campos de refugiados e trabalham em um supermercado de médio porte, sendo duas caixas e uma atendente no setor de panificação e confeitaria.

A conversa teve como objetivo esclarecer questões e ratificar tendências, proporcionando um espaço para reflexão, considerando a natureza teórica e exploratória da pesquisa. Assim, não se buscou uma conclusão definitiva devido à baixa representatividade da amostra, mas sim ilustrar os resultados obtidos. Para tanto, as respostas foram categorizadas por meio da aplicação do método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2009), adaptado à sistematização e análise das informações coletadas. As perguntas que nortearam a conversa foram as seguintes:

- a) Como mulher estrangeira no Brasil, você se sente amparada e segura em diversos aspectos?

- b) Você tem acesso à saúde pública no Brasil e/ou possui as informações necessárias sobre ela?
- c) No Brasil, como você obtém informações sobre sua saúde, incluindo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o sistema reprodutivo?

Com base nos dados coletados por meio da conversa informal realizada com as mulheres refugiadas, os quais foram categorizados utilizando o método da Análise de Conteúdo, passa-se agora à seção de análise de resultados. A análise dos dados obtidos permitiu identificar os principais temas e tendências relacionados às experiências das mulheres refugiadas no Brasil em relação ao seu sentimento de amparo e segurança, acesso à saúde pública e obtenção de informações sobre saúde. Além disso, foi possível compreender como essas questões se entrelaçam e impactam o bem-estar e a autonomia dessas mulheres.

RESULTADOS

Por meio da aplicação da Análise de Conteúdo, conforme descrito na metodologia, os dados coletados por meio da conversa informal com três refugiadas venezuelanas (identificadas como E1, E2 e E3) foram analisados com base em categorias definidas a posteriori (identificadas como categoria 1, categoria 2 e categoria 3), seguindo a abordagem proposta por Bardin (2009). A análise dos resultados permitiu a síntese e organização das informações em três quadros principais (Quadros 1, 2 e 3), que apresentam os principais aspectos emergentes relacionados às experiências das mulheres refugiadas no Brasil.

No Quadro 1, destacam-se as respostas adaptadas, ou seja, segundo o discurso indireto das participantes em relação ao seu sentimento de amparo e segurança enquanto mulheres estrangeiras no Brasil. Essa categoria busca compreender as percepções das refugiadas sobre o acolhimento recebido, a sensação de proteção e suporte em diversas esferas de suas vidas.

Quadro 1 – Igualdade de gênero e segurança

Categoria 1	
Definição:	Em nações como o Brasil, onde características paternalistas estão presentes, a implementação do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) número 5 da Agenda 2030 se torna um desafio mais complexo. É crucial que a sociedade brasileira intensifique sua mobilização para combater todas as formas de discriminação e opressão contra mulheres e meninas, assegurando igualdade de direitos, saúde e segurança. Além disso, é fundamental redobrar os esforços para proteger e apoiar grupos mais vulneráveis, como as mulheres refugiadas.
Verbalizações das refugiadas adaptadas pelo discurso indireto	
E1:	O medo da violência e do estupro no país do refúgio foram as questões mais evidenciadas pela entrevistada. No entanto, a oferta de emprego e o acolhimento pelos colegas de trabalho amenizou o medo.
E2:	O medo do desconhecido foi a situação que mais trouxe insegurança à entrevistada. Porém, evidenciou que o fato de ter vindo com o marido minimizou os desafios da situação do refúgio.
E3:	Novamente, a entrevistada menciona os desafios do enfrentamento do desconhecido e a possibilidade de não conseguir um trabalho digno. Porém, afirmou que já se sentia desamparada no país de origem, motivo da sua vinda ao Brasil.

Fonte: Autores.

A partir das respostas das venezuelanas descritas no quadro um acima, pode-se realizar uma análise da categoria de segurança em sentido lato, que abrange tanto a segurança pública quanto a percepção psicológica das refugiadas. Observa-se que as mulheres não se sentem completamente seguras nem em seu país de origem, devido à violência generalizada, nem no país de refúgio. Essa falta de segurança se estende a diversas áreas, incluindo o medo de assaltos, estupros e a possibilidade de não serem acolhidas com um trabalho digno. Nesse sentido, a percepção de segurança pode ser influenciada por fatores desde a disponibilidade de oportunidades de trabalho e ao acolhimento da comunidade local.

A competência crítica em informação pode ser um recurso valioso para auxiliar as mulheres refugiadas, fornecendo-lhes conhecimentos e habilidades que as ajudam a enfrentar os desafios relacionados à segurança. Através dessa competência, as mulheres refugiadas podem adquirir

acesso a informações precisas e confiáveis sobre seus direitos, serviços disponíveis e legislação do país de refúgio. Isso abrange informações essenciais relacionadas à segurança, saúde, emprego, educação e outras áreas relevantes para sua integração e bem-estar. Ao obter conhecimentos sólidos e desenvolver habilidades de busca de informações, elas podem tomar decisões mais informadas e fundamentadas sobre sua segurança e acesso a serviços essenciais.

Além disso, a competência crítica em informação capacita as mulheres refugiadas a avaliar de forma crítica as informações sobre saúde que recebem, identificando fontes confiáveis e questionando narrativas tendenciosas ou desinformativas. Esse aspecto é particularmente relevante em um contexto em que as mulheres refugiadas podem ser alvo de informações enganosas, estereótipos negativos e discriminação. Ao desenvolver habilidades de avaliação e discernimento, elas podem proteger-se de informações prejudiciais e tomar decisões informadas sobre sua segurança e bem-estar.

Além dos benefícios diretos relacionados à segurança, a competência crítica em informação também promove o empoderamento das mulheres refugiadas, permitindo-lhes participar ativamente na defesa de seus direitos e no engajamento comunitário. Ao compreender os mecanismos de poder, as estruturas sociais e as questões de gênero que as afetam, as mulheres refugiadas podem posicionar-se de forma mais eficaz e buscar mudanças positivas em suas vidas e na sociedade em geral. Isso pode incluir a participação em grupos de apoio, movimentos sociais e iniciativas de advocacia, visando promover a igualdade de direitos e combater a discriminação e a opressão.

No Quadro 2 são apresentadas as respostas referentes ao acesso das participantes à saúde pública no Brasil e às informações necessárias sobre o sistema de saúde. Essa categoria visa investigar as barreiras e facilidades encontradas pelas refugiadas no acesso aos serviços de saúde, bem como o conhecimento que possuem sobre os direitos e recursos disponíveis nesse âmbito.

No que diz respeito à segunda categoria apresentada no Quadro 2, é possível constatar que as mulheres refugiadas têm consciência de que o país

de refúgio oferece uma situação relativamente melhor do que o país de origem, onde seus direitos fundamentais são amplamente violados. Embora reconheçam que a situação no país de acolhimento possa não ser ideal, elas percebem uma melhoria em relação à violência e à instabilidade vivenciada anteriormente. Essa percepção é baseada na comparação com suas experiências prévias e nas avaliações feitas pelos nativos do país de acolhimento.

Quadro 2 – Informação em saúde no país do refúgio

Categoria 2	
Definição:	O Brasil possui o SUS, que abrange também os estrangeiros que residem no país. Apesar de enfrentar desafios, como a precariedade, principalmente nas grandes cidades devido ao elevado número de usuários e em estados com recursos mais escassos, o SUS desempenha um papel significativo na prestação de serviços de saúde. Em algumas cidades, o sistema funciona de maneira eficiente ou razoável.
Verbalizações das refugiadas adaptadas pelo discurso indireto	
E1:	A entrevistada relatou que com a infecção pela COVID 19 passou a ter mais informações sobre saúde. Ademais, disse que no seu país de origem a situação do sistema de saúde é bem pior e que conseguiu ter plano de saúde a partir da admissão em uma rede de supermercados.
E2:	A entrevistada mencionou o desespero com a epidemia da COVID 19, tendo em vista que possui uma filha pequena. Porém, com o emprego na rede de supermercados, passou a ter um plano de saúde privado, além da carteira do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, disse que os colegas de trabalho, bem como os funcionários das unidades de saúde, lhe passaram muitas informações sobre saúde. Ela compreende que os sistemas de saúde no Brasil é bom em relação a outros países.
E3:	A entrevistada arguiu que como é jovem, a saúde não foi a sua principal preocupação no Brasil, mas sim as oportunidades de emprego e como poderia ser a violência no país. Além disso, enxerga com otimismo as campanhas de vacinação e outras questões da saúde pública brasileira, que segundo ela, não são valorizadas pelos brasileiros.

Fonte: Autores.

A partir das respostas das refugiadas, fica evidente que a competência crítica em informação pode fornecer recursos importantes para essas mulheres, permitindo que elas tomem decisões mais informadas sobre sua saúde e busquem os serviços necessários.

No caso evidenciado no quadro 2, observa-se que algumas das refugiadas tiveram dificuldades no início para obter informações sobre o SUS. No entanto, a partir do momento em que tiveram contato com profissionais de saúde e colegas de trabalho, passaram a receber orientações e apoio para acessar os serviços disponíveis. A competência em informação pode ser um elemento-chave nesse processo, capacitando-as a buscar informações sobre seus direitos, serviços de saúde, vacinação e tratamentos disponíveis.

Além disso, a competência em informação possibilitaria que as mulheres refugiadas compreendessem as diferenças entre o sistema de saúde no Brasil e em seus países de origem, permitindo que elas avaliem a qualidade e a efetividade dos serviços oferecidos.

Outro aspecto relevante apontado pelas refugiadas é a importância do acesso aos convênios médicos fornecidos por meio do emprego. A competência em informação possibilitaria que essas mulheres compreendessem os benefícios oferecidos pelos convênios médicos e soubessem como utilizá-los de maneira eficiente. No entanto, elas também reconhecem que o SUS continua sendo uma opção valiosa, especialmente para obter medicamentos gratuitos e serviços não abrangidos pelo convênio.

Nesse sentido, a competência em informação poderia capacitar essas mulheres a buscar informações sobre seus direitos, os serviços disponíveis e os benefícios oferecidos pelos convênios médicos, permitindo que elas tomassem decisões informadas em relação à sua saúde e bem-estar. Além disso, a competência em informação também pode contribuir para desmistificar estereótipos e percepções negativas sobre o sistema de saúde brasileiro, possibilitando que as refugiadas reconheçam e valorizem as vantagens e recursos disponíveis.

No Quadro 3, são abordadas as estratégias utilizadas pelas participantes para obter informações sobre sua saúde, incluindo a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o cuidado com o sistema reprodutivo. Essa categoria busca compreender como as mulheres refugiadas buscam e obtêm informações relacionadas à sua saúde, considerando os recursos disponíveis e as possíveis dificuldades encontradas.

Quadro 3 – Saúde da mulher e competência crítica em informação

Categoria 3	
Definição:	A meta 5.6 estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) tem como objetivo assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, buscando garantir a igualdade de direitos e oportunidades, a fim de promover o empoderamento das mulheres em todas as esferas. No entanto, compreende-se que a concretização dessa meta depende da competência crítica em informação.
Verbalizações das refugiadas adaptadas pelo discurso indireto	
E1:	A entrevistada relatou que muitas pessoas do país dela morrem ainda por doenças, como a AIDS. E que apesar de saber que nos postos de saúde há preservativos, há o constrangimento de buscá-los.
E2:	A entrevistada mencionou que o fato de ser casada a faz ter segurança em relação ao sexo desprotegido e que não se preocupa com o controle de natalidade em face de questões religiosas.
E3:	A entrevistada disse que busca informação pela internet e com as amigas acerca da saúde da mulher e que não sabe a especialidade da medicina no Brasil que cuida destas questões.

Fonte: Autores.

No que se refere à terceira categoria, verificou-se que essas mulheres ainda possuem lacunas de conhecimento e informações sobre saúde da mulher, incluindo questões relacionadas à prevenção de doenças, acesso a métodos contraceptivos e cuidados ginecológicos. A competência crítica em informação pode fornecer ferramentas para suprir essas lacunas, permitindo que as mulheres refugiadas obtenham informações confiáveis e precisas sobre saúde sexual e reprodutiva. Ao desenvolver habilidades de busca e avaliação de informações, elas podem obter conhecimentos sobre métodos contraceptivos, prevenção de doenças e cuidados ginecológicos, o que pode contribuir para uma maior autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua saúde. Além disso, a competência em informação pode auxiliar essas mulheres na identificação de profissionais de saúde especializados na área de saúde da mulher, bem como na compreensão dos exames e procedimentos necessários para a manutenção de sua saúde. Isso implica capacitar as mulheres refugiadas a buscar atendimento adequado e infor-

mado, promovendo o cuidado preventivo e o acesso aos serviços de saúde de forma assertiva.

Diante dos resultados apresentados, busca-se, de forma preliminar, destacar algumas possíveis contribuições das teorias da linguagem e significação para o desenvolvimento da competência em informação. Nesse contexto, a aplicação da semiótica emerge como uma abordagem que pode auxiliar na compreensão e interpretação dos diversos signos e símbolos presentes nas informações relacionadas à saúde, considerando especialmente as possíveis barreiras linguísticas e culturais enfrentadas pelas mulheres refugiadas.

Ao analisar os recursos visuais, como ícones, imagens, gráficos e símbolos, presentes em materiais informativos sobre saúde, a semiótica permite identificar como esses signos são utilizados para transmitir mensagens e informações. Isso é especialmente relevante para as mulheres refugiadas, que podem enfrentar dificuldades na compreensão de textos escritos em um idioma desconhecido ou pouco familiar.

Através da análise semiótica, é possível avaliar a eficácia dos recursos visuais utilizados, verificando se eles são universalmente compreensíveis ou se estão fortemente enraizados em uma cultura específica. Isso possibilita a identificação de potenciais barreiras de comunicação e a seleção de recursos visuais mais adequados e inclusivos, capazes de transmitir informações de forma clara e acessível para as mulheres refugiadas. A semiótica pode contribuir para a compreensão dos processos de tradução e adaptação de informações em saúde, auxiliando na identificação de possíveis lacunas e distorções semânticas decorrentes das diferenças linguísticas e culturais.

Além disso, a semiótica também pode ser aplicada na análise de narrativas e discursos presentes nas informações em saúde, permitindo compreender como as mensagens são construídas e quais significados são atribuídos a elas. Isso auxilia na identificação de possíveis estereótipos, preconceitos ou vieses presentes nas informações, possibilitando uma leitura crítica e uma interpretação mais precisa por parte das mulheres refugiadas.

Dessa forma, a integração da semiótica à competência em informação em saúde permite uma abordagem mais abrangente e sensível às necessidades das mulheres refugiadas, proporcionando uma comunicação mais

eficaz e culturalmente apropriada. Ao considerar a linguagem visual e a interpretação dos signos e símbolos, a semiótica contribui para a promoção de uma informação mais acessível, compreensível e empoderadora para essas mulheres, capacitando-as a tomar decisões informadas e cuidar de sua saúde de maneira mais efetiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere às questões levantadas pelas refugiadas, é importante ressaltar que a baixa representatividade da amostra limita a generalização dos resultados. A amostra utilizada nesta pesquisa qualitativa serviu principalmente para elucidar o referencial teórico e indicar tendências em relação ao pensamento e comportamento das refugiadas venezuelanas em uma cidade de médio porte no Brasil. Para obter dados quantitativos mais abrangentes e uma amostra capaz de embasar políticas públicas ou ações sociais, planeja-se a elaboração de um questionário mais abrangente, a ser aplicado a um número maior possível de refugiadas.

Diante disso, entende-se que a competência crítica em informação em saúde desempenha um papel importante na promoção da saúde dessas mulheres. A presente pesquisa atingiu seu objetivo ao relacionar a questão das refugiadas com a competência crítica em informação em saúde numa reflexão de cunho semiótico. No entanto, trata-se de um estudo inicial que apenas levantou problemas e questões a serem aprofundadas, além de possíveis elucidações semióticas. Pretende-se aprofundar o tema em futuros trabalhos utilizando outras metodologias, como um estudo de caso, visando uma compreensão mais abrangente e a identificação de estratégias eficazes para promover a competência crítica em informação em saúde entre as mulheres refugiadas.

Conclui-se que ao promover a competência crítica em informação em saúde entre as mulheres refugiadas, contribuímos para a consecução desse objetivo global, garantindo que essas mulheres tenham acesso a informações adequadas sobre saúde, possam participar ativamente das deci-

sões relacionadas à sua saúde e bem-estar, e sejam capacitadas para cuidar de si mesmas e de suas famílias de forma informada e empoderada. Nesse contexto, a integração da semiótica pode desempenhar um papel relevante, permitindo uma análise aprofundada dos significados presentes nas informações em saúde, auxiliando na interpretação crítica e na identificação de possíveis lacunas e desafios a serem enfrentados. Portanto, a união da competência em informação em saúde e da semiótica pode contribuir para uma abordagem mais abrangente e efetiva na promoção da saúde e bem-estar das mulheres refugiadas.

AGRADECIMENTO

Este trabalho foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. **Educação e emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ADORNO, T. W; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ANAIDS. **ANAIDS pede ajuda ao governo brasileiro para imigrantes venezuelanos sem acesso ao tratamento do HIV/AIDS**. 2018. Disponível em: <https://gestos.org.br/2018/02/anais-pede-ajuda-ao-governo-brasileiro-para-migrantes-venezuelanos-sem-acesso-ao-tratamento-do-hiv-aids/>. Acesso em: 06 ago. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.
- BELLUZZO, R. C. B; FERES, G.G. Competência em informação, redes de conhecimento e as metas educativas para 2021: reflexões e inter-relações. *In*: BELLUZZO, R. C. B.; FERES, G. G.; VALENTIM, M. L. P. (org.). **Redes de conhecimento e competência em informação**: interfaces da gestão, mediação e uso da informação. Rio de Janeiro: Interciência, 2015.
- BOGADO, A. C.; CASARIN, H. C. S. Competência em informação do profissional da saúde. **Revista Fontes Documentais**, Salvador, v. 3, p. 203-212, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/151114>. Acesso em: 14 ago. 2021.

BRANCO, M. L.; TORRONTÉGUY, M. A. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 932-945, 2013.

BRISOLA, A. C.; DOYLE, A. Critical Information Literacy as a Path to Resist “Fake News”: Understanding Disinformation as the Root Problem. **Open Information Science**, Berlin, v. 3, p. 274-286, 2019.

CAMPOS, A. A. L. *et al.* Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela estratégia da saúde da família. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, 2020.

CERIGATTO, M. P.; CASARIN, H. C. S. Novos leitores, novas habilidades de leitura e significação: desafios para a media e information literacy. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 25, n. 1, p. 052, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/91229>. Acesso em: 07 jul. 2023.

CHARNESKI, E. R. **Direito à saúde de mulheres e meninas refugiadas em campos de refúgio sob a ótica da bioética**. 2020. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

CONARE. 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2019/07/29/acnur-parabeniza-brasil-por-reconhecer-condicao-de-refugiado-de-venezuelanos-com-base-na-declaracao-de-cartagena/>. Acesso: 13 ago. 2022.

CUNHA, T.; GARRAFA, V. Vulnerability: a key principle for global bioethics? **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Cambridge, v. 25, n. 2, p. 197-208, 2016.

DOWNEY, A. **Critical Information Literacy**. Sacramento: Library Juice Press, 2016.

DOYLE, A. Ideologia e competência crítica em informação: um olhar para movimentos de biblioteconomia crítica. **Revista Folha de Rosto**, Juazeiro do Norte, v. 4, n. 1, p. 25-33, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/39843>. Acesso em: 26 jul. 2022.

GADOTTI, M; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. São Paulo: Cortez, 1995.

HOUTS, P. S. *et al.* The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. **Patient education and counseling**, Shannon, v. 61, n. 2, p. 173-190, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399105001461?via%3Dihub>. Acesso em: 07 jul. 2023.

JABILUT, L. L. **O direito internacional dos refugiados e sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro**. São Paulo: Método, 2007.

- LAWAL, V. Critical information literacy and participatory democracy: An analysis of the role of libraries in Jos Metropolis, Plateau State. **Library Philosophy and Practice**, Lincoln, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6491&context=libphilprac>. Acesso em: 30 jul. 2022.
- LAZARD, A. J. *et al.* Icons for health effects of cigarette smoke: a test of semiotic type. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 40, p. 641-650, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-017-9833-3>. Acesso em: 07 jul. 2023.
- MACHADO, I. J. R. de. **Etnografias do refúgio no Brasil**. São Carlos: EdUFSCar, 2020.
- MALKKI, L. H. Refugees and exile: from “refugee studies” to the national order of things. **Annual Review of Anthropology**, Palo Alto, v. 24, p. 495-523, 1995.
- MELLO, M. R. G. *et al.* Usuários da informação como fim em bibliotecas universitárias: uma análise a partir da teoria crítica em Adorno e Horkheimer. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 141-171, 2021.
- MELLO, M. R. G.; MARTÍNEZ-ÁVILA, D. Colonialidade, classificação e poder. **LIINC em Revista**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 3-19, 2021.
- MELLO, M. R. G.; MARTÍNEZ-ÁVILA, D. Competência crítica em informação em saúde: reflexões teóricas sobre a condição de vulnerabilidade de refugiados. **ASKLEPION**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 19-36, 2022.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. ACNUR. **Convenção coletiva do estatuto dos refugiados**. 2011. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugueses/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf. Acesso em: 08 jul. 2023.
- ROSENBERG, J. S.; BAKOMEZA, D. Let's talk about sex work in humanitarian settings: piloting a rights-based approach to working with refugee women selling sex in Kampala. **Reproductive Health Matters**, London, v. 25, n. 51, p. 95-102, 2017. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405674>.
- SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; Simão, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v.7, n.1, p.70-81, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2022.
- SILVA, E.; VALENTIM, M. L. P. Avaliação da aplicação do método análise do conteúdo em pesquisas sobre processos de gestão da informação e do conhecimento como subsídios para a geração de inovação. **Informação & Informação**, Londrina, v. 24, n. 1, p. 326-355, 2019. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/31957/pdf>. Acesso em: 14 ago. 2022.
- SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2019.

SILVA, R. C. *et al.* Motoristas de aplicativos em tempos de covid-19: tendências de informação e prevenção no contexto brasileiro. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v. 26, p. 1-21, 2021.

TARGINO, M. D. G. Informação em saúde: potencialidades e limitações. **Informação & Informação**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 52-81, 2009.

TORREL, M. R. That Was Then, This Is Wow: A Case for Critical Information Literacy Across the Curriculum. **Communications in Information Literacy**, Tulsa, v. 14, n. 1, p. 118-133, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15760/comminfolit.2020.14.1.9>. Acesso em: 30 jul. 2022.

VALENTIM, M. L. P. **Gestão da informação e do conhecimento no âmbito da Ciência da Informação**. São Paulo: Polis/Cultura Acadêmica, 2008.

VENTURA, D. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2019.