



Adriana Miranda Ramos Costa

**A saúde de mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual
no contexto mundial: uma análise da literatura**

Rio de Janeiro

2022

Adriana Miranda Ramos Costa

A saúde de mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual no contexto mundial: uma análise da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Patricia Constantino.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Cristiane Batista Andrade.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The health of immigrant refugee women survivors of sexual violence in the global context: a literature review.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C837s Costa, Adriana Miranda Ramos.
A saúde de mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de
violência sexual no contexto mundial: uma análise da literatura /
Adriana Miranda Ramos Costa. -- 2022.
78 f. : il.

Orientadora: Patricia Constantino.
Coorientadora: Cristiane Batista Andrade.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Naci-
onal de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Violência. 2. Migração Humana. 3. Abrigo. 4. Identidade de
Gênero. 5. Saúde. 6. Delitos Sexuais. 7. Direito à Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 364.153082

Adriana Miranda Ramos Costa

A saúde de mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual no contexto mundial: uma análise da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade Violência e Saúde.

Aprovada em: 20 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Silvana Maria Bitencourt
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof.^a Dr.^a Liane Maria Braga da Silveira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Cristiane Batista Andrade (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Patrícia Constantino (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

*À Laura e Magdalena, minhas avós (in memoriam);
aos meus pais, Lauricéa e Adir, por todo o compromisso de amor e disponibilidade integral à família;
aos meus irmãos, Roberto e Mariana pelo afeto e parceria na caminhada; à Adelaide, Lúcia, Iolanda,
Angélica, Angelina, Mônica e Marilene, minhas tias, mulheres resistentes e resilientes.*

*À Carlos e Waldemar, meus avós (in memoriam), aos meus tios,
José Paulo, Carlinhos e àqueles que sequer tive a oportunidade de conhecer.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Lauricéa Miranda Ramos Costa e Adir Costa, pelo apoio incondicional nesta caminhada e por acreditarem na educação como instrumento de transformação social e redução de desigualdades.

Aos meus irmãos, Roberto Miranda Ramos Costa e Mariana Ferreira Nóbrega da Silva, aqueles que me inspiram com suas vidas e que caminham ao meu lado.

À amiga que há muito tempo está ao meu lado nesta jornada, Jadriane Gomes de Andrade, sempre com uma palavra de encorajamento.

Aos antigos e novos amigos, Dra. Adriane Batista Pires Maia, Dra. Leila Adesse e Dra. Patrícia dos Santos Vigário que me acolheram e estimularam o meu aprimoramento.

Ao meu parceiro afetivo, Jorge Maurício Hinojosa Eyzaguirre pelo acolhimento, apoio e cuidado.

À minha orientadora Dra. Patrícia Constantino, por toda sua atenção e por compartilhar comigo seu conhecimento.

À minha coorientadora Dra. Cristiane Batista Andrade, pelo seu carinho, disponibilidade e verdadeiro interesse no meu aprimoramento.

Aos colegas do curso de pós-graduação pelo constante incentivo acadêmico e disponibilidade para contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Essa dissertação buscou identificar como a literatura acadêmica mundial aborda o direito à saúde das mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual na busca por refúgio em outros países, em uma abordagem sobre violência, saúde e os direitos humanos sexuais e reprodutivos. Este trabalho contemplou a relação entre refúgio e gênero, violência sexual e racismo e o direito à saúde. Problematizou-se como a perpetração da violência sexual está fundamentada em um suposto direito ao sexo do homem e discutiu-se como o racismo representa elemento definidor de quais corpos femininos são “estupráveis”, ainda que todos sejam “fodíveis”. A pesquisa bibliográfica escolhida foi a Revisão Integrativa, apontando que a experiência da violência faz parte da trajetória da mulher imigrante refugiada, sendo a violência sexual a forma mais comum nas suas mais variadas manifestações. A busca foi realizada em cinco bases bibliográficas (BVS, SCIELO, SCOPUS, Web of Science e PUBMED), restringindo os idiomas para português, inglês e espanhol, com recorte temporal de 10 anos. A seleção dos estudos, extração dos dados e avaliação das variáveis foram realizadas por dois revisores independentes e as divergências resolvidas por um terceiro revisor. Um total de 12 estudos foi incluído. Os resultados foram apresentados em oito blocos: descrição geral da amostra, características sociodemográficas das mulheres sobreviventes de violência sexual, abordagem integrada em relação às violências sofridas pelas mulheres refugiadas, abordagens sobre direito e promoção de justiça, problemas de saúde e demais consequências advindas com a violência sexual, políticas de saúde de prevenção da violência e cuidado, saúde e efetivação do direito à saúde por meio de políticas de imigração e resiliência e as vozes das refugiadas sobreviventes de tortura sexual. Concluiu-se que há escassez de informações básicas relacionadas a essas mulheres, em especial as que se deslocam dentro da América Latina sem que se tenha sido feita classificação racial/cor ou pertencimento religioso e que há uma lacuna quanto a estudos que discutam o perfil sociodemográfico dessas mulheres. Sob a perspectiva da saúde, os resultados possibilitam afirmar a caracterização de nocivos e profundos impactos da violência sexual nas relações interpessoais e na saúde das mulheres refugiadas, ocasionando repercussões físicas e de intenso sofrimento psíquico, o que demanda estratégias de enfrentamento a violência e políticas públicas que atendam às suas especificidades.

Palavras-chave: Violência. Migração. Refúgio. Gênero. Saúde.

ABSTRACT

This thesis sought to identify how the global academic literature addresses the right to health of immigrant refugee women survivors of sexual violence in their search for refuge in other countries, in an approach on violence, health, and sexual and reproductive human rights. This paper looked at the relationship between refuge and gender, sexual violence and racism, and the right to health. We problematized how the perpetration of sexual violence is grounded in a supposed right to sex for men, and discussed how racism represents a defining element of which female bodies are “rapeable,” yet all are “fuckable.” The literature review chosen was the Integrative Review, pointing out that the experience of violence is part of the trajectory of the immigrant refugee woman, sexual violence being the most common form in its various manifestations. The search was conducted in five bibliographic databases (BVS, SCIELO, SCOPUS, Web of Science, and PUBMED), restricting the languages to Portuguese, English, and Spanish, with a time frame of 10 years. Study selection, data extraction, and variable evaluation were performed by two independent reviewers and disagreements resolved by a third reviewer. A total of 12 studies were included. The results were presented in eight blocks: general description of the sample, sociodemographic characteristics of women survivors of sexual violence, integrated approach to violence experienced by refugee women, approaches to law and the promotion of justice, health problems and other consequences caused by sexual violence, health policies for violence prevention and care, health and the realization of the right to health through immigration and resilience policies, and the voices of refugee survivors of sexual torture. It was concluded that there is a scarcity of basic information related to these women, especially those who move within Latin America without racial/color classification or religious belonging and that there is a gap regarding studies that discuss the socio-demographic profile of these women. From a health perspective, the results make it possible to affirm the characterization of harmful and profound impacts of sexual violence on interpersonal relationships and on the health of refugee women, causing physical repercussions and intense psychological suffering, which demands strategies to confront violence and public policies that attend to their specific needs.

Keywords: Violence. Migration. Refuge. Gender. Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas	43
Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão integrativa sobre as condições de saúde da mulher refugiada sobrevivente de violência sexual	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Agência das Nações Unidas para Refugiados da ONU
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONARE	Comitê Nacional para Refugiados
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRNM	Carteira de Registro Nacional Migratório
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ITR	Infecção do Trato Reprodutivo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
SARS-COV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SGBV	Violência Sexual e de Gênero
SUS	Sistema Único de Saúde
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
VSG	Violência Sexual e de Gênero

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	MARCO TEÓRICO	16
3.1	REFÚGIO E GÊNERO	16
3.2	VIOLÊNCIA SEXUAL E RACISMO	24
3.3	DIREITO À SAÚDE	35
4	METODOLOGIA	42
5	RESULTADOS	45
5.1	DESCRIÇÃO GERAL DA AMOSTRA	45
5.2	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES SOBREVIVENTES DE VIOLÊNCIA SEXUAL	46
5.3	ABORDAGEM INTEGRADA EM RELAÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS SOFRIDAS PELAS MULHERES REFUGIADAS	48
5.4	ABORDAGENS SOBRE DIREITO E PROMOÇÃO DE JUSTIÇA	53
5.5	PROBLEMAS DE SAÚDE E DEMAIS CONSEQUÊNCIAS ADVINDAS COM A VIOLÊNCIA SEXUAL	55
5.6	POLÍTICAS DE SAÚDE DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E CUIDADO	57
5.7	SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DE POLÍTICAS DE IMIGRAÇÃO	60
5.8	RESILIÊNCIA E AS VOZES DAS REFUGIADAS SOBREVIVENTES DE TORTURA SEXUAL	65
6	DISCUSSÃO	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	73

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo deste trabalho é o direito à saúde das mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual na busca por refúgio em outros países. Desta forma, foi realizada uma revisão bibliográfica na literatura mundial, com destaque às questões relacionadas à violência e ao direito à saúde.

Neste contexto, reconhecendo a necessidade de mais estudos e uma compreensão das vulnerabilidades e diferentes formas de violência de gênero a que mulheres e meninas suportam neste processo de migração, o Pacto Global para a Migração e a Declaração de Nova York para Refugiados e Migrantes incentivam a produção de mais dados de migração que sejam articulados por sexo/gênero e idade.

A continuidade no crescimento da população global de migrantes internacionais, que alcançou 272 milhões de pessoas em 2019, o que corresponde a um aumento de 51 milhões desde 2010 caracteriza-se com grande relevância social e política, a demandar a adoção de políticas públicas capazes de garantir o direito humano de migrar. Também houve um aumento em proporção, além de nos números absolutos: esses migrantes passaram a constituir 3,5% da população global, quando eram 2,8% em 2000. Segundo o Inventário de Migração Internacional de 2019, praticamente metade da população migrante internacional é constituída por mulheres, tendo a participação de mulheres e meninas apresentado uma pequena queda, de 49% em 2000 para 48% em 2019 (OIM BRASIL, 2019). Na América Latina e Caribe, em 2020, havia um total de 49,5% de mulheres migrantes internacionais. (MIGRATIONDATAPORTAL, 2021)

Segundo o relatório anual de Tendências Globais 2020 (Global Trends), divulgado pela Agência da ONU para Refugiados, 79,5 milhões de pessoas foram deslocadas ao longo de 2019 por guerras, conflitos e perseguições – um número sem precedentes, jamais verificado pelo ACNUR, afetando 1% da humanidade (ACNUR, 2020). O mesmo relatório mostra que, desses 79,5 milhões, 45,7 milhões tiveram que fugir para regiões dentro de seus próprios países (categorizados como deslocados internos). Os demais incluem pessoas deslocadas para outros países, das quais 4,2 milhões aguardavam o resultado dos pedidos de reconhecimento da condição de refúgio, enquanto 26 milhões estavam reconhecidas como refugiadas e deslocadas fora do seu país de origem (ACNUR, 2020).

No final de 2018, eram 70,8 milhões de pessoas em deslocamento forçado. O crescimento anual é resultado de dois principais fatores. Os primeiros são os preocupantes novos deslocamentos que ocorreram em 2019, particularmente na República Democrática do Congo, na região do Sahel, no Iêmen e na Síria. Esta última entrou em seu décimo ano de conflito e contabiliza, sozinha, 13,2 milhões de pessoas refugiadas, solicitantes da condição de refugiado ou deslocadas internamente, totalizando um sexto dos deslocados no mundo. A segunda razão reflete a situação dos venezuelanos fora de seu país, muitos dos quais não estão legalmente registrados como refugiados ou solicitantes de refúgio, mas para quem são necessários sensíveis arranjos que assegurem sua proteção (ACNUR, 2020).

Este crescente cenário de migrações reflete-se igualmente no Brasil. Segundo os últimos dados do Comitê Nacional Para Refugiados (CONARE), em 2020, tivemos 43 mil pessoas reconhecidas como refugiadas no país; 88% delas são venezuelanas. Este número representa mais de sete vezes o registrado no início de dezembro de 2019. Os venezuelanos representam 77% dos pedidos de refúgio no país (SILVA *et al.*, 2020). Importante ressaltar que atualmente 28% das pessoas refugiadas que vivem no Brasil são mulheres (CARITAS, 2021).

A “crise migratória” noticiada pelos meios de comunicação em todo o mundo, que parece “sinalizar o colapso e a dissolução do modo de vida que conhecemos, praticamos e cultivamos”, tem gerado um verdadeiro “pânico moral” na opinião pública, como coloca Bauman (2017, p. 7). Os países receptores, com seu contingente populacional “assombrado pela fragilidade existencial e pela precariedade de sua condição e de suas expectativas sociais”, rejeitam essa massa populacional por acreditar que ela impedirá que membros da população nacional tenham êxito em seus projetos pessoais, bem como por temer uma maior disputa pelo mercado de trabalho (BAUMAN, 2017, p. 10).

Para o autor, a migração em massa se faz presente na era moderna desde seus primórdios,

já que nosso “modo de vida moderno” incluiu a produção de “pessoas redundantes” (localmente “inúteis”, excessivas ou não empregáveis, em razão do progresso econômico; ou localmente intoleráveis, rejeitadas por agitações, conflitos e dissensões causados por transformações sociais/políticas e subsequentes lutas por poder). (BAUMAN, 2017, p. 9).

Como forma de justificar o crescente contingente de refugiados nos últimos anos, o sociólogo afirma que:

esse salto foi causado pelo número crescente de Estados “afundando”, ou já submersos, ou – para todos os fins e propósitos – de territórios sem Estado, e, portanto, também sem leis, palcos de intermináveis guerras tribais e sectárias, assassinatos em massa e de um banditismo permanente do tipo salve-se quem puder (BAUMAN, 2017, p.11).

O fluxo de refugiados impulsionados pelo regime de violência arbitrária a abandonar suas casas e propriedades consideradas preciosas, de pessoas buscando abrigo dos campos de matança, acrescentou-se ao fluxo constante dos chamados “migrantes econômicos”, estimulados pelo desejo demasiadamente humano de sair do solo estéril para um lugar onde a grama é verde: de terras empobrecidas, sem perspectiva alguma, para lugares de sonho, ricos em oportunidades (BAUMAN, 2017, p. 12).

Segundo a Agência das Nações Unidas para Refugiados da Organização das Nações Unidas (ACNUR/ONU), como já apontado no início deste trabalho, mulheres e crianças representam pelo menos metade das pessoas deslocadas no mundo, encontrando-se em situação de vulnerabilidade, longe de suas origens e sem a proteção de seu governo. Essas vulnerabilidades são invisibilizadas e a situação precária respalda a ocorrência de diferentes tipos de violência, seja ela psicológica, física ou sexual (SCHWINN; COSTA, 2016).

Assim, esse grande fluxo migratório feminino nos desafia a aprimorar e construir uma saúde humanizada de acolhimento e suporte multidisciplinar, valorizando a vida das mulheres refugiadas sobreviventes de violência sexual, que seguirão enfrentando desafios diários na construção e proteção de sua dignidade.

Ao longo dos últimos vinte anos, tenho atuado profissionalmente como advogada independente, em atendimentos jurídicos de naturezas as mais diversas, junto as pessoas em sua maioria vulneráveis, embora distante do direito internacional, trajetória que me aproximou das reflexões sociais e da importância dos direitos humanos para cada um de nós. E como mulher, negra e periférica, vivencio o racismo, as violências de gênero, ainda que em contextos muito diferentes do que será abordado nesta pesquisa. Vi neste tema a possibilidade de construir um novo caminho profissional e contribuir com uma pequena parcela de conhecimento para a prevenção, proteção e acesso à saúde deste grupo populacional.

Meu olhar inicialmente se voltou para as migrações internacionais através dos telejornais, que estavam invadindo nossas residências com imagens e notícias que se repetiam quase diariamente sobre barcos lotados de pessoas chegando aos países da Europa. Posteriormente, pelas imagens de venezuelanos/as em longas caminhadas, fugindo para um país estrangeiro, na tentativa de cruzarem a fronteira brasileira. E aqui via mulheres, muitas

delas acompanhadas de filhos pequenos e recém-nascidos, desafiando qualquer lógica sobre humanidade em busca de segurança e de condições de vida digna.

A partir da identificação da violência vivenciada por estes corpos, fez sentido tentar compreender as especificidades desta população, e em especial às questões da saúde das mulheres refugiadas ou em busca de refúgio, que se tornam sobreviventes de violência sexual, como um problema de saúde pública, além da violação do direito ao corpo e ao sexo, foco do presente projeto.

Esta pesquisa foi construída entre os anos de 2020 e 2022, em um contexto político-social que se mostrou como sendo de crescente fluxo migratório na América Latina, em que os migrantes foram surpreendidos pela crise sanitária de SARS-CoV-2 vivenciada no contexto mundial, marcado por profundas violações dos direitos humanos dos migrantes em qualquer lugar do mundo, momento em que as desigualdades de gênero foram ampliadas; em que nossos olhares foram direcionados com maior atenção para o início da guerra que envolveu a Rússia e a Ucrânia, em fevereiro de 2022, e impulsionou 10,5 milhões de pessoas ao deslocamento forçado no curto período de tempo de aproximadamente um mês, enquanto vários pontos de conflito seguiam ativos sem a mesma visibilidade e formando novos refugiados. (ACNUR,2022)

O relatório anual para apresentação da implementação das resoluções sobre violência sexual relacionada a conflitos, preparada pelo Secretário-Geral da ONU em cumprimento ao estabelecido na resolução no.2.467 (2019) do Conselho de Segurança, que abrangeu o período de janeiro a dezembro de 2020, tratou do tema e afirmou que a partir do início da crise sanitária, vivenciou-se um aumento mundial da violência de gênero. Associou-se este aumento a sobrecarga de trabalho doméstico pela necessidade de isolamento bem como a situação socioeconômica das mulheres que exercem profissões pouco valorizadas e com baixa remuneração. “O confinamento, o toque de recolher, as quarentenas, o medo de contrair ou transmitir o vírus e o acesso limitado aos serviços de emergência exacerbaram as barreiras estruturais, institucionais e socioculturais para denunciar a violência sexual, crime que já é subnotificado” (ONU, 2021, p. 1, tradução nossa)¹.

Considerando a situação atual vivenciada por estas mulheres o Secretário-Geral da ONU apelou:

1 No original, em espanhol: “El confinamiento, los toques de queda, las cuarentenas, el miedo a contraer o a transmitir el virus y el acceso limitado a los servicios de emergencia agudizaron las barreras estructurales, institucionales y socioculturales a la denuncia de la violencia sexual, un delito ya poco denunciado de manera crónica”.

por um cessar-fogo global para permitir que o mundo se concentrasse no combate ao COVID-19, mas várias partes do conflito armado continuaram a usar a violência sexual como uma tática cruel de guerra, terror, tortura e repressão política para promover seus objetivos estratégicos, entre eles os de promover a fuga da população e controlar territórios e recursos naturais em disputa (ONU, 2021, p. 2, tradução nossa).²

Ainda neste contexto, o Secretário-Geral da ONU relatou o clima propício à impunidade com as transformações impostas pela crise sanitária:

limitações na disponibilidade e capacidade das autoridades policiais e judiciárias para receber e processar denúncias de violência sexual, a estagnação das reformas legislativas, a suspensão da formação de agentes judiciais e de segurança e, em alguns casos, a libertação de autores de violência sexual, como parte dos esforços para conter a transmissão do vírus em centros de detenção superlotados (ONU, 2021, p. 2, tradução nossa).³

Dessa forma, será necessário refletir sobre as relações sociais de gênero, raça e classe social no processo de mobilidade de mulheres para que possamos continuar a instrumentalizar o sistema de saúde, tornando-o mais inclusivo e multicultural.

O trabalho parte do pressuposto de que as mulheres são as principais vítimas da violência sexual como arma de guerra para humilhar, dominar e intimidar uma comunidade ou grupo étnico, que imporá um sofrimento indescritível a sobrevivente. Assume também que estão expostas à violência sexual em seu país de origem, durante o deslocamento e quando chegam ao seu destino, que muitas vezes apresenta condições precárias de acolhimento, e que tais violações têm repercussões graves e duradouras na saúde destas mulheres mesmo após as violências cessarem.

2 No original, em espanhol: “Además, desoyendo mi llamamiento del 23 de marzo de 2020 a un alto el fuego mundial a fin de permitir que el mundo se centrara en la lucha contra la Covid-19, diversas partes en conflictos armados siguieron utilizando la violencia sexual como cruel táctica de guerra, terror, tortura y represión política para promover sus objetivos estratégicos, entre ellos los de impulsar la huida de la población y controlar territorios y recursos naturales disputados”.

3 No original, em espanhol: “Las limitaciones en la disponibilidad y la capacidad de las autoridades policiales y judiciales para recibir y procesar las denuncias de violencia sexual, el estancamiento de las reformas legislativas, la suspensión de la formación de los agentes judiciales y de seguridad y, en algunos casos, la puesta en libertad de autores de actos de violencia sexual, como parte de los esfuerzos para frenar la transmisión del virus en los centros de detención abarrotados, contribuyeron a crear un clima propicio a la impunidad”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar como a literatura acadêmica mundial aborda o direito à saúde das mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual na busca por refúgio em outros países.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar o contexto migratório das mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual, identificando os países que privilegiam essa discussão;
2. Identificar os países que privilegiam ações/políticas públicas de prevenção e cuidado à violência sexual;
3. Analisar o perfil das mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual e de que forma são retratadas na literatura;
4. Discutir de que forma a literatura acadêmica mundial retrata as mulheres imigrantes refugiadas sobreviventes de violência sexual e se o direito à saúde está contemplado nessas produções científicas.

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico e contextual organiza-se nas temáticas: refúgio e gênero; violência sexual e racismo; e o direito à saúde.

3.1 REFÚGIO E GÊNERO

Para as Nações Unidas, os caminhos que as mulheres percorrem em busca de refúgio são repletos de riscos. Nas longas jornadas em busca de um lugar onde possam viver sem violência, “elas são expostas à violência sexual, física e psicológica, incluindo a exploração sexual e laboral cometida por grupos criminosos ou até mesmo pessoas de sua comunidade” (ACNUR, 2021a).

Maria José Magliano (2007) explica que os processos de mobilidade humana são marcados pelas relações de gênero, ou seja, as relações sociais de sexo são elementos estruturantes do fenômeno migratório, atuando simultaneamente a outros marcadores sociais da diferença: “A subordinação em termos de gênero, classe social e etnia constituem o marco referencial para qualquer análise dos processos que produzem e reproduzem formas de marginalização e exclusão das mulheres migrantes” (MAGLIANO, 2007, p. 2, tradução nossa).

O gênero como construção social que constitui as expectativas e expressões do masculino e do feminino de uma sociedade influencia o modo como se reproduzem a subordinação e a desigualdade, afetando especialmente as mulheres migrantes, pela sua condição de mulheres e de migrantes, e também pelo pertencimento de classe e sua origem étnica. (MAGLIANO, 2007, p. 4).

A jurista Kimberlé Crenshaw (2011) foi a primeira a nomear o termo “interseccionalidade”, que define como a interdependência das relações de poder de raça, gênero e classe. Esta jurista apontou a mulher imigrante como exemplo daquela que é atravessada pela interseccionalidade, e pretendemos nesta pesquisa abordar o processo de inter-relação das “múltiplas fontes de identidade” da mulher imigrante refugiada, que a torna ainda mais vulnerável.

Pereira e Vial (2020) afirmam que a mulher imigrante refugiada acumula mais desvantagens que outras mulheres imigrantes, por ser submetida a uma sobreposição de opressões e privações:

o fato de estarem fugindo de conflitos e ameaças à sua integridade por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, muitas vezes sem saber do paradeiro do restante de sua família e levando seus filhos nos braços ao cruzar fronteiras em situações precárias (PEREIRA e VIAL, 2020, s. p.).

Sua cor da pele, religião, nacionalidade, classe social, sem falar das perdas materiais e afetivas inerentes à condição do refúgio, são fatores que, somados à questão de gênero, tornam a mulher refugiada um dos indivíduos mais vulneráveis da atualidade (PEREIRA e VIAL, 2020, s. p.).

Discordamos parcialmente das autoras pois, conforme Tavares (2018, p. 460) nos elucidada, “as discriminações sobre as mulheres ocorrem, não por via de um somatório de vários tipos de discriminação, mas através de um processo de inter-relação de vários fatores”.

A discriminação contra as mulheres e meninas é causa e consequência do deslocamento forçado e da apátrida. Afirma-se que muitas vezes, a situação é agravada por outras circunstâncias, como por exemplo a origem étnica, deficiências físicas, religião, orientação sexual, identidade de gênero e origem social (ACNUR, 2021).

De acordo com Teresa Kleba Lisboa (2006), estudos feministas têm apontado para o significativo aumento dos fenômenos da “feminização da pobreza” e da “feminização da migração”, já que, segundo dados da ONU, 70% dos pobres de todo o mundo são mulheres, que, por sua vez, têm despontado nos cenários da migração interna (nacional) e externa (internacional) como sujeitos autônomos, em busca de melhores condições de vida para si e para seus filhos. A mesma autora sustenta:

as clássicas teorias sobre migração – concepções neoliberais e marxistas – têm focalizado prioritariamente causas econômicas e políticas, ou seja, vinculam a migração às oportunidades de emprego para homens – provedores de família – no modelo capitalista de desenvolvimento, ou reduzem o migrante ao proletário. Os estudos sobre migração têm ignorado as mulheres tornando-as invisíveis ou totalmente dependentes dos homens (LISBOA, 2006, p. 152).

Tanja Višić e Dunja Poleti Čosić (2018) destacam que

O fato de que a migração laboral era vista como um assunto relevante de pesquisa, enquanto a migração das mulheres as vinculava à dependência e não recebia a mesma atenção que a dos homens, não prova que eles migravam mais, apenas que eram mais visíveis. No momento em que superamos a ideia dominante da migração laboral do homem como única ou mais importante motivação para a migração, os movimentos das mulheres receberam a atenção merecida (VIŠIĆ e ČOSIĆ, 2018, p. 259, tradução nossa)⁴.

4 No original em inglês: “The fact that labour migration was viewed as a relevant subject of research whilst women’s migration as dependents was not to the same degree, does not prove that men were more active, but just

Para citar novamente os argumentos de Kleba Lisboa, esta autora comenta:

Por sua vez, o número de mulheres que migram, sozinhas ou acompanhadas de seus familiares, tem aumentado significativamente nas estatísticas nacionais e internacionais, dado o caráter multidimensional dos papéis atribuídos à mulher na família, incluindo sua maior responsabilidade em relação aos filhos, ao sustento da família e o seu deslocamento em função de casamentos. Os estudos sobre migração também têm negligenciado as estatísticas sobre o fluxo crescente de mulheres que entram anualmente no mercado de trabalho, bem como a mobilidade interna e externa das mesmas, que saem de seus locais de origem em busca de melhores condições de vida ou fugindo de diferentes formas de opressão e exploração (LISBOA, 2006, p.152).

Para Oliveira (2016) a negligência em relação à categoria “gênero” nos estudos migratórios evidencia a relação de dominação reproduzida também nas formulações teóricas. Os Estados Nacionais também descuram desse fato em suas intervenções e políticas públicas específicas.

Uma maior ênfase nas perspectivas de gênero nos estudos de migração na Europa durante os anos 1980 começou com a inovadora introdução Mirjana Morokvasić à primeira edição especial do IMR, “Women and migration”, que lembrou aos seus leitores que as “aves de passagem” também podem ser mulheres (MOROKVASIĆ, 1984). Nesta publicação, Morokvasić questionou o uso dos homens como o ponto de referência universal, assim como chamou a atenção para a invisibilidade das mulheres e sua representação estereotipada como figuras dependentes dentro da produção de conhecimento sobre migração. Na esteira deste trabalho, tornou-se claro que mulheres e homens participam da migração igualmente, mas em diferentes formas, criando diferentes efeitos e padrões de migração e construindo e reconstruindo novos discursos migratórios, e que o papel dos atores em processos de migração são, portanto, específicos ao gênero (VIŠIĆ e ĆOSIĆ, 2018, p. 260, tradução nossa)⁵.

Ressalte-se a necessidade de considerar os fatores que originam e estimulam a migração, pois são diferentes para homens e mulheres. Em função das severas perdas econômicas das mulheres e as atividades de subsistência que lhes são atribuídas, elas são as mais penalizadas.

that they were more visible. The moment when we overcame the dominant idea of male guest-worker migration as the only or the most important one, female movements received well-deserved attention”.

⁵ No original em inglês: “A greater emphasis on gender perspectives in the study of migration in Europe during the 1980s began with a groundbreaking introduction by Mirjana Morokvasić in the first IMR Special Issue “Women and migration” which reminded its reading audience that “birds of passage” can also be women (Morokvasić 1984). In this publication Morokvasić questioned the use of men as the universal point of reference as well as drawing attention to the invisibility of women and their stereotyped representation as dependent figures within the production of knowledge about migration. In the wake of this work, it became clear that women and men participate in migration equally, but in different ways, creating different effects and migration patterns and constructing and reconstructing new migration discourses, and that the role of actors in migration processes are therefore gender-specific”.

Destarte, as relações de gênero podem definir novas representações nos contextos migratórios que vão muito além das cifras contábeis e das estatísticas. Para Assis et al. (2007), trata-se de uma variável importante que “[...] nos instiga a lançar um olhar mais arguto à maneira como homens e mulheres se inserem [...]” nas novas dinâmicas migratórias contemporâneas.

Evidencia-se que mulheres e meninas são as que mais sofrem abusos contra seus direitos humanos, sendo expostas a várias formas de coerção, tais como: violência sexual, tráfico de mulheres e escravidão em locais de trabalho. Para preservar suas vidas, fogem de seus países de origem e buscam refúgio em locais onde possam ter seus direitos garantidos. Esses atos de violência que as obrigam a fugir também ocorrem no trajeto para o local de refúgio e não necessariamente cessam nos campos de refugiados ou local do destino acolhedor (o país que concederá o *status* de refugiada).

No Brasil, adota-se a definição ampliada do *status* de imigrante refugiado: além de reconhecer o bem fundado temor de perseguição em virtude de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a determinado grupo social e opinião política, também se considera a grave e generalizada violação de direitos humanos como mais uma hipótese que caracteriza tal *status*.

Desse modo, a perseguição à mulher passou a ser reconhecida como motivo para a concessão de refúgio, enquadrando-se na circunstância de pertencimento a determinado grupo social. De acordo com a ONU (ACNUR, 2017), uma em cada cinco imigrantes refugiadas é vítima de violência sexual no mundo. E precisamos pensar nesse universo criminoso que viola a dignidade de milhões de mulheres em todos os cantos do globo.

A antropóloga Rita Segato, em seu artigo intitulado “Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres” (2014), afirma que as guerras contemporâneas não têm mais um momento para se encerrarem e não têm como objetivo a paz. Para a autora, “o projeto de guerra é, hoje, para seus administradores, um projeto de longo prazo, sem vitórias ou derrotas conclusivas. Quase se poderia dizer que o plano é que se tornem, em muitas regiões do mundo, uma forma de existência” (SEGATO, 2014, p. 341)⁶.

Ainda de acordo com a autora, durante as guerras travadas pela humanidade, os corpos das mulheres, “enquanto território”, sempre fizeram parte destas batalhas: tendo seus corpos usados como representação de conquistas e anexações das regiões inimigas, mulheres eram

6 “El proyecto de la guerra es hoy, para sus administradores, un proyecto a largo plazo, sin victorias ni derrotas conclusivas. Casi podría decirse que el plan es que se transformen, en muchas regiones del mundo, en una forma de existencia”.

estupradas em massa pelos exércitos de ocupação, como marco de apropriação. Entretanto, em que pese a multiplicação de leis e políticas públicas de proteção à mulher,

o saque que se desencadeia sobre o feminino se manifesta tanto em formas inéditas de destruição corporal quanto nas formas de tráfico e comercialização do que esses corpos podem oferecer [...] os corpos femininos estão sendo ocupados de forma predatória (SEGATO, 2014, p. 342)⁷.

Para Segato, “as guerras na ex-Iugoslávia e em Ruanda inauguraram um novo tipo de ação militar em que a agressão sexual passou a ocupar a centralidade como arma de guerra que produz crueldade e letalidade” (SEGATO, 2014, p. 343, tradução nossa)⁸; em que a agressão sexual, a dominação e a predação sexual deixaram de ser efeitos colaterais para tornarem-se estratégias de guerra. Mais recentemente assistimos a violência sexual sendo usada como estratégia de guerra no conflito de Tigray, em Moçambique e Etiópia, onde casos de estupro são subnotificados por medo de estigma, vergonha e retaliação (ANISTIA INTERNACIONAL, 2021, s. p.).

As formas de guerra contemporâneas são marcadas pela informalidade:

O novo conflito informal e as guerras não convencionais definem o cenário que se expande no mundo e, principalmente, na América Latina, com muitas faces. O crime organizado, as guerras paraestatais repressivas de regimes ditatoriais, com suas forças paramilitares ou suas forças de segurança oficiais atuando paramilitarmente; a repressão policial, com suas ações sempre, inevitavelmente, em um registro estatal e em um registro paraestatal; as ações repressivas e horríveis das forças de segurança privada que guardam as grandes obras; as companhias contratadas para a terceirização da guerra; as chamadas “guerras internas” dos países ou “o conflito armado” fazem parte desse universo de guerra com baixos níveis de formalização. Eles não carregam uniformes, insígnias ou *banners*, nem territórios delimitados pelo estado, nem rituais e cerimoniais que marcam a “declaração de guerra” ou armistícios e capitulações da derrota, e mesmo quando há cessar-fogo e tréguas subentendidas, estas últimas são sempre confusas, provisórias e instáveis, e nunca obedecidas por todos os subgrupos de membros das corporações armadas que se enfrentam. Esses conflitos, na prática, não têm começo e fim, e eles não ocorrem dentro de limites temporais e espaciais claros (SEGATO, 2014, p. 344).

Após traçarmos algumas linhas sobre os novos cenários e contextos em que a barbárie baila sem constrangimento, faz-se necessário esclarecer “que o estupro é uma mensagem de poder e apropriação pela sociedade”, não se configurando como uma “anomalia de um sujeito

7 “La rapiña que se desata sobre lo femenino se manifiesta tanto en formas de destrucción corporal sin precedentes como en las formas de trata y comercialización de lo que estos cuerpos puedan ofrecer [...]”.

8 “Las guerras de la antigua Yugoslavia y de Rwanda son paradigmáticas de estas transformación e inauguran un nuevo tipo de accionar bélico en el que la agresión sexual pasa a ocupar una posición central como arma de guerra productora de crueldad y letalidad”.

solitário”, e que, portanto, “esses corpos vulneráveis no novo cenário de guerra não estão sendo forçados a prestarem um serviço”. Para Segato (2014, p. 361, tradução nossa), existe uma estratégia direcionada a sustentar o poder, que a autora identifica como uma “pedagogia da crueldade”, em que “a exibição da crueldade parece ser a única garantia de controle territorial”⁹.

A destruição do inimigo passou a ser registrado no corpo feminino ou feminilizado, em que se insere o sinal que é atributo do poder e conseqüentemente se expõe “a vitória, a devastação física e moral do povo [...] Não se pretende se apropriar ou conquistar, executa-se hoje a destruição física e moral [...] que se estende às suas figuras tutelares” (SEGATO, 2014, p. 362, tradução nossa)¹⁰. Além, o estupro das mulheres quer impor a pedagogia da feminilidade como submissão, categorizando o corpo como “vitimado, reduzido e subjugado” (SEGATO, 2014, p. 363)¹¹.

A preocupação com os atos de violência praticados contra mulheres motivou a realização, pela ONU, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher em 1979 e, em 1993, a elaboração da Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres. Esta última reconheceu a vulnerabilidade das mulheres imigrantes refugiadas.

Na Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, proferida pela Assembleia Geral da ONU, na resolução nº 48/104, de 20 de dezembro de 1993, está expressa a preocupação face à particular vulnerabilidade das mulheres imigrantes refugiadas, bem como com relação à violência sexual e de gênero.

A violência sexual e de gênero (VSG) envolve a violação generalizada de direitos humanos e causa o deslocamento forçado de mulheres no mundo todo. Os casos de violência sexual e de estupro também podem ser considerados como fundado temor de perseguição.

O ACNUR considera que uma mulher que não se conforma com as restrições sociais pode requerer o *status* de refugiada, uma vez que

9“La violación, toda violación, no es una anomalía de un sujeto solitario, es un mensaje de poder y apropiación pronunciado en sociedad. [...] Esos cuerpos vulnerables en el nuevo escenario bélico no están siendo forzados para la entrega de un servicio, sino que hay una estrategia dirigida a algo mucho más central, una pedagogía de la crueldad [...] la exhibición de crueldad como única garantía del control territorial”.

10 “El cuerpo femenino o feminizado es [...] el propio *campo de batalla* e/n el que se clavan las insignias de la victoria y se significa en él, se inscribe en él la devastación física y moral del pueblo [...]. No es ya su conquista apropiadora sino su destrucción física y moral lo que se ejecuta hoy, destrucción que se hace extensiva a sus figuras tutelares”.

11 “La violación de las mujeres es también su destitución y condena a la posición femenina, su clausura en esa posición como destino, el destino del cuerpo victimizado, reducido, sometido”.

alguém que não aceita uma discriminação grave ou outro tratamento desumano – equivalente à perseguição –, por não se conformar com códigos sociais rígidos, tem fundamentos para ser considerado como um refugiado. Esta perseguição pode surgir das autoridades governamentais ou – na ausência de uma adequada proteção por parte delas – de agentes não governamentais. A violência sexual, incluindo a violação, pode constituir perseguição. Esta discriminação pode ter consequências prejudiciais significativas. Uma mulher que é atacada por se recusar a vestir roupa tradicional, ou porque deseja escolher o seu próprio marido e viver uma vida independente, pode atender às condições necessárias para se tornar uma refugiada (ACNUR, 2021b).

O ACNUR, no documento titulado “Ação contra a violência sexual e de gênero: uma estratégia atualizada” (2011), elucida que

A VSG envolve violações generalizadas dos direitos humanos e está muitas vezes ligada a relações desiguais de gênero dentro de comunidades ou a abusos de poder. Ela pode assumir a forma de violência sexual ou perseguição por parte das autoridades ou pode ser o resultado da discriminação incorporada na legislação, bem como em normas e práticas sociais predominantes. Pode ser tanto a causa do deslocamento forçado quanto uma parte intolerável da experiência de deslocamento (ACNUR, 2011, p. 6).

Como parte intolerável da experiência de deslocamento, Tatiana Morais Ribeiro de Aguiar e Silva (2015) afirma que as mulheres imigrantes refugiadas vivenciam coação sexual para suprir as necessidades mais básicas, já que lhes é exigida a prática de atos sexuais como condição para ter acesso a bens e serviços essenciais, de maneira que “por exemplo, alguém com acesso a medicamentos, comida, ou que possa autorizar a passagem em fronteiras, veda esse mesmo acesso a não ser que a refugiada se submeta à prática de ato sexual” (SILVA, T., 2015, p. 33).

Nos campos de refugiados, mulheres e crianças são alvos de agressões físicas e de investidas sexuais e, tendo que conviver em um espaço restrito, com um enorme contingente de pessoas sem ocupação, que passaram por diversos traumas, se tornam alvo da violência latente (HINRICHS, 2015). É o momento em que todas as violências se encontram. O que facilita ainda mais as investidas é o fato de essas mulheres e crianças não disporem de uma rede de contatos sociais, não dominarem o idioma do país, nem saberem onde procurar ajuda. Os agressores podem ser parceiros violentos, companheiros de abrigo invasivos, vigilantes em posse das chaves mestras, ou colaboradores voluntários que se aproximam de crianças emocionalmente carentes e cometem abuso sexual (HINRICHS, 2015).

O ACNUR reafirma que a violência sexual e de gênero é uma questão de proteção urgente e central, e enfatiza a igualdade de gênero como um princípio fundamental na

abordagem da VSG. Para esta agência, existem cinco formas de VSG, a saber: violência sexual; violência física; violência emocional e psicológica; violência socioeconômica e práticas culturais nefastas. Assim, o ACNUR assumiu cinco compromissos para atender as especificidades e necessidades de proteção das mulheres refugiadas, quais sejam:

(1) Promover a participação ativa de mulheres refugiadas em funções representativas nos campos de refugiados, alcançando uma taxa de 50%. (2) Oferecer registro e documentação individual adequada para todas as mulheres e homens refugiados. (3) Desenvolver estratégias integrais que combatam a violência sexual e de gênero. (4) Assegurar a participação de mulheres refugiadas a distribuição e gestão de produtos alimentícios e não alimentícios. (5) Fornecer assistência sanitária para todas as mulheres e meninas refugiadas (ACNUR apud SCHWINN e COSTA, 2016, p. 277).

Entretanto, quando o mundo foi surpreendido pela crise sanitária de SARS-CoV-2, constatou-se que todos os esforços até então empreendidos não foram suficientes para impedir que as áreas afetadas por conflitos ficassem mais vulneráveis. Na América Latina, presenciou-se o aumento das dificuldades das mulheres de acessarem mecanismos de proteção e cuidado mesmo se reconhecendo os avanços significativos alcançados desde a assinatura do Acordo Final para o Fim do Conflito e a Construção de uma Paz Estável e Duradoura entre o Governo da Colômbia e as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia-Exército do Povo (FARC-EP), que só poderia ser alcançada com a inclusão da igualdade de gênero. Neste período, a Procuradoria-Geral da República continuou recebendo casos virtualmente e em 2020 registou 239 casos de violência sexual relacionada a conflitos. Destes, 197 foram cometidos contra mulheres (ONU, 2021).

O relatório anual para a apresentação da implementação das resoluções sobre violência sexual relacionada a conflitos, preparada pelo Secretário-Geral da ONU em cumprimento ao estabelecido na resolução 2467 (2019) do Conselho de Segurança, que abrangeu o período de janeiro a dezembro de 2020 registrou que os grupos armados ilegais aproveitaram as restrições de mobilidade para expandir o controle social e territorial, de maneira que

o fechamento da fronteira com a República Bolivariana da Venezuela aumentou o risco de violência sexual e tráfico, já que refugiados e migrantes venezuelanos e colombianos, ao retornar, recorriam a passagens não oficiais pela fronteira, controladas por grupos armados ilegais e criminosos. Nesse contexto, foram documentados cinco casos de violência sexual relacionada ao tráfico de mulheres venezuelanas (ONU, 2021, p. 12, tradução nossa).¹²

12 No original, em espanhol: “El cierre de la frontera con la República Bolivariana de Venezuela provocó un aumento del riesgo de violencia sexual y de trata, pues los refugiados y migrantes venezolanos y los

As crises humanitárias e as guerras civis atingem ainda mais as mulheres e estas são obrigadas a fugirem da região que se encontra em conflito, daí que integrar grupos de imigrantes refugiados tenha se tornado sua única opção de existência. Contudo, são confrontadas com a violência e hostilidade também quando buscam regiões que vivem “períodos de paz”.

3.2 VIOLÊNCIA SEXUAL E RACISMO

Esta pesquisa intersecciona a categoria gênero com refúgio, dando ênfase à violência sexual perpetrada contra as mulheres, pois elas, quando expostas às mesmas condições migratórias que homens, têm seu grau de vulnerabilidade aumentado. Para prosseguirmos nas discussões sobre violência sexual perpetrada contra as mulheres nas situações de refúgio, faz-se necessário um entendimento claro e uma abordagem compreensiva sobre o fenômeno da violência e as relações de poder estabelecidas entre os gêneros e raças na sociedade.

Diversas áreas do conhecimento têm dedicado esforços para reflexões a respeito do conceito de violência. No entanto, tais trabalhos encontram dificuldades quando são confrontados com as constantes mudanças sobre o conceito, bem como com a escassez de publicações sobre o tema, tornando seu uso impreciso (SANTOS, 2015).

Segundo Roger Dadoun (1998), etimologicamente a palavra “violência” nos leva a caracterizá-la como restrita à agressão física e individual, fazendo-nos pensá-la através de um prisma relacionado à intensidade e à brutalidade, realçando aspectos como força, energia, potência, valor e força vital. É inegável que tais aspectos sejam capazes de coagir, penetrar e destruir o outro indivíduo.

Em um estudo desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), coordenado por Krug *et al.* (2002), a violência pode ser classificada em três categorias gerais segundo as características dos que cometem o ato, podendo ser: autoinfligida, quando a violência é cometida sobre si mesmo, tais como, autoflagelação ou suicídio. Interpessoal, quando a violência é dirigida ao outro ou a pequenos grupos, tais como, a família ou colegas de trabalho; e coletiva, quando a violência é infligida por grupos maiores tais como o Estado, tropas irregulares, grupos terroristas ou organizações econômicas agindo em oligopólios ou

colombianos de retorno recurrían a pasos fronterizos no oficiales controlados por grupos armados ilegales y delictivos. En este contexto, se documentaron cinco casos de violencia sexual relacionada con la trata contra mujeres venezolanas”.

estratégias de reserva de mercado. Segundo Krug *et al.* (2002), os atos supracitados se manifestam na forma de violência física, sexual, psíquica e outras. A classificação proposta pela OMS foi um primeiro esforço de compreensão dos tipos de violência que acontecem no mundo social e conseqüentemente interferem na vida individual e coletiva, mas não possui caráter universal. As violências emocional e moral sempre estarão presentes, independente da forma como a agressão se manifeste (SAFFIOTI, 2011).

A violência como um “ato físico” é aquela na qual se fez uso intencional de força física com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no seu corpo. Este ato pode ser perpetrado em espaços públicos ou privados (CATLEY; JONES, 2002).

Prosseguindo na reflexão sobre a violência, importante destacar a estrutural, que é instituída e aceita pela sociedade, e pode emergir como consequência do processo. O economista Thomas Victor Conti (2016, s. p.) explica que “a definição clássica de violência estrutural foi dada pelo pesquisador norueguês Johan Galtung em 1969, em artigo seminal que fundaria a área de pesquisa dos estudos da paz (*Peace Studies*)”. É dele também, no mesmo artigo citado acima, a tradução proposta para a conceituação de Galtung:

Nós nos referiremos ao tipo de violência onde há um agente que comete a violência como violência pessoal ou direta, e a violência onde não há tal ator como violência estrutural ou indireta. Em ambos os casos indivíduos podem ser mortos ou mutilados, atingidos ou machucados em ambos os sentidos dessas palavras, e manipulados por meios de estratégias de cenoura e porrete. Mas enquanto no primeiro caso essas consequências podem ter sua origem traçada de volta até pessoas e agentes concretos, no segundo caso isso não é mais significativo. Talvez não haja nenhuma pessoa que diretamente cause dano a outra na estrutura. A violência é embutida na estrutura e aparece como desigualdade de poder e conseqüentemente como chances desiguais de vida. (GALTUNG, 1969, p. 171 *apud* CONTI, 2016, s. p.)

Não se pode pensar apenas em violência direta, ou seja, física, como o único tipo de violência existente. Na violência estrutural existe a possibilidade de existir uma grande distância temporal entre o início da violência e o dano ou morte das vítimas, sem nenhum rosto identificado. Ainda que invisível, esta resulta de um processo histórico que a torna legítima.

Através dela, assegura-se a dominação por parte daqueles que ocupam posições de poder e privilégios nos espaços, subjugando-se os demais que neles se inserem como forma de

conservar padrões dominantes. E a partir deste momento precisaremos adentrar o espaço feminino.

Segundo Ventura (2003, p. 88), a história demonstra que atividades relacionadas à esfera privada e doméstica são restritas às mulheres, e estas, por sua vez, são sempre associadas à reprodução e cuidado com as crianças. Aos homens lhes é garantido o espaço da vida pública, cheia de atividades e possibilidades, à qual se garante valorização e respeito. Em contrapartida, apesar da importância fundamental das atividades realizadas pelas mulheres, estas são identificadas como inferiores pela sociedade. Historicamente, os homens têm dominado a esfera pública e exercido o poder de subordinar as mulheres na esfera privada, ou desvalorizar sua contribuição na esfera pública.

No mesmo sentido, Christine Delphy (2015) afirma:

Todas as sociedades atuais, inclusive as “socialistas”, repousam, no que diz respeito à criação dos filhos e aos serviços domésticos, no trabalho gratuito das mulheres. Esses serviços são fornecidos apenas no âmbito de uma relação particular com um indivíduo (marido), são excluídos do domínio da troca e, conseqüentemente, não têm valor. Não são remunerados. Os benefícios recebidos pelas mulheres são independentes do trabalho fornecido e não são pagos em troca deste, ou seja, como um salário ao qual o trabalho efetuado dá direito, mas como uma doação. A única obrigação do marido - que evidentemente é de seu interesse - é prover as necessidades de sua mulher ou, em outras palavras, manter sua força de trabalho (DELPHY, 2015, p. 102).

Ainda segundo Delphy, todas as mulheres vivenciam esta forma de opressão, pois os homens se apropriam e exploram o trabalho das mulheres no casamento, quando estas realizam exclusivamente o trabalho doméstico de forma gratuita. A autora sustenta que “como seres destinados a se tornar ‘a mulher de’ alguém, as mulheres destinadas à mesma relação de produção formam uma única classe”, aquela de cuja exploração se tira proveito material (DELPHY, 2015, p. 114).

E aqui, precisaremos aprofundar a abordagem do modelo histórico de relações patriarcais, que, por ser legitimado pela sociedade, raramente é reconhecido como tal.

Em “O Segundo Sexo”, Simone de Beauvoir (1970) nos elucida, com a clareza que lhe era peculiar, que a humanidade é masculina, e o homem define a mulher não em si, mas relativamente a ele. Ela descreve como a mulher vive a sua condição: “A mulher determina-se e diferencia-se em relação ao homem, e não este em relação a ela; a fêmea é o inessencial perante o essencial. O homem é o sujeito, o absoluto; Ela é o outro” (BEAUVOIR, 1970, p. 10).

Construiu-se o que é feminino como um destino para as mulheres, que não podiam escapar dele. Saffioti (2015, p. 4) sustenta que “é preciso aprender a ser mulher, uma vez que o feminino não é dado pela biologia, ou mais simplesmente pela anatomia, e sim construído pela sociedade”.

Segundo Pardina (2020, p. 6), “o que uma mulher é leva anos para fabricar porque, dito em sua linguagem filosófica, o existente humano tem que se tornar seu ser ao longo da vida”¹³. Para a autora, “a primeira grande contribuição de Beauvoir para o feminismo é a desmistificação da feminilidade nas sociedades patriarcais: o que uma mulher não é, de uma vez por todas, desde seu nascimento” (PARDINA, 2020, p. 6)¹⁴.

O ser humano como existente, no momento de sua chegada ao mundo, é um nada de ser. Para se tornar um ser humano autêntico, deve ser capaz de exercer a transcendência, deve ser capaz de escolher livremente o que quer ser por meio de projetos livres. Agora, existe uma forma de “fabricar” o ser humano que consiste em impedi-lo de fazer projetos livremente; na imposição do projeto sobre ela – o projeto de uma feminilidade ditada, não escolhida. É uma forma inautêntica, porque impede o livre exercício da transcendência. Isto é, *opressão* (PARDINA, 2020).

A opressão sempre foi utilizada para criar o “feminino” e atender às expectativas da sociedade, que espera que as mulheres sejam “dóceis, submissas, sensíveis, cuidando dos outros, sem iniciativa própria, segundo no que diz respeito aos homens: o segundo sexo.” (PARDINA, 2020, p. 7, tradução nossa)¹⁵. A mulher sempre foi impedida de viver de forma livre, com autonomia e gerenciamento de sua existência.

Lançar análises sobre o patriarcado é fundamental para se entender “essa engrenagem quase automática, pois pode ser acionada por qualquer um, inclusive por mulheres”, “conferindo aos homens o direito de dominar as mulheres, independentemente de quem esteja investido de poder” (SAFFIOTI, 2011, p. 101; 102).

O patriarcado é definido como uma estrutura hierárquica de poder social centrada na categoria masculina, diferenciando os papéis sociais com base em papéis sexuais, no qual

13 “Lo que es una mujer lleva años fabricarlo porque, dicho en su lenguaje filosófico, el existente humano tiene que hacerse su ser a lo largo de la vida”.

14 “La primera gran aportación de Beauvoir al feminismo es la desmitificación de la feminidad en las sociedades patriarcales: lo que es una mujer no lo es, de una vez por todas, desde su nacimiento”.

15 “Dóceles, sumisas, sensibles, cuidadoras de los demás, sin iniciativa propia, segundas con respecto a los varones: el segundo sexo”.

homens dominam, oprimem e exploram as mulheres, tornando-as um ser que sofre ações e não uma protagonista dessas ações, como coloca Saffioti (2011). Ainda segundo esta autora:

Neste regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras. Diferentemente dos homens como categoria social, a sujeição das mulheres, também como grupo, envolve prestação de serviços sexuais a seus dominadores. Esta soma/mescla de dominação e exploração é aqui entendida como opressão (SAFFIOTI, 2011, p. 105).

O patriarcado apresenta duas vertentes estruturantes, quais sejam, as relações entre a exploração da força produtiva e da força reprodutiva das mulheres. Delphy (2015, p.116) afirma que “o controle da reprodução, que é ao mesmo tempo causa e meio da outra grande exploração material das mulheres, a exploração sexual, constitui o segundo aspecto da opressão das mulheres”. No mesmo sentido, Saffioti afirma:

A dominação-exploração constitui um único fenômeno, apresentando duas faces. Desta sorte, a base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político- deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva. Seja para induzir as mulheres a ter grande número de filhos, seja para convencê-las a controlar a quantidade de nascimentos e o espaço de tempo entre os filhos, o controle está sempre em mãos masculinas, embora elementos femininos possam intermediar e mesmo implementar estes projetos (SAFFIOTI, 2011, p. 106).

A partir desta perspectiva, Amis Srinivasan (2019) no ensaio “O Direito ao Sexo” afirma que o casamento monogâmico, a família heteronormativa e as normas de castidade são partes de uma estrutura patriarcal projetada para garantir o acesso dos homens aos corpos e às mentes das mulheres.

Oliveira, no “Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência” (2015), define violência simbólica contra a mulher como: “uma forma específica de dominação explícita que se manifesta sob a forma de limitações e obrigações para o corpo”.

Para que a dominação simbólica funcione, é preciso que os dominados tenham incorporado as estruturas (disposições) segundo as quais os dominantes percebem, organizam e hierarquizam as relações [...] A dominação masculina é um caso particular, mas de certa forma extremo, da dominação simbólica expressa, muitas vezes, por limitações, obrigações para o corpo, o que permite que se fale em “violência” (OLIVEIRA, 2015a, p. 397).

Assim, “a dominação simbólica se exerce com a 'cumplicidade' do dominado ou, mais precisamente, com a cumplicidade das estruturas de dominação que o dominado adquiriu e incorporou na confrontação prolongada com tais estruturas” (OLIVEIRA, 2015a, p. 397).

A estrutura social autoriza que os homens convertam sua agressividade em agressão, tolerando e incentivando o uso de sua “força-potência-dominação contra as mulheres”, inscrevendo nas relações de gênero o “mecanismo de sujeição aos homens”, pois “paira sobre a cabeça de todas as mulheres a ameaça de agressões masculinas” (SAFFIOTI, 2011, p. 75).

Segundo Krug *et al.* (2002), a violência sexual perpetrada pelos homens está arraigada no direito sexual masculino, e estes sequer ponderam a possibilidade de que suas investidas sexuais sejam negadas pelas mulheres. A violência tem sido usada indiscriminadamente nas sociedades como forma de se atingir seus objetivos, e é impossível desvinculá-la dos crimes sexuais, que é o momento em que o corpo feminino experimenta o encontro de todas as violências.

Simone de Beauvoir, no segundo volume de seu livro *O Segundo Sexo* (BEAUVOIR, 1967) e em uma entrevista exaustiva sobre a forma de existir da mulher na vida em sociedade (2017), enfatiza que há uma perversão da emancipação da mulher, lembrando que “agora que há a contracepção, agora que há em parte o aborto... agora que as mulheres recusam os tabus sexuais e se dizem sexualmente livres... Os homens se aproveitam para impor a elas, digamos... que durmam com eles, dizendo que não há mais razão para recusa” (BEAUVOIR, 2017). E como forma de impedir o avanço da liberdade feminina os homens estariam utilizando-se do estupro constantemente. Ainda segundo a autora, nesta mesma entrevista: “Enquanto a mulher era considerada virgem, casta... e era vista como a mãe, a irmã, a esposa... ninguém ousava levantar a mão para ela... ou brutalizá-la com palavras... como grande parte dos homens se permite fazer hoje” (BEAUVOIR, 2017).

Entretanto, a autora deixou de fazer o exercício de voltar no tempo e observar a forma de existência imposta as mulheres negras, tendo limitado a sua análise as experiências de violência sexual sofridas pelas mulheres brancas a partir de sua suposta emancipação, ignorando “o uso do estupro como instrumento de terror pela supremacia branca há alguns séculos” (DAVIS, 2016, pg. 179). Afinal, “a escravidão se sustentava tanto na rotina do abuso sexual quanto no tronco e no açoite” (DAVIS, 2016). Ainda segundo Davis (2016), “uma das características históricas marcantes do racismo sempre foi a concepção de que os homens

brancos – especialmente aqueles com poder econômico – possuiriam um direito incontestável de acesso ao corpo das mulheres negras.”

Essa autora analisou que os homens brancos, que se entendiam como proprietários da existência de mulheres negras se valeram da coerção sexual para exercerem seu autoproclamado direito ao corpo das escravas, em que “a licença para estuprar emanava da cruel dominação econômica e era por ela facilitada, como marca grotesca da escravidão.” Nesse contexto, “o padrão do abuso sexual institucionalizado de mulheres negras se tornou tão forte que conseguiu sobreviver à abolição da escravatura.” (DAVIS, 2016, p.174)

Dentro desta perspectiva, “o racismo sempre encontrou forças em sua habilidade de encorajar a coerção sexual” e “sempre serviu como um estímulo ao estupro”, pois “os homens brancos sempre estiveram convencidos de que podiam cometer ataques sexuais contra as mulheres negras impunemente, sua conduta em relação às mulheres de sua própria raça não podia permanecer ileso”. Nessa direção, a autora afirma que “esta é uma das muitas maneiras pelas quais o racismo alimenta o sexismo, tornando as mulheres brancas vítimas indiretas da opressão dirigida em especial às suas irmãs de outras etnias.” (DAVIS, 2016, p.175)

Necessário se faz recorrer novamente às conceituações teóricas trazidas por Oliveira (2015) no “Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência”, em que define violência sexual como:

qualquer conduta que constranja a pessoa a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos (OLIVEIRA, 2015b, p. 395).

No mesmo sentido da conceituação teórica trazida por Oliveira (2015b), KRUG *et al.* (2002) definem a violência sexual como:

qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (KRUG *et al.*, 2002, p. 147).

Ainda no que diz respeito à conceituação teórica e a aproximação com o objeto de estudo, adota-se, para este trabalho, a seguinte premissa fundamental sobre a violência sexual:

É uma das mais graves violações dos direitos humanos de liberdade, integridade física e mental, em especial das mulheres. A violência sexual é uma das mais perversas violências contra a mulher, especialmente humilhante e destruidora. É utilizada com frequência como punição e tortura em guerras, prisões de interrogatórios policiais (OLIVEIRA, 2015b, p. 395).

Entretanto, não podemos relegar ao segundo plano fatores que expõem a mulher a maior risco de sofrer agressão sexual, e estes são o casamento e viver junto com um parceiro, situação que configura “uma das formas mais comuns de violência sexual no mundo todo” (KRUG *et al.*, 2002, p. 155).

Lia Zanotta Machado, em seu ensaio “Masculinidade, Sexualidade e Estupro: As construções da virilidade”, reflete sobre a construção da virilidade, “em que as representações do estupro levam a caracterizá-lo como um forte núcleo do ‘imaginário da sexualidade de gênero’, que distingue radicalmente os lugares do masculino e do feminino” (MACHADO, 1998, p. 231).

Para a autora, “a virilidade está associada ao lugar simbólico do masculino como lugar da iniciativa sexual”, daquele que se apodera unilateralmente do corpo feminino, ao passo que a “sexualidade feminina” é pensada “como aquela que se esquiva para se oferecer” (MACHADO, 1998, p. 243). Ao feminino é reservado o lugar de objeto da sexualidade, de sedução, observando-se a combinação de três elementos para se pensar a sexualidade feminina, quais sejam, como “objeto passivo da sexualidade”, aquela que “sempre se supõe uma iniciativa indireta e o signo da interdição” (MACHADO, 1998, p. 243).

A virilidade masculina reflete-se na disponibilidade total do homem para a atividade sexual, na “prontidão permanente para ter a mulher como objeto de relação sexual”. Na caracterização analisada pela autora, “macho mesmo, do ponto de vista sexual é fraco, ou seja, não se segura” (MACHADO, 1998, p. 243).

O estupro aparece no imaginário masculino como mais um ato de demonstração de sua virilidade, em que o eventual sentido negativo dado ao crime não tem relação com uma percepção de ter sido “cometido contra a pessoa” ou em “razão de uma relação não consentida”. Os homens recorrem aos valores prontos da Igreja, que o associam à ideia de

“pecado”, identificando tal conduta como uma fraqueza masculina, que não foi capaz de resistir a atuação de entidades exteriores (MACHADO, 1998).

Neste ensaio, “Masculinidade, Sexualidade e Estupro: As construções da virilidade”, Machado (1998) parte do espaço da prisão, em que se encontram homens condenados por estupro que foram por ela entrevistados, para ilustrar a perspectiva cultural construída para caracterizar os lugares distintos da sexualidade de gêneros. Segundo a autora:

O espaço único da prisão tende a homogeneizar, aos olhos da sociedade, todos os criminosos e produz o efeito simbólico de instaurar o perigo de se considerarem todos os homens presos como estupradores. É o fato simbólico da instituição de uma fronteira entre estupradores e não estupradores no interior do presídio que permite desvendar a grande metáfora sobre o estupro que se dá no espaço presidiário. Os homens se dividem entre os que não são estupradores e os que são. Os que não foram apenados por estupro se identificam exclusivamente com a categoria abstrata dos homens que podem ter sido desonrados, porque suas mulheres, parentes consanguíneas ou afins, foram violadas por outros homens. É deste ponto de referência que o crime de estupro é hediondo e merece o horror e a vingança. Nada se fala ou se ritualiza para reparar ou redignificar a figura feminina, ou para se exorcizar e banir o estupro. O que se repara é a desonra masculina. Feminizam-se os corpos masculinos e ritualmente reafirmam o estupro de seus corpos... (MACHADO, 1998, p. 245).

Ainda segundo a mesma autora, as mulheres serão distinguidas em relação ao ego dos homens, eis que:

Se são suas mães, filhas e irmãs, são interditas e não devem ser objeto sexual. A transgressão da interdição se faz no estupro de mulheres que são irmãs, filhas e mães de outros, mas que no momento do estupro são pensadas como não estando em lugar nenhum e não sendo de ninguém. Daí o estupro poder ser feito sobre o feminino genérico porque este esconde que são mulheres de outros (MACHADO, 1998, p. 247).

As mulheres genéricas são lidas pelos homens como objetos sexuais, “as que podem ser objetos sacrificiais do estupro”, cujos corpos estarão sempre prontos a serem violados e disponíveis à necessária afirmação da masculinidade tóxica. Desqualificar moralmente a mulher vítima de violência sexual faz parte da retórica intencional de que “o que poderia ser concebido como estupro, se transmuta na mais banal relação sexual” (MACHADO, 1998, p. 248).

Contudo, é extremamente necessário que não seja ignorado que a nossa política sexual impõe uma hierarquia racializada de desejabilidade, “que coloca a mulher branca acima da mulher negra, a mulher negra de pele mais clara acima da mulher negra de pele mais escura, e assim, por diante.” Segundo a autora, a partir desta perspectiva alguns corpos são mais

fodíveis que outros, podendo ser violado de forma impune e sem consequências, como acontece com os corpos das mulheres negras ou de outras identidades minorizadas, em especial quando pertencem a mulheres que também que são pobres, encarceradas ou imigrantes (SRINIVASAN, 2019, p.136).

Não observamos nos membros da sociedade qualquer pressão social para que homens entendam que violações sexuais são mais que um erro, são crimes sexuais. No núcleo social menor, qual seja, a família, assistimos igualmente à culpabilização das mulheres pela violência sofrida sem preocupação em punir os homens, “concentrando-se em restaurar a honra da família que foi ‘perdida’” (KRUG *et al.*, 2002, p.158).

Assim, o estupro se define pelo “código relacional da honra” que, reinscrito na modernidade, privilegia a honra das vítimas e de agressores, revelando a dificuldade de pensar o estupro como violência contra a pessoa, pois importa saber quem é a vítima para saber se houve ou não estupro (MACHADO, 1998).

É certo que, nos países com forte pressão cultural para manter a violência escondida “debaixo do tapete”, ou simplesmente para aceitá-la como “natural”, a violência não fatal possivelmente não será totalmente relatada. As vítimas podem se recusar a discutir experiências violentas não somente por vergonha ou tabu, mas por medo. Reconhecer ter participado de certas ações violentas, como o estupro, pode resultar em morte em certos países. Em certas culturas, a preservação da honra familiar é um motivo tradicional para matar as mulheres que tenham sido estupradas (assim chamada “morte de honra”) (DAHLBERG; KRUG, 2006).

No Código Penal Brasileiro (Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940), em que são tipificadas as condutas que caracterizam os crimes sexuais, estes até recentemente localizavam-se no Título VI, intitulado “Dos Crimes contra o Costume”. Somente após a redação dada pela lei 12.015/2009, que o Título VI passou a ser intitulado “Dos Crimes contra a Dignidade Sexual”, sendo mantida a denominação do Capítulo I como “Dos Crimes contra a Liberdade Sexual”. As condutas que caracterizam os crimes sexuais permaneceram excluídas do Título I, intitulado “Dos Crimes contra a Pessoa” (BRASIL, 1940).

Importante destacar que até a entrada em vigor da lei 11.106/2005 (BRASIL, 2005) existia previsão no Código Penal Brasileiro de causa extintiva da punibilidade em benefício do agressor caso se realizasse o casamento entre agressor e vítima em casos de violência sexual. Em uma sociedade preocupada em preservar a imagem da vítima e de seu núcleo

familiar, era suficiente que o agressor aceitasse se casar com a vítima, cuja vontade sequer era ponderada, para que aquele fosse desculpado de seu crime.

Krug *et al.* (2002, p. 161) afirmam que as “ideias predominantes sobre sexualidade e condição da mulher” na estrutura social em que as pessoas estejam inseridas determinarão o comportamento das famílias e da sociedade diante dos atos de estupro. Sustentam que

Independente do casamento, as famílias podem pressionar a mulher a não denunciar ou dar continuidade ao caso, ou a concentrar-se em obter a indenização por “danos”, a ser paga pela família do estuprador. Os homens rejeitam suas mulheres caso tenham sido estupradas e, em alguns países, como mencionado anteriormente, a recuperação da honra requer que a mulher seja posta para fora ou, em casos extremos, assassinada (KRUG *et al.*, 2002, p. 161).

Segundo Machado (1998), é possível afirmar que o estupro e o erotismo se confundem quando encontramos uma sociedade estruturada entre o masculino, que é sujeito e dotado de agressividade, e o feminino, que é pensado como objeto maculável e passível de sacrifício. Diante do pensamento dominante de que a sexualidade é lugar de iniciativa, a mulher ocupa um “lugar morto” porque não é vista como sujeito, mas “pensada no trânsito entre a ideia de maculável e de imaculado” (MACHADO, 1998, p. 251). E naturalmente, assim como Beauvoir (1970) nos elucidou com a constatação de que a humanidade é masculina, Machado (1998) refletiu sobre tal assertiva na sexualidade para reafirmar Beauvoir, quando afirmou:

Ao masculino parece não caber a consideração de uma sexualidade nem maculável, nem imaculada. É a sexualidade masculina que cabe macular ou atribuir o caráter de imaculada a uma determinada e qualquer mulher (MACHADO, 1998, p. 251).

Assim, “apoderar-se do corpo da mulher” é o que se espera da função viril. O “não” da mulher, ou o “medo” da mulher, aparecem como constitutivos do desejo masculino (MACHADO, 1998, p. 251).

O homem retira a autonomia da mulher sobre o próprio corpo como forma de exercer sua identidade masculina, reafirmar o caráter sacrificial desses corpos e exercer mais uma forma de opressão através do corpo e da sexualidade. Desumaniza a mulher, retirando-lhe as possibilidades de escolhas, valores e sentidos. A sua busca permanente pela restauração de sua virilidade é baseada na força e em seu “lugar hierarquicamente esperado como superior” (MACHADO, 1998, p. 253).

Machado (1998, p.254), a partir do ponto de vista dos olhares de envolvidos diretamente nos casos de violência doméstica, conclui

que a virilidade do homem se pauta na possibilidade de ter livre acesso a várias mulheres e no modo como controla social e sexualmente a mulher escolhida para companheira. A violência física parece querer repor a disponibilidade do corpo e da sexualidade da mulher.

O estupro ou qualquer ato sexual violento é inaceitável porque revela um profundo desrespeito à autonomia feminina. O estupro é um ato violentíssimo, uma invasão ao corpo com efeitos em geral impensados e nem sempre reconhecidos: depressão, períodos longos de silêncio, descuido com o corpo, dificuldade e pânico diante de tentativas de estabelecer novas parcerias afetivas e sexuais, incompreensão e distanciamento de namorados, maridos, sentimentos de vergonha e uma sensação de medo, constante e paralisadora (MACHADO, 1998).

3.3 DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde é um direito inclusivo, abrangendo as determinantes de saúde, como acesso à água limpa potável, condições sanitárias adequadas, o combate às vulnerabilidades, desigualdades sociais e informação sobre questões relacionadas à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 1946).

A saúde é entendida como um direito humano fundamental. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 2021, s. p.) estabelece em seu artigo 25 que:

§1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Dessa forma, evidencia-se que o direito à saúde está vinculado ao exercício de outros direitos, em especial aos de moradia, alimentação e saneamento, bem como ao de estar livre de todas as formas de discriminação, à igualdade, e a não ser submetida a torturas, entre outros.

Miriam Ventura *et al.* (2003) sustentam que as autoridades públicas devem estabelecer políticas e planos de ação para que todas as pessoas possam ter acesso aos serviços de saúde, garantindo-se um sistema universal de saúde em que o acesso aconteça no menor prazo possível e que seus usuários possam gozar de um serviço de qualidade. Afirmam que o “direito à saúde contempla tanto o direito à autonomia e à liberdade como o direito ao acesso aos serviços de saúde públicos” (VENTURA *et al.*, 2003, p. 61).

Ainda segundo as autoras:

O direito à autonomia e a liberdade compreende o direito da pessoa ter controle sobre seu corpo e sua saúde, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva, bem como o direito a não ser submetido a interferências indevidas, à tortura, a tratamentos e experimentos médicos não consentidos ou não suficientemente seguros (VENTURA *et al.*, 2003, p. 61).

A OMS entende “que a promoção da saúde dos migrantes e refugiados exige políticas específicas para atender às suas necessidades, que levem em consideração os determinantes sociais dos deslocamentos” e que estes devem ser avaliados nos diferentes momentos de deslocamento de uma pessoa humana (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 35). No mesmo sentido, Daniel Granada *et al.* (2017, p. 290) afirmam que internacionalmente tem-se pensado no acesso à saúde desta população a partir “das especificidades da condição dos imigrantes e às desvantagens cumulativas”. O fenômeno migratório precisa ser compreendido como um determinante social de saúde complexo e multifatorial. No fenômeno da mobilidade humana, migrar na modalidade de refugiado, se não impossível, é extremamente arriscado, com uma quantidade imensa de incertezas e privações. Essa diversidade de fatores determina as condições de saúde dessa população (GRANADA *et al.*, 2017).

Daisy Ventura e Veronica Yuirá (2019) identificam o preconceito em relação aos migrantes e refugiados como uma ameaça à saúde pública, uma vez que este é capaz de afastar estas pessoas do sistema de saúde, já que vivenciam o medo de que sua situação migratória seja identificada. As políticas restritivas de ingresso regular nos países favorecem a migração irregular e permitem, em consequência, “a propagação de doenças pela absoluta ausência de controle da presença de migrantes, de suas condições de ingresso em determinado território e das posteriores condições de subsistência no país receptor” (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 33).

Na 70.^a Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2017, foi elaborado um projeto de plano de ação mundial para a saúde dos refugiados e migrantes, formalizado através da Resolução WHA70.15 (OMS, 2017). No documento apresentado para os Estados-Membros, a OMS delinea o direito à saúde dos migrantes e refugiados, concebido como o direito de ter o melhor estado de saúde física e mental que se possa alcançar, e expõe os princípios orientadores para garanti-lo, tais como: os princípios da igualdade, da não discriminação e do acesso equitativo aos serviços de saúde, a necessidade de que os sistemas de saúde atentem para o gênero das pessoas e que as práticas de saúde não utilizem as condições de saúde dos migrantes e refugiados como forma de restringir a disponibilização de atendimento e/ou outras práticas discriminatórias.

Segundo Ventura e Yujra (2019), a OMS pondera que os migrantes e refugiados deverão participar dos processos de tomada de decisões de saúde que lhes dizem respeito. Sustentam que, entre as prioridades definidas pela resolução, encontram-se:

a defesa de que a saúde dos migrantes e refugiados seja levada em conta na agenda política mundial, regional e nas agendas nacionais; a ação sobre as determinantes sociais da saúde nos países de origem, de trânsito e de destino; e o fortalecimento dos sistemas de acompanhamento e de informações sanitários para compreender as tendências da interface entre saúde e mobilidade humana, além de compartilhar experiências entre Estados (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 42).

Ainda segundo as autoras, a saúde do migrante e do refugiado é abordada no plano internacional sobre três enfoques, quais sejam:

- Aquele que vincula o estrangeiro à responsabilidade pela propagação internacional das doenças, com base no medo de grandes epidemias anteriores, bem como nos estereótipos dos estrangeiros. Prioriza-se a proteção da saúde da população do país de acolhida, ponderando-se a possibilidade de contágio por doenças específicas trazidas do exterior;
- O segundo enfoque traz luz à saúde pública através de políticas públicas e preocupação com a migração laboral, aquela responsável por impulsionar a economia local, buscando reduzir os acessos e consequentes gastos em saúde, objetivando o aumento do nível geral de saúde da população;

- A saúde entendida como um direito humano, em que a vida da pessoa sempre será protegida pelos ordenamentos jurídicos, independente da efetivação da regularização migratória daquele que se encontra no território.

Para Daniel Granada *et al.* (2017), pensar sobre os cuidados de saúde desta população nos revela o desafio de entender de que forma estes cidadãos estarão incluídos nos sistemas de segurança social e nas políticas sociais, de que forma o acesso aos serviços acontece no país acolhedor, bem como “nas políticas de imigração, de direitos humanos, de luta contra a discriminação e o racismo, e de coesão social” (Granada *et al.*, 2017, p.290). Os autores seguem afirmando que

Os problemas relacionados com a imigração, a qualidade de vida e acesso à saúde aumentam com: as dificuldades comunicacionais, linguísticas e de adaptação no país de acolhimento, o confronto com o preconceito, o estereótipo e a discriminação, a aceitação de postos de trabalho pesados e mal remunerados e pouco reconhecidos socialmente, a falta de suporte social formal e informal, ou seja, isolamento, fracas redes sociais e dificuldade de informação e acesso aos serviços, designadamente de saúde. Exposição ao isolamento social, aos processos de aculturação e sofrimento psicológico e doença decorrente deste processo, habitação precária e insalubre em regiões desfavorecidas e sujeitas a catástrofes naturais e violência, deficiência alimentar, uso de drogas e álcool, incidência de certas condições de trabalho, entre outros, são fatores que tornam esta população mais vulnerável que as populações locais (GRANADA *et al.*, 2017, p. 290).

No Brasil, a Lei 13.445/2017 (BRASIL, 2017) garantiu o acesso a serviços públicos de saúde ao migrante, independentemente de sua condição migratória ou nacionalidade, mas a produção de dados sobre a atenção à saúde desta população permanece como um dos grandes desafios do SUS. Para que se possa formular políticas públicas informadas e alcançar um SUS transcultural e inclusivo, é preciso identificá-los, mapeá-los e quantificá-los, mas até o momento não existem dados epidemiológicos e consolidados sobre a atenção à saúde de migrantes e refugiados em âmbito nacional (VENTURA; YUJRA, 2019).

Para Daniel Granada *et al.* (2017), o acesso aos serviços de saúde no Brasil por esta população é dificultado quando se requer determinados documentos como: cartão do SUS, cartão da família, comprovante de residência e documento de identidade nacional, todos documentos exclusivamente brasileiros. No mesmo sentido, apontando as deficiências no sistema de informação, Ventura e Yujra (2019) relatam a dificuldade em se realizar o Cadastro Nacional de Saúde a partir de documentos do país de origem ou protocolos migratórios.

Em Foz do Iguaçu, os serviços de saúde encontraram uma solução simples para a dificuldade que os imigrantes têm em fornecer um endereço para o cadastro assim que chegam ao país. É permitido que eles utilizem o endereço do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) como referência.

Não há objeção legal para que os serviços locais aceitem outros documentos de identificação além da Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM - o antigo RNE) para cadastro no SUS. Podem ser aceitos, por exemplo, Protocolos e CPF, facilitando o cadastro imediato no Sistema e efetivando o direito universal à saúde, que não deve encontrar obstáculo em questões formais. (UFRGS, 2020)

Após trazer um pouco sobre as especificidades do refugiado no âmbito do direito à saúde, e partindo-se da premissa fundamental de que o refugiado não é um ser neutro, inespecífico e sem interseccionalidades, abordaremos o direito à saúde a partir da categoria gênero como determinante para vitimização e prevalência da violência sexual.

Resoluções da OPAS e da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem a violência como um problema de saúde pública mundial e identificam as mulheres como o grupo em maior risco de sofrer tipos específicos de violência (OMS, 1996; 2003).

A diretora da OPAS/OMS, Clarissa F. Etienne, afirma que

A violência contra a mulher atinge uma em cada três mulheres nas Américas e pode ter consequências profundas e duradouras para a saúde das sobreviventes, inclusive lesão física, gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis (como a infecção pelo HIV/AIDS), além de uma série de impactos negativos na saúde mental (OMS/OPAS, 2015a, p. 4).

A ONU, por meio de discussões na Assembleia Geral, estabeleceu em 2015 sua Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, com o objetivo de fortalecer a paz universal. Tal agenda adotou uma meta que requer a eliminação de todas as formas de violência contra mulheres e meninas no âmbito do objetivo da igualdade de gênero. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta (ONU, 2015).

O Objetivo 5 de Desenvolvimento Sustentável refere-se à igualdade de gênero não apenas como um direito humano fundamental, mas como necessário para o desenvolvimento sustentável. Intensificar o combate às discriminações e violências baseadas no gênero e a

promoção do empoderamento de mulheres e meninas é reconhecer que se os Estados não abordarem o problema da violência, todos os esforços para melhorar a saúde e o bem-estar da mulher serão limitados.

Compreendendo a importância do papel do sistema de saúde para enfrentar a violência contra a mulher, os Ministros e as Ministras da saúde de 38 Estados-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram por unanimidade a Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência contra a Mulher 2015-2025 (OMS/OPAS, 2015b) durante o 54º Conselho Diretor, 67ª Sessão do Comitê Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em outubro de 2015.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Estratégia e Plano de Ação para o reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência Contra a Mulher 2015-2025 traz um enfoque de saúde pública para o problema da violência contra a mulher e proporciona um guia para os sistemas de saúde se unirem ao esforço multissetorial para prevenir e responder a essa violência nas Américas.

A Região das Américas se tornou a primeira região da OMS a endossar um marco sobre violência contra a mulher. Entretanto, faz-se necessário frisar o esforço da comunidade internacional anterior à Agenda 2030 e chamar a atenção para a IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim em setembro de 1995, que foi intitulada “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, que levou à promulgação da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (ONU, 1995). Esta ampliou e reforçou os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres, que já vinham sendo debatidos em conferências anteriores e avançaram para que as mulheres possam exercer plenamente seus direitos e alcançar seu desenvolvimento integral como pessoas, concretizando sua cidadania.

Um dos capítulos mais importantes desta Conferência diz respeito à temática de Mulher e Saúde, tratando de questões fundamentais, dentre os quais: a desigualdade no acesso aos serviços de saúde; a violência contra a mulher; os efeitos dos conflitos armados sobre a mulher, a identificação de grupos de mulheres, incluindo as refugiadas, como particularmente vulneráveis à violência; o reconhecimento de direitos sexuais e de direitos reprodutivos. Segundo Mirian Ventura e colaboradoras (2003), este é o primeiro documento internacional onde o exercício da sexualidade é tratado como um direito em si.

Os direitos sexuais foram afirmados como direitos humanos no parágrafo 96 da Plataforma da IV Conferência Mundial sobre a Mulher:

Parágrafo 96: Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (ONU, 1995, p. 179).

Para Mirian Ventura *et al.* (2003), a liberdade sexual é fundamental para que se possa garantir o direito à saúde sexual e reprodutiva da mulher, de forma que os atendimentos das vítimas de práticas coercitivas como as mutilações genitais, o estupro, a gravidez e a esterilização forçadas sejam realizados com maior atenção e especificidade. As autoras descrevem alguns dos direitos que fundamentam tal liberdade sexual, quais sejam:

à privacidade; à ampla informação; à confidencialidade das informações prestadas aos funcionários de saúde; ao acesso a serviços voltados para a saúde sexual, com provisão de insumos relativos às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids, e o direito ao aborto seguro (VENTURA *et al.*, 2003, p. 58).

Krug e colaboradores (2002) relacionam como consequências mais comuns da violência sexual aquelas relacionadas à saúde reprodutiva, mental e ao bem-estar social, afirmando que indubitavelmente o estupro poderá resultar em gravidez, dependendo este resultado do uso ou não de contraceptivos pela mulher violentada. Quando da ocorrência da gravidez em razão da violência sexual sofrida, verificam-se ainda outros desdobramentos, quais sejam, impossibilidade/dificuldades de realizar o aborto legal, impondo a obrigação de gestar e criar uma criança indesejada, bem como os riscos inerentes à realização de abortos clandestinos. Outras consequências incluem complicações ginecológicas relacionadas ao sexo forçado, como “sangramento ou a infecção vaginal, tumores fibroides, diminuição do apetite sexual, irritação genital, dor durante a relação sexual, dor pélvica crônica e infecções do trato urinário” (KRUG *et al.*, 2002, p.160); as infecções por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis também são identificadas como possíveis resultados desta violência. Os autores também listam fortes indícios de associação da violência sexual a problemas psiquiátricos, como depressão, estresse pós-traumático e abuso de álcool.

Assim, para as pretensões deste trabalho, que é o de trazer elementos para instrumentalizar o enfrentamento das vulnerabilidades destas mulheres, e garantir a efetividade do direito à saúde lançaremos olhar aos países que privilegiam ações/políticas públicas de prevenção e cuidado à violência sexual.

4 METODOLOGIA

Realizou-se a abordagem do problema com o enfoque qualitativo. Quanto ao meio empregado, utilizou-se a pesquisa bibliográfica. O tipo de pesquisa bibliográfica escolhida foi a revisão integrativa, por ser esta apropriada na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. (MENDES et al., 2008). Esta permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico. A combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados na revisão integrativa amplia as possibilidades de análise da literatura. (BREVIDELLI; DOMENICO, 2008)

Esta dissertação utilizou o protocolo recomendado pelo programa PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

A pergunta norteadora para definir os descritores foi: quais as condições de saúde da mulher refugiada sobrevivente de VS (“morbidade / estado funcional / bem-estar / mortalidade”) no contexto global?

A busca bibliográfica foi efetuada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (que incorpora Lilacs, Medline e outros tipos de fontes de informação tais como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos), Scielo, Scopus, Web of Science e Pubmed, no dia 04 de outubro de 2021, com recorte temporal de publicação de 10 anos; a busca foi realizada através do título, resumo e palavras-chave, com as estratégias de busca do Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas.

<p>("acesso aos servicos de saude" OR "direito a saude" OR "assistencia a saude" OR "sistemas de saude" OR "acesso efetivo aos servicos de saude" OR "assistencia a saude universal" OR "atencao a saude" OR "barreiras ao acesso aos cuidados de saude" OR "cobertura de servicos de saude" OR "equidade em saude" OR "saude na fronteira" OR "servicos basicos de saude" OR "sistema unico de saude" OR "vulnerabilidade em saude") AND (emigracao OR imigracao OR "migracao internacional" OR "migracao humana" OR "deslocamento forçado" OR diaspورا OR migracao OR "migracao forçada" OR "migracao pendular" OR refugio) AND (violencia OR abuso OR assedio OR agressao OR dano OR "exposicao a violencia" OR "violencia etnica" OR "violencia contra mulher" OR "violencia</p>
--

de genero" OR "violencia por parceiro intimo" OR "delitos sexuais"); e em inglês: ("health care access" OR "right to health" OR "medical assistance" OR "health care system" OR "effective access to health care" OR "universal health coverage" OR "health attention" OR "health care access barriers" OR "health care coverage" OR "health equity" OR "border health" OR "basic health care services" OR "public health system" OR "vulnerability in health") AND (emigracao OR imigracao OR "migracao internacional" OR "migracao humana" OR "deslocamento forçado" OR diaspora OR migracao OR "migracao forçada" OR "migracao pendular" OR refugio) (emigration OR immigration OR "international migration" OR "human migration" OR "forced displacement" OR "diaspora" OR "migration" OR "forced migration" OR "pendulum migration" OR "refuge") AND (violencia OR abuso OR assedio OR agressao OR dano OR "exposicao a violencia" OR "violencia etnica" OR "violencia contra mulher" OR "violencia de genero" OR "violencia por parceiro intimo" OR "delitos sexuais"),

Para inclusão ou exclusão dos artigos foram empregados os seguintes critérios:

- a) *inclusão* – estudos qualitativos e/ou quantitativos sobre mulheres refugiadas sobreviventes de violência de gênero, sexual e violência por parceiro íntimo (VPI); estudos qualitativos e/ou quantitativos sobre mulheres refugiadas sobreviventes da violência política e a decorrente do conflito armado; estudos qualitativos e/ou quantitativos sobre violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres refugiadas; relatos e levantamentos sobre os serviços de saúde para atendimento das mulheres refugiadas;
- b) *exclusão* – artigos que versem sobre migração, deportação ou mulheres sobreviventes de violência em deslocamento interno forçado; artigos que versem sobre violência em crianças e adolescentes refugiados; artigos escritos em idiomas distintos do português, inglês e espanhol; outros artigos com temas não correlatos ao refúgio, violência e gênero; e, ainda, por não obtenção de resumo do artigo.

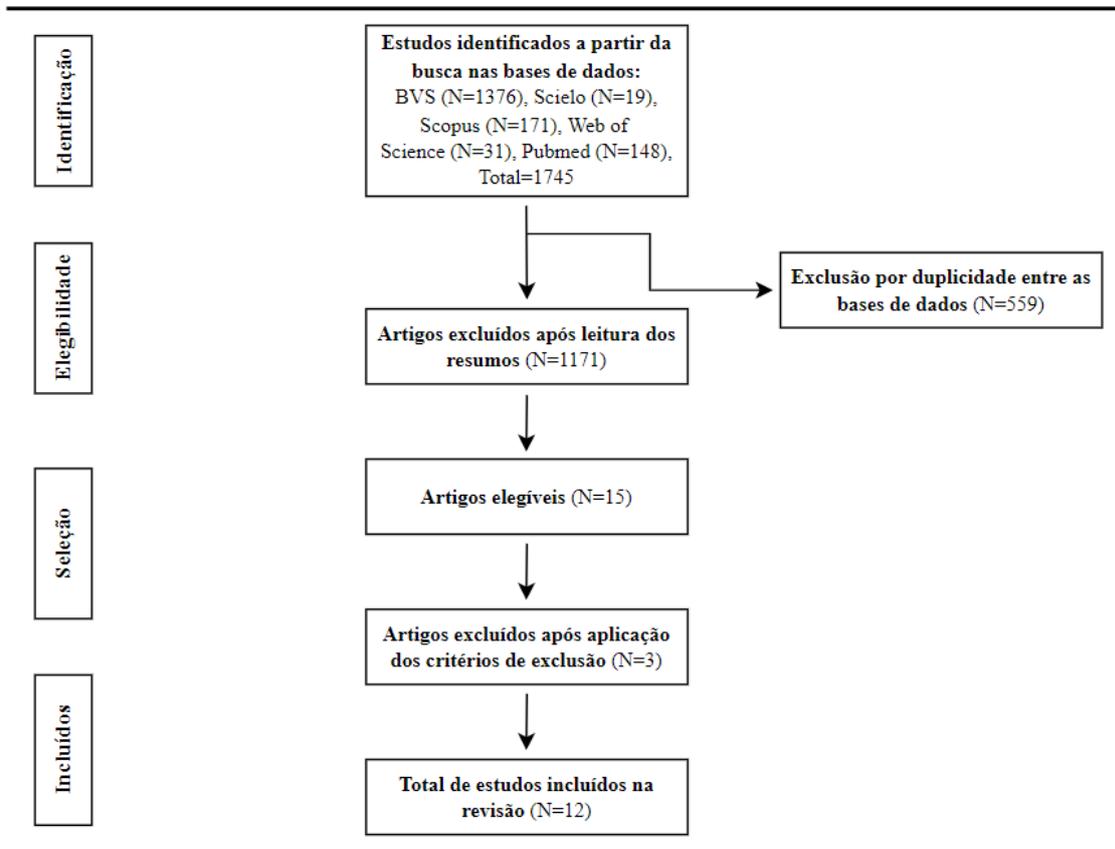
A leitura integral dos artigos teve como base algumas variáveis que foram agrupadas em blocos e que constam em detalhes no anexo I: **características gerais da publicação** (autor/ano, título, país de origem do estudo, tipo de pesquisa, objetivo do estudo); **características sociodemográficas das mulheres sobreviventes de violência sexual** (nacionalidade, faixa etária, escolaridade, cor/raça, pertencimento religioso atual, responsável pelo domicílio, filhos, tipo de parceria afetiva, momento em que a violência ocorreu, as circunstâncias e em qual país); **características dos atendimentos de saúde** (a ocorrência de dificuldade para procurar o primeiro atendimento de saúde, tipo de dificuldade encontrada,

tempo para a realização do primeiro atendimento, primeiro atendimento procurado, diagnóstico e eventual necessidade de internação); e **características dos atendimentos jurídicos** (recebimento de orientação jurídica, instauração de processo criminal e punição ao agressor).

Após a consulta às bases de dados e a aplicação das estratégias de/ busca, foram identificados 1745 estudos, com 559 estudos que apresentavam duplicidade entre as bases. Foram lidos, por duas revisoras, todos os 1186 títulos e resumos resultantes. Quando houve dúvidas pelas duas revisoras, uma terceira auxiliou na decisão de inclusão ou não.

Nos casos em que a leitura do resumo não era suficiente para estabelecer se o artigo deveria ser incluído, considerando-se os critérios de inclusão definidos, o artigo foi lido na íntegra para determinar sua elegibilidade. Quando o resumo era suficiente, os artigos eram selecionados e então obtida a versão integral para confirmação de elegibilidade e inclusão no estudo. Foram selecionados 15 artigos para leitura na íntegra; destes 12 artigos compõem a base analisada nesta dissertação.

Figura 1 Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão integrativa sobre as condições de saúde da mulher refugiada sobrevivente de violência sexual.



Fonte: O próprio autor.

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Dos 12 artigos analisados, apenas um faz referência à migração de mulheres refugiadas dentro da América Latina – migração venezuelana para a Colômbia – apresentando um levantamento sobre a situação de saúde das gestantes venezuelanas, migrantes irregulares residentes nas principais cidades receptoras do Caribe colombiano: Barranquilla e Riohacha (FERNANDEZ-NINO et al., 2021). Esse artigo identifica a situação do refúgio com a utilização dos termos migrantes irregulares ou em processo de regularização.

Percebe-se que em relação ao número de publicações dos artigos, que a União Europeia possui dois artigos a ela relacionada (KEYGNAERT; GUIEU, 2015; HERNÁNDEZ, 2017), EUA com a produção de dois artigos, sendo um deles sobre as mulheres latinas nos EUA e Espanha (FORTUNA et al., 2019; BUSHRA SABRI et al., 2019), dois artigos sobre mulheres refugiadas da Somália, em que um dos artigos retratam mulheres que vivem na Suécia (BYRSKOG et al., 2014; COLE; FLANAGIN, 2013), um no Marrocos (KEYGNAERT et al., 2014), um na Suíça (RODELLA SAPIA et al., 2020), 1 sobre refugiadas Sírias no Líbano (NABULSI et al., 2021), 1 na Inglaterra (DEHGHAN; WILSON, 2019) e 1 na Austrália (VAUGHAN et al., 2015).

Encontramos, entre estes artigos, dois que não apresentam resultados: o que descreve o protocolo de um ensaio clínico randomizado para testar a utilidade de se administrar versões culturalmente adaptadas da avaliação de perigo, com versões culturalmente adaptadas da intervenção de planejamento de segurança, ambas para atender imigrantes, refugiados e indígenas sobreviventes de VPI. Objetiva-se que as intervenções possam reduzir o risco de vitimização por violência, mas também capacitar mulheres abusadas e melhorar sua saúde mental (BUSHRA SABRI et al., 2019). Um projeto de pesquisa participativa que trabalhará na Austrália com comunidades em oito localizações geográficas (dois no centro da cidade, três no subúrbio e três regionais) em dois estados (Victoria e Tasmânia) durante dois anos, para gerar evidências sobre as experiências de mulheres imigrantes e refugiadas em vários cenários. O conhecimento gerado terá foco especial nas interseções entre território, migração, gênero e cultura, podendo contribuir para aumentar a conscientização e a capacidade das

comunidades locais de responder à violência contra mulheres imigrantes e refugiadas (VAUGHAN et al., 2015)

Observou-se que apesar da metade das publicações ter ocorrido até o ano de 2017, vemos a tendência de aumento significativo de estudos voltados ao tema a partir do ano de 2019, com a publicação de 6 artigos, até o ano de 2021. Eles foram, em sua maioria, publicados em periódicos em inglês (n=11), sendo apenas um escrito em espanhol.

Todos os artigos foram publicados em periódicos da área da saúde, a saber: cinco de saúde pública/epidemiologia (KEYGNAERT et al., 2014; BYRSKOG et al., 2014; RODELLA SAPIA et al., 2020; FERNANDEZ-NINO et al., 2021; VAUGHAN et al., 2015), três em revistas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (KEYGNAERT; GUIEU, 2015; NABULSI et al., 2021; HERNÁNDEZ, 2017), dois na área acadêmica (FORTUNA et al., 2019; DEHGHAN & WILSON, 2019) e 2 periódicos médicos (BUSHRA SABRI et al., 2019; COLE; FLANAGIN, 2013).

Em se tratando da abordagem metodológica, 11 artigos eram do tipo qualitativo e apenas um enquadrou-se como estudo de abordagem quali-quantitativa, configurado como estatística descritiva e inferencial com uso de dados quantitativos. Três artigos fizeram parte de um estudo mais amplo (KEYGNAERT; GUIEU, 2015; BYRSKOG et al., 2014; FORTUNA et al., 2019).

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES SOBREVIVENTES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Três autores informaram a nacionalidade das mulheres refugiadas mencionadas nos estudos, a saber: nascidas na Somália (BYRSKOG et al., 2014), na Venezuela (FERNANDEZ-NINO et al., 2021) e Síria (DEHGHAN; WILSON, 2019). Dois artigos indicaram duas regiões: África Subsaariana (KEYGNAERT et al., 2014) e América Latina (FORTUNA et al., 2019). Os demais não trouxeram a referida informação.

Quanto às características das mulheres, em apenas dois artigos foi possível essa identificação. Uma pesquisa que faz parte de um estudo mais amplo sobre a saúde sexual e a vitimização de migrantes vulneráveis na UE registrou a prevalência de 11% para mulheres com mais de 15,9 anos de sofrer violência sexual (KEYGNAERT; GUIEU, 2015). O artigo de Fortuna et al. (2019) com o objetivo de comparar mães imigrantes de crianças menores com aquelas que não possuíam filhos, em relação à saúde psicológica e reprodutiva, e correlatos da

exposição passado o trauma sexual, indicou que 38% dessas mulheres tinham filhos menores e 58% tiveram cidadania no país de acolhimento.

Apenas cinco artigos indicaram o número de mulheres envolvidas nas pesquisas, sendo possível observar a discrepância do número em cada um deles: 60 oriundas de diversos países da África Subsariana, sem que se tenha especificado o percentual que se originou de cada país, 17 refugiadas nascidas na Somália em idade fértil e residentes na Suécia (BYRSKOG et al., 2014), 175 participantes mulheres imigrantes latinas do estudo Internacional Latino Research Partnership (ILRP), que rastrearam positivo para sintomas de saúde mental por meio do estudo de pesquisa na atenção primária, tiveram seus dados de saúde comportamental analisados (FORTUNA et al., 2019), 1250 mulheres foram recrutadas e randomizadas para a intervenção We Women ou ourCircle baseada na *web* ou para site usual de controle de planejamento de segurança (BUSHRA SABRI et al., 2019). Por fim, no quinto artigo, 520 gestantes venezuelanas migrantes irregulares foram estudadas por meio da amostragem sistemática em hospitais públicos e na comunidade por meio de busca ativa de bola de neve, entre agosto de 2018 e maio de 2019 (FERNANDEZ-NINO et al., 2021).

Todas as doze pesquisas que fizeram parte da análise, mesmo reconhecendo as experiências traumáticas dessas mulheres, não articularam os aspectos subjetivos, o contexto social e político delas, omitindo-se na produção de dados sobre o contexto migratório, que seriam capazes de informar em que condições viviam antes da busca por refúgio, como conseguem e/ou se existem dificuldades nesse processo.

Ainda sobre o contexto migratório, foram considerados fatores importantes, como nos casos nos quais as mulheres, para além da violência sexual ainda são confrontadas com situações que aumentam o risco de sofrerem exploração e abuso e terem dificultado o seu acesso aos serviços de saúde. Autores (KEYGNAERT; GUIEU 2015; KEYGNAERT et al., 2014; RODELLA SAPIA et al., 2020; FORTUNA et al., 2019; NABULSI et al., 2021) mostraram que o *status* legal (direito restrito), o *status* político indeciso no país anfitrião com as incertezas resultantes do processo migratório, que as deixam em sua maioria em um alto grau de vulnerabilidade social e econômica (KEYGNAERT et al., 2014; FERNANDEZ-NINO et al., 2021), bem como os atuais quadros políticos (KEYGNAERT; GUIEU, 2015) são barreiras para a comunicação da VG. Byrskog et al. (2014) enfatizaram que as mulheres revelaram que a escalada da violência dentro da comunidade com riscos subsequentes de exposição direta à violência, violaram a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos.

Em se tratando de mulheres imigrantes indocumentadas, Keygnaert e Guieu, 2015, Keygnaert et al. (2014) e Fortuna et al. (2019) constataram que o seu *status* as impedia de divulgar os casos de violência sexual, pois isso poderia levá-las à deportação. Keygnaert et al. (2014) concluíram que o quadro político sobre a migração no Marrocos não protege os migrantes indocumentados de serem sexualmente vitimizados e até alimentam incertezas e violações de direitos no campo, tendo sido realizada crítica ao uso perpétuo do conceito de “migração em trânsito” que permite que os países envolvidos bem como a EU, recusem a responsabilização que lhes cabe pela violência cometida contra os indocumentados migrantes nas zonas fronteiriças (Argélia-Marrocos, Marrocos - EU).

Fortuna et al. (2019) consideraram que a reforma sanitária incluiu coberturas importantes, mas excluiu imigrantes indocumentados dos benefícios de segurança para a saúde, existindo um impacto desproporcional destas leis entre as mulheres indocumentadas e de outras mulheres de baixa renda, que dependem mais de clínicas comunitárias para receber serviços de saúde reprodutiva. Ainda considerou que o *status* de imigrante pode aumentar a dependência do parceiro, deixando as mulheres menos propensas a denunciar abuso e procurar asilo ou assistência jurídica por medo de deportação e separação familiar, bem como estigma ligado à castidade (FORTUNA et al., 2019; BYRSKOG et al. 2014) e medo de se trazer “desonra à família” com conseqüente punição familiar e social (BYRSKOG et al. 2014; NABULSI et al., 2021).

5.3 ABORDAGEM INTEGRADA EM RELAÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS SOFRIDAS PELAS MULHERES REFUGIADAS

Conduzido por Keygnaert et al. (2014), a pesquisa interpretativa, feminista, comunitária e dialógica que buscou identificar a natureza e magnitude da violência que os migrantes subsaarianos experimentam no Marrocos e no caminho até ele, trouxe informações sobre o momento em que a violência é perpetrada: 138 entrevistados descreveram 230 casos independentes de violência; a maioria (132) ocorreu em Marrocos ou em suas fronteiras; 24 ocorreu fora de Marrocos. Em outras 26 entrevistas, os entrevistados descreveram a violência durante sua jornada migratória sem indicar um local específico. Ainda apontando para as violências que ocorrem nas fronteiras afirmou que, embora muitos jovens e crianças migrantes subsaarianos paguem pela passagem de um grupo com seus corpos, destruindo sua

saúde pessoal e desestabilizando os migrantes que tem que testemunhar a vitimização, não parece que suas vidas sejam cuidadas por nenhuma autoridade oficial.

Rodella Sapia et al. (2020) afirmaram que estudos recentes descrevem uma prevalência de VG em rotas migratórias, em ambientes humanitários e instalações de asilo, ressaltando a precariedade de dados ao argumento de que mulheres e meninas migrantes sírias não informam a VG que sofreram após deixar o país de origem, pois somente o exercido antes da fuga do país de origem dá direito ao asilo, transformando-se em barreira para a comunicação e acesso à saúde; a experiência na rota de migração não afeta o *status* político. Nove artigos não falaram especificamente se a violência sexual foi sofrida antes, durante ou depois do deslocamento em busca do refúgio.

Ainda em relação ao momento em que as violências são perpetradas, Keygnaert e Guieu, (2015) indicaram que 69,3% das migrantes do sexo feminino foram vítimas de violência sexual desde a sua chegada à Europa. Dentro dessa perspectiva criticaram a concentração da atenção na ocorrência do crime no país de origem ou culturas de origem, pois tenderia a ignorar as ocorrências quando do acolhimento dos requerentes dentro e fora dos centros de acomodação. Byrskog et al. (2014) exploraram as experiências de violência sexual e Violência por Parceiro Íntimo (VPI) pré-migração, na Somália antes da fuga da guerra.

O estudo de Byrskog et al. (2014) foi o único que relatou a guerra como motivação para o pedido de refúgio, evidenciando que os relatos das mulheres nascidas na Somália com destino à Suécia associaram um alto risco de exposição à VPI ao nível comunitário e à guerra, que contribuiu para um clima de “violência”, além de outros fatores de risco, como o uso da planta Khat (*Catha Edulis*)¹⁶ e seus derivados, a pobreza, e o medo de que as pessoas de sua comunidade fizessem especulações sobre os fatos que vivenciavam.

Em relação à natureza da violência perpetrada nas refugiadas do sexo feminino, quatro artigos identificaram que a forma mais comum de violência foi a sexual. (KEYGNAERT; GUIEU, 2015; KEYGNAERT et al., 2014; RODELLA SAPIA et al., 2020; NABULSI et al., 2021).

Keygnaert e Guieu (2015) descreveram que os casos de violência sexual se concentram predominantemente no assédio e abuso sexuais, tentativa ou estupro consumado, exploração sexual, prostituição forçada e uso de violência sexual como arma de guerra ou tortura. Identificou ainda, que alguns documentos políticos europeus entendem a violência

16 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Synthetic cathinones. Disponível em: <https://www.unodc.org/LSS/SubstanceGroup/Details/67b1ba69-1253-4ae9-bd93-fed1ae8e6802>

sexual também como resultantes de práticas culturais nocivas, como a mutilação genital feminina. Indicaram que 69,3% das migrantes do sexo feminino foram vítimas de violência sexual desde a sua chegada à Europa (indicou apenas a violência sexual), fazendo menção a um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2013 que demonstrou que 25,4% das mulheres e meninas na Região Europeia foram vítimas de violência sexual e física por parceiro íntimo e 5,2% sujeitos a violência por não-parceiros.

Segundo Keygnaert et al. (2014), as vítimas suportaram múltiplas formas de violência de maneira combinada, trazendo a análise que a violência em geral e a violência sexual em particular, acabaram de se tornar uma parte inevitável da jornada. A violência sexual foi a forma mais comum com 246 atos de violência sexual ou 45% de todas as violências relatadas ocorrendo em 184 dos 230 casos. Os tipos variam desde o assédio sexual (sem contato físico) até o abuso sexual (contato físico, mas sem penetração) até estupro e tortura sexual (com penetração). Os episódios de assédio sexual consistiram principalmente, em casos em que as vítimas foram publicamente forçadas a se despirm ou ameaçadas de estupro. Ainda, neste estudo, foram elencados resultados importantes para reflexão: entre os 154 migrantes subsaarianos entrevistados, 138 (89,61%) relataram casos de migrantes subsaarianos sendo vitimizados por pessoas desconhecidas, seja durante sua migração ou no próprio Marrocos, enquanto 16 não relataram nenhuma experiência de violência. Desses 138 entrevistados, 120 estiveram pessoalmente envolvidos: 79 foram física e/ou sexualmente vitimizados pessoalmente, enquanto 41 foram forçados a testemunhar como seus parceiros, filhos, familiares, amigos ou outros migrantes foram físicas ou sexualmente vitimizados em sua presença. Apenas dezoito outros entrevistados sabiam de pares subsaarianos dentro de seu relacionamento próximo (parentes ou amigos) que foram vitimados.

Por fim, Keygnaert et al. (2014) apontaram que o estupro (57,25%) foi a forma mais comum de violência sexual em 142/248 relatando que este consistia predominantemente em estupro coletivo em 81/142 (57,04%), com, pelo menos, dois e mais de dez perpetradores estuprando pelo menos uma vítima ao mesmo tempo; ou de estupros múltiplos em 30/142 (21,12%), nos quais um ou mais perpetradores estuprou a(s) vítima(s) sucessivamente por um período mais longo de tempo. Em 77 casos de estupros houve uma única vítima enquanto em 65 outros casos, os entrevistados enfatizaram que as vítimas também foram estupradas em grupo. Não foram fornecidos dados exatos do gênero das vítimas, o que foi impossibilitado pela circunstância de que muitas vitimizações sexuais ocorreram em grupo. Para o estupro

especificamente, à vitimização feminina foi constatada em 121/142 casos de estupro (85,21%) e a vitimização masculina em 53 dos 142 casos de estupro relatados (37,21%). Outra violência apontada pelo estudo foi a exploração sexual, que incluiu a prostituição forçada e o sexo transnacional forçado em troca de comida prometida, abrigo, segurança ou passagem. A exploração sexual, ou “sexo de sobrevivência”, também foi relatado entre as mulheres refugiadas sírias e foi associada à necessidade de cobrir o custo de vida, ou seja, em troca de alimentos, aluguel e outros bens e serviços (NABULSI et al., 2021).

Uma outra pesquisa conduzida por Byrskog et al. (2014) apontou que as mulheres estão mais expostas à violência sexual não parceira ou Violência por Parceiro Íntimo (VPI) antes da fuga da guerra na Somália.

Rodella Sapia et al. (2020) considerou que durante emergências, incluindo fugir do país, a violência sexual é a forma mais frequente de violência de gênero, embora outros tipos possam ser o motivo de saída do país ou experimentados na rota migratória. Estimou-se que mais de 67% das mulheres e meninas migrantes sírias tenham sido vítimas de, pelo menos, um tipo de Violência de Gênero (VG).

Conduzido por Fortuna et al. (2019), a análise de dados de saúde comportamental de 175 participantes mulheres imigrantes latinas nos EUA e Espanha, do estudo Internacional Latino Research Partnership (ILRP) apontou três tipos de violência, quais sejam, Violência por Parceiro Íntimo (VPI) por estupro e violência física, violência sexual e violência física e chamou a atenção para o fato de que a violência sexual e Violência por Parceiro Íntimo (VPI) frequentemente concorrem e resultam em risco cumulativo, configurando-se como barreiras para o cuidado à saúde, gerando insegurança para a mulher e seu filho. Entre os resultados, 30% sofreram violência sexual e 61% sofreram violência física, concluindo que são taxas igualmente altas para mulheres com e sem filhos e que as chances de sofrer violência sexual são dez vezes maiores para as mulheres que sofreram violência física.

O estudo infere que o risco de sofrer Violência por Parceiro Íntimo (VPI) é maior durante a gravidez e após o parto. Além disso, as chances de sofrer trauma sexual foram maiores em três hipóteses: para mulheres com cidadania e que experimentaram maior estresse de aculturação, mulheres com filhos menores tiveram mais que o dobro de chances de relatar agressão física *versus* aquelas sem filhos menores; mulheres que viveram por mais tempo no país de acolhimento também mostraram uma prevalência relativamente maior de exposição a

trauma sexual, o que foi atribuído ao fato de ser mais velha e/ou ter um período mais longo de risco de exposição pré e pós migração (FORTUNA et al., 2019).

Ainda neste sentido, Bushra Sabri et al. (2019) explicou que em estudos comunitários de mulheres migrantes, refugiadas e indígenas, a Violência por Parceiro Íntimo (VPI) variou de 24 a 60%, identificando a falta de familiaridade com as leis e direito do novo país como fatores que aumentam a vulnerabilidade desta população bem como a percepção desta população da existência de um maior risco e barreiras para deixar um relacionamento abusivo do que outras mulheres, que não possuem por exemplo, o medo da deportação.

Outro estudo, este conduzido por Fernandez-Nino et al. (2021) e realizado em Barranquilla e Riohacha, indicou que da amostra total de 520 gestantes venezuelanas migrantes irregulares uma alta proporção relatou algum tipo de violência por parte do parceiro (90,2%); 1,3% relataram ter sido vítima de agressão física e 0,6% vítima de abuso sexual; 7,1% relataram ter sido vítima de violência física por outra pessoa.

Nabulsi et al. (2021) na revisão narrativa sobre a crise dos refugiados sírios no Líbano trouxe considerações importantes quando identificou que muitos estudos descritivos relataram um alto nível de violência sexual e de gênero. No Líbano estudos mostraram que as mulheres refugiadas sírias correm maior risco de violência sexual e de gênero (SGBV). Destacou-se um estudo realizado pela Essaid em 2015, com uma amostra de 182 mulheres refugiadas sírias do Sul do Líbano, em que se descobriu que 26% das mulheres refugiadas sírias sofreram violência emocional, 9,2% violência física e 8,7% violência sexual, com muitas mulheres relatando exposição a mais de um tipo de violência. As mulheres relataram maior exposição a múltiplas formas de SGBV, incluindo agressão sexual, violência doméstica, casamento forçado e exploração sexual. O aumento da agressão sexual foi associado a viver em áreas inseguras com pouca privacidade e colapso das redes sociais existentes. Elas acreditavam que a violência sexual era bastante comum, e temiam serem atacadas em vários ambientes e por diferentes perpetradores, incluindo guardas em postos de controle, proprietários, empregadores, lojistas e taxistas. Com o fundado temor elas evitam andar desacompanhadas nas ruas.

Outro fator foi considerado como importante no aumento do risco de assédio sexual e exploração em locais de distribuição de ajuda ou a caminho de tais centros: em razão do *status* ilegal de muitos refugiados no Líbano, os homens temem os postos de controle e, portanto, preferem enviar suas esposas para receber assistência, pois são menos propensas a

serem detidas. Alguns participantes do braço qualitativo do estudo relataram que os maridos coagiam suas esposas a terem relações sexuais com outras pessoas por dinheiro (NABULSI et al., 2021)

Em um dos artigos elas relataram um aumento na violência doméstica desde os seus deslocamentos, tendo sido associado ao aumento da frustração entre os homens sírios, levando-os a liberar sua raiva sobre suas esposas. Muitas razões foram relatadas para contribuir para isso, incluindo seu status de refugiado, maus tratos por empregadores e perda de seu papel como provedores da família. (NABULSI et al., 2021)

Observou-se em outro artigo um aumento no número de casamentos forçados e precoces entre os refugiados no Líbano em comparação com as taxas pré-conflito na Síria. Estudos estimam uma prevalência de 18% a 23% em comparação com os 17,3% anteriores na Síria pré-conflito. Por fim, os estudos qualitativos sobre casamento infantil mostram que as famílias sírias aceitam uma idade mais precoce para o casamento devido à perda de oportunidades educacionais, restrições financeiras e proteção das meninas contra o assédio sexual (NABULSI et al., 2021).

Com relação ao artigo de Dehghan e Wilson (2019), os autores examinaram criticamente as questões éticas que surgem quando os profissionais de saúde atuam como guardiões, exercendo o controle no acesso a refugiados sexualmente torturados para fins de recrutamento de pesquisas, destacou-se que 30% a 80% dos requerentes de asilo em países de alta renda relataram terem sido torturados bem como que 78% a 80% das mulheres e 25% a 56% dos homens também sofreram violência sexual.

5.4 ABORDAGENS SOBRE DIREITO E PROMOÇÃO DE JUSTIÇA

No que diz respeito às consequências jurídicas relacionadas à violência sexual Keygnaert e Guieu (2015) afirmaram que no ano de 2010 apenas 10 dos 27 Estados-membros da União Europeia realizaram a abordagem no direito penal da violência sexual perpetrada em face das vítimas de tráfico e da mutilação genital, o que era confirmado pelo baixo número de casos que chegaram aos tribunais nacionais europeus. No mesmo sentido, Keygnaert et al. (2014) trouxeram dados da ONG Médicos sem Fronteiras, que recebeu 697 vítimas de violência sexual entre 2010 e 2012. A maioria relatou ataques múltiplos e de gangues para sustentar a assertiva de que a vitimização sexual continua na impunidade e que a vida desses

migrantes não é politicamente cuidada. Na pesquisa de Rodella Sapia et al. (2020) os dados indicaram que apesar de sua ocorrência, a VG permanece negligenciada e subnotificada devido ao medo do estigma, vergonha e vitimização. Rodella Sapia et al. (2020) destacou a subnotificação de VG na Suíça, com baixas taxas de acusação e condenação, fatores que resultaram em impunidade aos perpetradores da violência, assim como mostrou a falta de um plano de ação nacional e número insuficiente de abrigos.

No mesmo sentido dos artigos citados acima, Nabulsi et al. (2021) apontaram que no Líbano, as mulheres e meninas refugiadas sírias no contexto da crise de refugiados também enfrentam problemas para receberem suporte das autoridades policiais e do judiciário, pois são confrontadas com a falta de conhecimento e/ou ausência de encaminhamento pela polícia para o local adequado bem como a quebra de confidencialidade. Além disso, a falta de confiança nas autoridades libanesas e a dificuldade de obter o *status* legal dificultam a denúncia e a busca de apoio após ataque.

Ainda, Hernández, (2017) constatou que a ausência de avaliação de impacto no Acordo celebrado entre a União Europeia e a Turquia, em 18 de março de 2016, levou a uma falha na prevenção, investigação, processo ou fornecimento de sanções em relação à violência sexual e outras formas de violência de gênero, que foram mais prevalentes devido à estrutura e condições precárias nos acampamentos, com grande contingente de pessoas. Ademais, se apontou que migrantes e refugiados tiveram acesso insuficiente dos direitos à informação, aconselhamento jurídico, liberdade de circulação, saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e contra violência sexual e outras formas de violência de gênero, incluindo o tráfico de mulheres e meninas.

Com relação aos autores dos crimes, apenas cinco artigos fizeram menção. Um deles indicou os profissionais e cidadãos Europeus (KEYGNAERT; GUIEU, 2015). O segundo identificou os perpetradores como pessoas com autoridade com as quais os migrantes foram confrontados durante sua viagem, como por exemplo: soldados (10,44%), policiais (9,13%), guias (7,39%) e presidentes/líder de gangues (4,4%). Além disso, esclareceu que os perpetradores militares e policiais eram marroquinos ou, quando ocorridos na região fronteiriça, eram também argelinos, indicando líderes de gangues subsaarianos que funcionam como profissionais de migração não oficiais (KEYGNAERT et al, 2014). Os cidadãos somalis - parceiros e não parceiros foram indicados no artigo de BYRSKOG et al., (2014) e perpetradores múltiplos indicados por NABULSI et al. (2021), incluindo além de seus

maridos, guardas em postos de controle, proprietários, empregadores, lojistas e taxistas. Bushra Sabri et al. (2019) limitou-se a VPI.

5.5 PROBLEMAS DE SAÚDE E DEMAIS CONSEQUÊNCIAS ADVINDAS COM A VIOLÊNCIA SEXUAL

Em relação aos problemas de saúde advindos com a violência sexual, a literatura é uníssona em identificar esta conexão e relacionar consequências graves na vida e na saúde dos sobreviventes. Autores afirmaram que a violência sexual pode gerar graves problemas sexuais, reprodutivos, consequências para a saúde física e mental (KEYGNAERT; GUIEU, 2015; KEYGNAERT et al., 2014; BYRSKOG et al., 2014; RODELLA SAPIA et al., 2020; FORTUNA et al., 2019; NABULSI et al., 2021).

KEYGNAERT et al. (2014) afirmaram que em 51 casos foram feitas menções quanto às consequências sexuais e reprodutivas da violência. As consequências reprodutivas incluíram gravidezes indesejadas após estupros; dores abdominais, DSTs e infecções por HIV/AIDS foram mencionadas como consequências sexuais da vitimização; identificaram que 10 apresentaram consequências físicas permanentes, como dor contínua e lesões como lacrimejamento vaginal e anal, comprometimento físico ou mesmo consequências fatais em 6 casos; além de consequências físicas predominantemente temporárias como feridas, perda de consciência ou sangramento, dores abdominais, dificuldade para andar ou doenças e consequências afetivas. No mesmo sentido, Rodella Sapia et al. (2020) quando se dirigiu às violências de gênero as descreveu como sofrimento psicológico (por exemplo, ansiedade, depressão, uso indevido de álcool, tabagismo) e resultados físicos negativos (por exemplo, lesão, doença, choque, infecção ou doenças crônicas como pressão alta ou incapacidades), reconhecendo as requerentes de asilo grávidas como um grupo ainda mais vulnerável entre as vítimas de VG.

Fortuna et al. (2019) relataram que mulheres imigrantes latinas que sofreram VPI por estupro e violência física estavam em maior risco de estresse pós-traumático, problemas de saúde ao longo da vida e disparidades, além de depressão em comparação com outros grupos minoritários. Para as mulheres imigrantes latinas, as experiências de trauma, violência e saúde mental precárias dificultam as condições e aumentam as barreiras para alcançar justiça reprodutiva, tendo-se descoberto uma maior tendência a ansiedade nas mulheres com filhos

menores. Keygnaert et al. (2014) elencaram como problema de saúde advindo da violência sexual, a prolongada e permanente impotência das vítimas e dos outros migrantes, que foram forçados a assistir como algo perturbador e difícil de lidar a longo prazo. Ressaltaram que algumas consequências são induzidas pelos resultados diretos da violência e emergem após um certo tempo.

Na publicação de Nabulsi et al. (2021) também foi feita associação da VSG a maus resultados de SSR entre mulheres refugiadas sírias, afirmando que os custos do cuidado continuam sendo a maior barreira para o acesso ao pré-natal, fator que corrobora com a realização do parto prematuro. Um menor número em estudo qualitativo também relatou riscos aumentados de ISTs e/ou abortos espontâneos como resultado da violência. Além disso, os autores mencionaram o estudo conduzido por Masterson et al. (2014) que mostrou uma significativa correlação entre exposição à violência e condições ginecológicas, como irregularidade menstrual, dor pélvica e ITRs. Também emergiu resultados que associam a VSG a complicações na gravidez e baixa adesão aos cuidados pré-natais bem como o uso limitado de métodos contraceptivos. Muito pouco estudos relataram sobre a prevalência de HIV e outras DSTs, relatando baixos níveis de infecção.

Outras consequências da violência sexual foram relatadas pelos autores Keygnaert et al., (2014) e Fortuna et al. (2019) que identificaram que estas também ocasionam problemas socioeconômicos nas vítimas, sendo mencionado a exclusão social e falta de apoio às vítimas no Marrocos, independentemente do seu gênero bem como que existe a possibilidade de eventual prejuízo aos seus pares, filhos, comunidade e eventualmente a sociedade, reconhecendo o dano potencial. Keygnaert et al. (2014) justificaram a possibilidade de prejuízo nas relações as reações emocionais e psicológicas que foram descritas como “vergonha”, “inquietação”, “incapacidade de falar”, “medo” e “colapso emocional”. O casamento coercitivo foi identificado como mais uma consequência por Byrskog et al. (2014).

O trabalho de Fortuna et al. (2019) corrobora com as consequências acima relatadas quando considera que a VPI pode: 1) comprometer a capacidade de sintonia e empatia dos cuidadores com seus filhos e diminuir sua capacidade de avaliar e responder ao perigo no meio ambiente; 2) levar a práticas parentais prejudicadas; pode interromper a relação cuidador-filho e é especialmente tóxica para crianças pequenas expostas à violência, pois prejudica a percepção do cuidador como alguém protetor confiável e seguro. Identificou-se

que histórias de abuso sexual e violência sexual também podem levar à estigmatização e ao isolamento.

Quanto ao número de participantes da área de saúde envolvidos nas pesquisas, apenas em 2 artigos foi possível esta identificação, a saber: 12 pesquisadores comunitários foram treinados para realizar entrevistas em profundidade sobre saúde sexual, violência sexual e determinantes percebidos por esses migrantes pesquisadores comunitários (KEYGNAERT et al., 2014) e 16 partes interessadas participaram do estudo e estavam envolvidos no processo manicomial ou prestavam cuidados de saúde aos requerentes de asilo (RODELLA SAPIA et al., 2020).

5.6 POLÍTICAS DE SAÚDE DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA E CUIDADO

Em relação às políticas de saúde que são criadas com o objetivo de prevenção da violência e cuidado dessas mulheres, Keygnaert e Guieu (2015) identificaram que poucos estados membros da União Europeia implementaram medidas de prevenção, mesmo sendo possível constatar um crescimento e uma maior organização na estrutura em torno do tráfico e da mutilação genital. Menos da metade dos 27 Estados-membros prestaram serviços específicos ou linhas de ajuda para as vítimas de estupro em 2013. A revisão da literatura identificou que a Espanha foi o único país que adotou uma estratégia explícita de prevenção de violência sexual em migrantes, incluindo os casos de indocumentados. Além disso, vislumbrou-se a possibilidade de mudança promissora para políticas mais eficazes de prevenção e resposta a essas violências, com a adoção de dois instrumentos europeus, quais sejam, a Diretiva Europeia de 2003 que estabeleceu a necessidade de adoção do mínimo de normas para o acolhimento de requerentes de asilo, estipulando que as vítimas de violência sexual (nomeadamente tortura sexual ou estupro) deveriam receber tratamento. A reformulação desta diretiva aconteceu em 2013, avançando na abordagem e solicitando aos Estados-membros da União Europeia que adotassem “medidas apropriadas para prevenir a violência de gênero, incluindo a agressão sexual e assédio” dentro dos centros de recepção e instalações de alojamento, e para garantir “acesso a cuidados médicos e tratamentos psicológicos ou cuidados para grupos vulneráveis”, que agora incluem vítimas de uma série de violências sexuais. O segundo instrumento mencionado foi a Convenção Europeia de “Istambul” sobre a prevenção e combate à violência contra a mulher e à violência doméstica,

em que se dedicou um capítulo completo à migração e asilo, ampliando as oportunidades em relação ao status de residência, pedidos de asilo baseados no gênero e não repulsão. Até 2015 a EU não havia assinado esta Convenção.

Ainda sobre as políticas de saúde que são criadas com o objetivo de prevenção da violência e cuidado dessas mulheres, Keygnaert et al. (2014) afirmam que a saúde dos migrantes não é considerada um direito humano pelos “países de trânsito”, que não recebem incentivos para implementar estruturas e serviços dedicados a uma abordagem de direitos, omitindo-se na proteção e reposta a essas vitimizações. Rodella Sapia et al. (2020) afirmaram ser necessário estabelecer um ambiente seguro que respeite o direito das pessoas à autodeterminação, mostrando que a confiança no sistema de saúde representou outra questão importante. Diferentes casos foram relatados em que mulheres requerentes de asilo, transitando no Egito, foram submetidas a um exame ginecológico e muitas dessas não sabiam que recebiam um dispositivo intrauterino (DIU). Aquelas que sabiam estavam conscientes sobre o risco de se tornarem vítimas sexuais, de violência e exploração ao longo de sua jornada. Sugeriu a criação de um certificado especial em medicina transcultural que sublinharia a importância da questão, dando um incentivo aos profissionais de saúde a participar do treinamento, transmitindo confiança na população vulnerável.

Fortuna et al. (2019) enfatizam que são de vital importância para a justiça reprodutiva, a saúde materna e o bem-estar cuidador-criança, as políticas que influenciam a migração, a saúde mental e acesso aos cuidados de saúde e que combatam a pobreza de mulheres migrantes e refugiadas latinas. Foram identificadas seis estratégias eficazes para promover a autorreflexão, mudar a prática e prevenir o estresse traumático secundário no trabalho com famílias jovens afetadas por trauma. Segundo os autores, todas estão voltadas para a justiça reprodutiva com potencial de mudar a trajetória e as consequências intergeracionais do trauma na vida das mulheres e crianças.

Bushra Sabri et al. (2019) desenvolveram uma pesquisa para apoiar as políticas e intervenções mais eficazes e adequadas às necessidades das mulheres imigrantes, refugiadas e indígenas vítimas de abuso nos EUA, pois esforços para ajudar sobreviventes de VPI/ HPI (homicídio por parceiro íntimo) implicam um cálculo de risco e que estas sobreviventes devem ser informadas sobre seus fatores e riscos individuais. O planejamento de segurança deverá ser adaptado ao nível de risco das mulheres com o objetivo de também reduzir os problemas de saúde mental e aumentar o empoderamento. O Danger Assessment (instrumento

de avaliação de perigo) myPlan foi desenvolvido para ajudar mulheres abusadas a avaliar seu nível de perigo no relacionamento abusivo; pode ser autoadministrado ou usado com um advogado ou profissional para apoiar as mulheres na identificação de incidentes de abusos antigos usando códigos em um calendário de 12 meses e preenchendo 20 perguntas sim/não sobre fatores de risco). Ele foi projetado como um auxílio interativo e personalizado com o objetivo de reduzir o conflito decisório e aumentar a busca por segurança, evitando a exposição à violência repetida e melhorando a saúde mental ao longo do tempo. Por fim, o estudo parte da premissa de que as intervenções que parecem funcionar com um grupo cultural podem não funcionar para outros, sendo imperativo que as avaliações de risco e segurança bem como intervenções de planejamento sejam desenvolvidas para grupos culturais específicos. As avaliações de risco e as intervenções de planejamento de segurança que levam em consideração a cultura dos sobreviventes provavelmente repercutirão de uma forma mais efetiva do aquelas desenvolvidas para a cultura majoritária branca, sendo possível identificar as necessidades reais das mulheres abusadas e promover o seu empoderamento.

Cole e Flanagin (2013), em uma revisão sistemática da literatura baseada no caso da refugiada da guerra civil na Somália, discutem o manejo clínico desta paciente com fraqueza crônica, dor e transtorno de estresse pós-traumático como consequência do trauma que experimentou nesta guerra. Trazem uma discussão com dois pontos de vistas em relação as novas recomendações da OMS, quais sejam: a) terapia cognitivo-comportamental com foco no trauma para adultos expostos ao trauma com sintomas de estresse agudo e TEPT (Transtorno de Stress Pós-Traumático), desaconselhando o uso de benzodiazepínicos para estresse agudo e contra o uso de antidepressivos como tratamento de primeira linha para TEPT, a menos que haja depressão moderada a grave concomitante; e b) diretrizes que recomendam terapia cognitivo-comportamental ou intervenções de dessensibilização e reprocessamento do movimento, realizadas por profissionais de saúde com boa compreensão da violência contra a mulher, para aqueles com TEPT, principalmente com base em níveis baixos a moderados de evidências, evidenciaram como conclusão principal, em uma abordagem multidisciplinar projetada para ser culturalmente aceitável pelo paciente. Salientaram que os artigos destacaram um problema comum sobre as recomendações para o manejo clínico de pacientes que experimentam várias formas de trauma para ajudar a facilitar a recuperação. Apesar de acontecer uma melhora nas pesquisas nestas áreas com a evolução de evidências, estas ainda possuem evidências piores quando comparadas às de intervenções

para outros distúrbios, como doenças cardíacas e câncer. Entretanto, reconheceu que os artigos estudados forneceram suporte substancial para psicoterapia e outros tratamentos para ajudar recuperação após o trauma.

De acordo com o mesmo artigo, existe a necessidade de níveis de evidência mais fortes, como os de ensaios clínicos, mas esses estudos são um desafio para serem conduzidos e financiados em ambientes em que muitas pessoas são afetadas por violência ou trauma interpessoal, em massa ou incidental. Por fim, afirmaram que a qualidade de vida após o trauma é moldada pela capacidade de cura e recuperação física e psicológica, que pode ser facilitada pelo tratamento baseado em evidências de lesões físicas e psicológicas e suas sequelas. Além dos artigos estudados terem fornecido suporte substancial para psicoterapia e outros tratamentos para ajudar recuperação após o trauma (COLE; FLANAGIN, 2013).

No que tange aos fatores de prevenção Keygnaert et al. (2014) receberam três sugestões dos entrevistados: a primeira no sentido de que as fronteiras marroquinas deveriam ser melhor protegidas e facilitar a migração, a segunda enfatizou que o governo marroquino deve considerar a concessão de documentos a mais migrantes para lhes dar estabilidade no país e evitar situações de repulsão. Em terceiro, solicitaram a aplicação de leis que punem os perpetradores de violência sexual, pois acreditavam que isso poderia impedi-los de agir. Também indicaram a utilização dos direitos humanos como instrumento de defesa destas políticas. Por fim, os autores consideraram essencial que a União Europeia assumira a sua responsabilidade modificando drasticamente a regulamentação da migração com defesa integral dos direitos humanos e não apenas em nível de sobrevivência, além de exigir o cumprimento pelas autoridades marroquinas e todas as outras envolvidas.

Hernández (2017) no artigo reflexivo que se concentra principalmente nas alegações da queixa referentes às violações dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas refugiadas e migrantes, quando da celebração do acordo entre a União Europeia e a Turquia em 18 de março de 2016, também apontou para a necessidade de implementação dos padrões de direitos humanos na proteção dos direitos dos migrantes e refugiados. Argumentou que diante da não realização de uma avaliação de impacto nos direitos humanos deste acordo e dos relatórios de progresso sobre sua implementação, além da não inclusão de mecanismos para garantir que a implementação fosse feita em conformidade com as obrigações de direitos humanos da União Europeia, colocou refugiados e migrantes em situação de extrema vulnerabilidade, permitindo particularmente violações aos direitos das mulheres.

Os resultados do estudo de Rodella Sapia et al. (2020) demonstraram que a intervenção precoce provou ser eficaz na redução das consequências psicológicas e fisiológicas a curto e longo prazo.

5.7 SAÚDE E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE POR MEIO DE POLÍTICAS DE IMIGRAÇÃO

Keygnaert et al. (2014) afirmaram que no Marrocos as vítimas não têm acesso aos cuidados de saúde oficiais e dependem de raro apoio médico e social de ONGs sobre vitimização sexual. Os entrevistados afirmaram que confiavam nas ONGs para buscarem assistência, identificando organizações como a Cruz Vermelha ou Médicos sem Fronteiras (MSF) como únicos prestadores de cuidados para o tratamento de vítimas de violência sexual. As respostas dos entrevistados que eram profissionais de saúde sobre violência sexual contra migrantes subsaarianos em Marrocos subsidiaram a conclusão dos autores de que essa população não encontra auxílio dentro dos serviços de saúde pública, o que torna a situação insustentável e ignora o direito dos migrantes aos cuidados de saúde.

Byrskog et al. (2014) concluíram que após a migração, doenças relacionadas à violência podem ser negligenciadas no sistema de saúde, pois os cuidados inadequados e o silêncio sobre violência sexual/VPI experimentados pelas mulheres refugiadas somalis pré-migração afetam a saúde delas e as atitudes nos países de acolhimento em relação aos cuidados. Identificou-se, especificamente em relação às mulheres grávidas que estas tiveram acesso limitado aos cuidados pré-natais antes da migração, fato que pode implicar em um risco para o aumento de problemas de saúde desconhecidos, mas existentes entre as mulheres recém-chegadas da Somália na Suécia. O atraso no atendimento pré-natal é um fator que torna-se agravante para a saúde da refugiada. Os cuidados de saúde desta população se revelaram ainda mais frágeis e incompletos, já que o sistema de saúde trata apenas de problemas físicos, considerando a saúde mental como um problema novo enfrentado pela comunidade somali após a guerra. As mulheres reconhecem que os cuidados no sistema de saúde do país de acolhimento são a “última escolha”, seguidos dos rituais religiosos tradicionais e apoio social.

Em relação ao atendimento de saúde Rodella Sapia et al. (2020), no estudo realizado em um cantão fronteiriço da Suíça, um dos principais pontos de entrada para requerentes de

asilo, mostrou que o atendimento inicial ocorre em acomodações federais e a transferência para acomodações estaduais para continuidade no tratamento foi considerada uma questão crítica, já que o cuidador de primeiro contato foi considerado o profissional mais competente que poderia atuar como um coordenador dos casos de violência baseada no gênero. Percebe-se que apesar de sua ocorrência, os serviços necessários aos sobreviventes de VG permanecem com cobertura limitada e desigual com a disponibilidade limitada de profissionais de saúde treinados. Destacaram a importância de intérpretes do sexo feminino para lidar com casos de vítimas do sexo feminino, incluindo um sistema de saúde com profissionais competentes, apoio com necessidades linguísticas e culturais, bem como a necessidade de continuidade perfeita do cuidado além das fronteiras cantonais (estaduais). Reportaram que o exercício do direito à saúde se depara com as seguintes barreiras de acesso: as mulheres sobreviventes não possuem proficiência linguística necessária para acessar os cuidados de saúde; os profissionais de saúde nem sempre possuem competências para reconhecer as necessidades específicas e podem não ter treinamento e conhecimento para identificar indivíduos ou grupos vulneráveis.

Ainda de acordo com Rodella Sapia et al. (2020), os dados indicaram que na Suíça, apesar de ser um dos muitos países de acolhimento que recebem requerentes de asilo, existe apenas um relatório que discute o acesso à saúde. Há a necessidade de abordar o sofrimento psicológico dos requerentes de asilo depois de terem sido transferidos de um centro federal de asilo (primeiro centro de acomodação) para o destino final. Nenhuma pesquisa foi realizada para analisar o acesso a cuidados de saúde profissionais entre mulheres requerentes de asilo sobreviventes de VG ou que podem estar enfrentando VG em países de acolhimento.

Infere-se que no estudo de Fortuna et al. (2019), as mulheres marginalizadas de cor experimentam barreiras sistemáticas para acessar a contracepção, educação sexual abrangente, prevenção e cuidados com infecções sexualmente transmissíveis, opções alternativas de nascimento, cuidados adequados de pré-natal e gravidez. Possuem obstáculos para o recebimento de assistência à violência doméstica, salários adequados para sustentar suas famílias, lares seguros, saúde, serviços de saúde mental, dentre outros. Além disso, os autores explicam que em ambos os países, EUA e Espanha, há uma limitação no acesso aos cuidados de saúde pela população imigrante, em que a principal entrada para o sistema de saúde mental é através de centros de atenção primária, e que existem barreiras significativas para atendimento com especialistas em saúde mental. Enfim, os imigrantes indocumentados e os

autorizados com menos de cinco anos de residência legal não podem receber subsídios de seguro federal ou se inscrever em Medicaid (um programa de saúde social para indivíduos de baixa renda). A maioria dos imigrantes latinos, mesmo com *status* de documentado, recebe assistência médica mental nos Estados Unidos, através de clínicas comunitárias onde um médico de cuidados primários os trata ou os encaminha se aceitarem o seguro público ou a clínica recebe subsídios federais. No entanto, ainda enfrentam colossais barreiras no processo de cuidado. A Espanha tem um sistema em que os copagamentos para consultas de saúde mental não são comuns, com um número ilimitado de consultas de saúde mental.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde das mulheres refugiadas da América Latina – migração venezuelana para Colômbia, Fernandez-Nino et al. (2021) indicaram o aumento acentuado na oferta de serviços de saúde para migrantes, o que é significativamente explicado pelo pré-natal e assistência ao parto e pós-parto de gestantes venezuelanas. O número de partos foi quatro vezes maior em 2018 em relação ao ano anterior, o que indubitavelmente constituiu um desafio financeiro de gestão em saúde pública. Ainda em relação ao acesso aos serviços de saúde, embora 96,3% tenham dito que não estavam afiliados ao sistema único de saúde colombiano, 25,9% dos entrevistados relataram que, quando precisaram, acessaram efetivamente os serviços de emergência e a maioria acha que lhes foram fornecidos os cuidados necessários e valorizou positivamente a qualidade do serviço. É importante ressaltar que essa atenção se tornou possível graças à resposta do governo colombiano a grupos prioritários e vulneráveis de venezuelanos e às ações de organizações de cooperação internacional e ajuda humanitária.

O estudo ainda apontou para os seguintes dados: apenas 33,2% relataram ter realizado o teste de HIV e 31,8% o de sífilis, ou seja, o risco de transmissão de mãe para filho de ambas as doenças era desconhecido em mais de 65,0% dos casos; metade percebeu sua saúde durante a gravidez como boa ou muito boa (53,4%); 51,3% tinham anemia ferropriva e a maioria algum grau de insegurança alimentar (87,5%); 32,1% com prevalência de sintomas depressivos clinicamente significativos; 25,9% precisaram de atendimento de emergência independente do pré-natal; 62,7% classificaram o atendimento de emergência como muito bom ou bom e 73,1% acham que lhes forneceram os cuidados necessários para seu problema de saúde.

Dessa forma constatou-se que o esforço do governo colombiano a grupos prioritários e vulneráveis no âmbito da migração venezuelana e às ações de organizações de cooperação

internacional e ajuda humanitária se limitaram ao atendimento na sala de emergência, onde as mulheres têm uma boa percepção dos serviços de saúde, cobertura que não garantiu o acesso à atenção primária. Segundo os autores o plano de resposta do setor de saúde ao fenômeno migratório garantiu, em teoria, o cuidado integral às gestantes na Colômbia. No entanto, sem cobertura na atenção primária não há diminuição no risco para a saúde individual e coletiva das gestantes migrantes, em questões como acesso oportuno e contínuo ao tratamento e violência de gênero. Por fim, a situação de saúde dessas mulheres deve ser considerada no âmbito do processo migratório e dos determinantes sociais de saída, trânsito, chegada e retorno. Entre as limitações do estudo está a impossibilidade de generalização para todas as mulheres migrantes grávidas da Venezuela.

Nabulsi et al. (2021) no estudo com o objetivo de explorar a extensão dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SRH) implementados no Líbano para mulheres e meninas refugiadas sírias no contexto da crise de refugiados, com foco na implementação do pacote de serviço inicial mínimo (MISP) para saúde sexual e reprodutiva das mulheres em um cenário de deslocamento, destacou que apesar da multiplicidade de serviços prestados, a resposta humanitária permanece descentralizada, sem coordenação e com múltiplas barreiras que limitam o acesso e uso desses serviços. Essa constatação ressalta que há uma implementação limitada do MISP no Líbano, levando à prestação de serviços fragmentada e duplicação de esforços, sendo necessário melhorar a coordenação dos serviços por meio de uma agência líder que poderá abordar muitas das barreiras identificadas e permitir a transição para serviços abrangentes eis que permanece uma lacuna clara, com avaliações limitadas dos serviços de SSR que são pertinentes para atingir os objetivos do MISP. Foram identificadas várias barreiras ao acesso à saúde para mulheres e meninas refugiadas sírias no Líbano, que incluíam a falta de kits de profilaxia pós-exposição, restrições financeiras, desinformação, distância e transporte, serviços dispersos, barreiras culturais, além de interações negativas com profissionais de saúde. Há ampla literatura em torno de práticas, acesso e uso e barreiras de SSR por mulheres refugiadas sírias no Líbano.

Ainda, dados do ACNUR trazidos no estudo mostram que embora a CMR esteja estabelecida em todo o Líbano e os sistemas de referência estejam em vigor, 13% dos centros avaliados não puderam realizar suas tarefas devido ao alto número de funcionários em rotatividade, falta de recursos humanos ou má formação, evidenciando os desafios que permanecem na resposta à VSG entre os refugiados sírios no Líbano. Frisou-se também que

sobreviventes de violência sexual também não conseguem acessar os serviços de saúde ou relatar os incidentes devido ao medo de “trazer desonra à família”.

Fortuna. et al. (2019), especificamente sobre as políticas de imigração, que limitam efetivamente o acesso a cuidados de saúde e promovem a discriminação e medo, destacou que algumas apólices federais de seguro de saúde impedem diretamente o acesso pela procura de serviços de saúde reprodutiva, cuidados preventivos ou outro tratamento para mulheres imigrantes e refugiadas e suas famílias. Além disso, argumentam que a construção destas políticas é baseada nos estereótipos de oportunistas construído em relação às mulheres imigrantes latinas que buscam escapar do trauma sexual e da violência comunitária, simplesmente buscando dar à luz e conseguindo emprego nos Estados Unidos.

Ainda em relação às políticas de migração, que se impõem como um desafio para além da violência sexual sofrida, Rodella Sapia et al. (2020) e Nabulsi et al. (2021) associaram a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde a falta de confiança das vítimas nos sistemas legais e de saúde, Keygnaert e Guieu (2015) mostraram que os documentos legais e políticos aplicam “visão de túnel”, ignorando tipos frequentes de violência sexual, taxas de vitimização entre gêneros e fatores de risco específico na EU e Fortuna et al. (2019) indicaram que as políticas legislativas dos últimos 10 anos restringiram o acesso de aborto em clínicas comunitárias e causaram reduções no acesso a serviços de saúde reprodutiva e cuidados contraceptivos acessíveis, afirmando existir um impacto desproporcional destas leis nas mulheres indocumentadas e de outras mulheres de baixa renda, que dependem mais de clínicas comunitárias para receber serviços de saúde reprodutiva. A legislação política nos EUA e na Espanha tem acesso limitado a serviços para populações imigrantes (BUSHRA SABRI et al., 2019).

Rodella Sapia et al. (2020) considerou como barreira de acesso aos cuidados de saúde a ausência de proficiência linguística e a falta de preparo dos profissionais de saúde que nem sempre possuem competências para reconhecer as necessidades específicas e podem não ter treinamento e conhecimento para identificar indivíduos ou grupos vulneráveis. Nabulsi et al. (2021) acrescentaram as interações negativas com os profissionais de saúde.

Outros autores Byrskog et al (2014) indicaram que a falta de uma legislação penal que criminalize as condutas violentas em relação as mulheres e que estabeleçam medidas de apoio aos sobreviventes deu espaço para as normas sociais vigentes de castidade e desigualdade de gênero, associando um alto risco de exposição à VPI entre as mulheres à estrutura patriarcal

da sociedade e as relações desiguais de poder entre os gêneros. Keygnaert et al. (2014) consideraram a periculosidade do ambiente físico em que elas vivem como mais um fator de risco. Nabulsi et al. (2021) ainda identificaram várias barreiras ao acesso à saúde e fazem referência às restrições financeiras, desinformação, distância e transporte, além dos serviços dispersos e barreiras culturais.

5.8 RESILIÊNCIA E AS VOZES DAS REFUGIADAS SOBREVIVENTES DE TORTURA SEXUAL

Importa ressaltar que Byrskog et al. (2014) descreveram uma conjunção de fatores que contribuem para o enfrentamento, a sobrevivência e a resiliência após a exposição a VS e maior bem-estar: redes sociais de apoio, maior envolvimento na vida pública, orientação para o futuro, resistência e fé. Para estes, a falta de estrutura ao nível social, como educação, leis adequadas com efetiva aplicação, acesso suficientes ao trabalho e à saúde pareceu ser compensada por fortes redes sociais nacionais e transnacionais. Este artigo foi o único que se referiu especificamente à religião e revelou seu papel paradoxal, pois esta se apresentava como um local de resiliência para o indivíduo, entretanto, por se basear em interpretações religiosas e suas relações serem permeadas por poder, prejudicava o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, que se deparavam com um nível insuficiente de prestação de cuidados de saúde no país.

Rodella Sapia et al. (2020) concluíram que o fortalecimento da resiliência das sobreviventes depende do aprimoramento da construção da confiança nas instituições legais, estruturas de saúde e de treinamento e qualificação dos profissionais de saúde que serão responsáveis por estes atendimentos. Fernandez-Nino et al. (2021) afirmaram que embora de forma mais geral, é provável que, além do sistema de saúde, seja principalmente a regularização da situação migratória, como porta de entrada para o trabalho formal, renda e previdência social que permitirá a modificação real dos determinantes sociais da saúde das mulheres refugiadas da América Latina – migração venezuelana para Colômbia.

6 DISCUSSÃO

Iniciando a reflexão sobre os resultados, podemos verificar, entre os artigos selecionados, apenas um com produção na América Latina e este com relação a situação de saúde das mulheres grávidas migrantes venezuelanas no Caribe Colombiano, o que evidencia que há pouco interesse na realização de pesquisas científicas das migrações internacionais de mulheres refugiadas sobreviventes de violência sexual dentro da América Latina.

Ainda são escassas as produções acadêmicas na América Latina sobre o contexto migratório para o refúgio destas mulheres neste território e por consequência no direito à saúde. Entretanto, não podemos deixar de registrar que o tema não tem despertado o interesse de autores filiados a universidades e/ou instituições em nenhuma parte do mundo. Os dados trazem a perspectiva de que essa discussão não é prioridade em nenhum país estudado nesta revisão de literatura, isto instiga a pensar os motivos relevantes que levam ao desconhecimento das condições de vida das sobreviventes. Todavia, esta conclusão poderia ter sido diferente caso teses e dissertações também fossem investigadas nesta revisão.

As poucas pesquisas foram realizadas em sua maioria nos Estados Unidos, com refugiadas ou sobre as que eram oriundas do Sul Global, que estavam morando em países membros da União Europeia, nos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, países do Norte Global. Nesse aspecto, em que pesem os poucos estudos que forneçam esta informação, podemos destacar que também não foi feita classificação racial/cor ou pertencimento religioso, contudo tem-se ao menos uma possível suposição de qual seja a identidade racial e étnica dessas mulheres se olharmos o seu lugar de origem. Apenas em dois artigos foram apresentadas informações sobre as características das mulheres, em que um se referiu a idade (KEYGNAERT; GUIEU, 2015) e outro aquelas que tinham filhos menores e cidadania no país de acolhimento, demonstrando que não são retratadas de forma adequada na literatura (FORTUNA et al., 2019), o que nos impede de analisar o seu perfil sociodemográfico.

Depreende-se não ser possível indicar o local ou momento da jornada migratória em que as violências contra as mulheres predominaram, já que os quatro artigos que trataram do tema trouxeram dados distintos, indicando que estas podem acontecer pré-migração e nas fronteiras, em qualquer lugar ou pós-migração.

Constatou-se que a experiência da violência faz parte da trajetória da mulher refugiada. Sendo a violência sexual a forma mais comum de violência nas suas mais variadas

manifestações: assédio sexual, abuso sexual, tentativa ou estupro consumado, estupro coletivo, exploração sexual, prostituição forçada e uso de violência sexual como arma de guerra ou tortura, além das resultantes de práticas culturais nocivas, como a mutilação genital feminina.

Podemos afirmar, assim como Krug *et al.* (2002), que a violência sexual perpetrada pelos homens está arraigada no direito sexual masculino, e estes sequer ponderam a possibilidade de que suas investidas sexuais sejam negadas pelas mulheres.

Ao analisarmos os resultados das experiências das sobreviventes, na maior parte dos casos, concluímos que a jornada de uma mulher que se enquadra nas hipóteses de concessão do refúgio é atravessada por diversas formas de violências em geral, e em específico, a sexual. Isso quando não precisam suportar essas múltiplas formas de violência de maneira combinada, o que nos faz dialogar com Srinivasan (2019, p.126) no ensaio “O Direito ao Sexo”, quando afirma que “não há um direito ao sexo. Existe o direito de não sofrer estupro. Qualquer pensamento que se contraponha a esta assertiva seria pensar como um estuprador”.

Da mesma maneira, quando alguns poucos artigos identificaram os autores dos crimes, o fizeram demonstrando que todos pertencem a uma classe sexual com *status* superior, ou seja, a categoria masculina, único ponto de convergência entre eles, indicando que as mulheres não possuem um lugar seguro para permanecerem. Portanto, é possível dizer que essa interação não é estabelecida com uma mulher específica, mas sim com um sujeito genericamente mulher. Logo, diante do pensamento dominante de que a sexualidade é lugar de iniciativa, a mulher ocupa um “lugar morto” porque não é vista como sujeito, mas “pensada no trânsito entre a ideia de maculável e de imaculado” (MACHADO, 1998, p. 251)

Cabe ressaltar, que para Srinivasan (2019, p.137). “todos os corpos de mulheres são supremamente fodíveis, de uma forma ou de outra”. No entanto, a autora faz uma distinção importante quando afirma que “não existe estuprabilidade, em geral”: certos corpos são estupráveis e certos corpos de mulheres são fodíveis, porque as normas culturais dominantes atribuem a eles esses status. Nesse sentido, o corpo fodível, como o corpo estuprável, é irredutivelmente uma construção.” (SRINIVASAN, 2019, p.136). Para essa autora, a suposta “autorização” dos homens ao sexo, que é a “falsa convicção” de que eles têm direito ao sexo e que podem assegurá-lo por meio da coerção, é um paradigma de como a política molda o desejo sexual” (SRINIVASAN, 2019, p.127).

Outro ponto que considero importante foi apresentado por Srinivasan (2019, p.118) e é sobre: “como e com quem se faz sexo é uma questão política” e que “as invocações de desejos reais ou ideais há muito são usadas como pretexto para o estupro de mulheres e homens gays” (SRINIVASAN, 2019, p.124). Para a autora “o racismo e a heteronormatividade se estendem à esfera do romance e do sexo; na verdade, é nessa esfera íntima, protegida pela lógica da 'preferência pessoal', algumas de suas raízes mais profundas.” (SRINIVASAN, 2019, p.126).

Nessa acepção, os resultados mostram que os homens seguem em sua maioria sem ser responsabilizados por seus crimes sexuais. Não há a apresentação de denúncia, instauração do processo e o julgamento do ofensor. O anonimato, nesse sentido, é tratado como um detalhe estatístico, como explicita Davis (2016, p.191).

Para a compreensão desse mistério, forma como a autora se refere ao anonimato, somos convidados ao exercício de pensar por que existem tantos estupradores anônimos e se seria possível que esse anonimato fosse um privilégio usufruído pelos homens cuja condição social os protege de processos judiciais. Para a autora é provável que homens da classe alta e da média sejam os responsáveis por uma proporção significativa de estupros não notificados, já que estes envolvem vítimas que são mulheres negras, cuja experiência histórica mostra que a ideologia racista sempre foi um convite aberto ao estupro. (DAVIS, 2016, p.191)

Com esse cenário histórico, Davis (2016) faz um paralelo com a atual sociedade capitalista, para quem também abriga um incentivo ao estupro sob o fundamento de que a licença para estuprar as mulheres negras durante a escravidão era o poder econômico dos proprietários de escravos: “Homens da classe trabalhadora, seja qual for sua etnia, podem ser motivados a estuprar pela crença de que sua masculinidade lhe concede o privilégio de dominar as mulheres.” (DAVIS, 2016, p.192).

Sob a perspectiva da saúde, os resultados possibilitam afirmar a caracterização de nocivos e profundos impactos da violência sexual nas relações interpessoais e na saúde das mulheres refugiadas, ocasionando repercussões físicas e de intenso sofrimento psíquico, o que demanda estratégias de enfrentamento a violência e políticas públicas que atendam às suas especificidades.

Depreende-se também que a violência sexual tem consequências nefastas na saúde sexual e reprodutiva das mulheres como demonstram os resultados: lesões genitais e não-genitais, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), gestações indesejadas, gestações e partos inseguros e abortos.

Por tais aspectos, torna-se evidente que elas irão buscar atendimento médico e psicológico assim que possível, fato que ressalta a importância da construção de um sistema de saúde com profissionais qualificados e competentes para o atendimento. Dito de outra maneira, os profissionais de saúde nem sempre possuem competências para reconhecer as necessidades específicas e podem não ter treinamento e conhecimento para identificar a violência sexual. É importante dar destaque a necessidade destes profissionais de receberem suporte linguístico, sendo adequado que os intérpretes sejam do sexo feminino e que ambos tenham uma formação transcultural.

Sobre as políticas públicas de prevenção à violência sexual e cuidado à saúde, percebemos que os países possuem poucas estratégias de ações baseadas na garantia dos direitos humanos das mulheres refugiadas sobreviventes e que estas não são articuladas dentro do sistema de saúde e em outros setores. Estas se apresentam com pequeno alcance nos direitos à saúde, por se apresentarem de forma descentralizada e sem coordenação. Tais lacunas e limitações ao uso e acesso aos serviços aumentam indubitavelmente a vulnerabilidade dessas mulheres e contribuem para a sua revitimização.

Como muito bem se perguntou Srinivasan (2019), e como nos apropriamos nesta discussão: “Podemos nos posicionar contra o direito sexual masculino aos corpos das mulheres em geral, e (...) sem nos abirmos para uma crítica política do sexo?”

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que a escassez de informações básicas relacionadas às mulheres refugiadas sobreviventes de violência sexual, em especial as mulheres que se deslocam dentro da América Latina, limitaram as discussões e conclusões deste estudo. Concluiu-se que a violência sexual é uma realidade entre as mulheres refugiadas com graves complicações sociais e consequências para a saúde, sem que se tenha identificado medidas efetivas para o seu enfrentamento, com estratégias de promoção, prevenção e tratamento.

Ademais, a revisão integrativa apontou para a ausência de identificação e responsabilização dos agressores, o que exige uma efetiva articulação do poder judiciário e dos órgãos punitivos, como forma de alcançar um maior número de notificações dos crimes e resolubilidade dos casos em tempo razoável. A atuação eficiente das instituições judiciárias é fundamental para assegurar o acesso aos procedimentos legais de proteção dos direitos, e de forma preventiva, para que seja possível interromper as condutas criminosas geradoras da violência. E também a impunidade fomenta a descrença no sistema penal formal e torna-se mais um elemento a ser enfrentado pelas mulheres.

Ressalte-se ainda que existe a necessidade da implementação de medidas direcionadas ao acolhimento dessas mulheres, com análises relativas à conjuntura social e econômica em que estão inseridas, além de uma ênfase nos facilitadores para acesso e tratamento de saúde, com a eliminação dos obstáculos que as impede de usufruir do sistema de saúde, objetivando-se a redução de suas vulnerabilidades individuais e sociais.

A desigualdade de gêneros e as expectativas estigmatizantes que lhes é atribuída nas relações interpessoais e institucionais reforçam a violência de gênero e só ocorrem no contexto da migração porque são negligenciadas no cotidiano das comunidades. De certo, faz-se necessário a implementação de medidas de prevenção relacionadas as comunidades com a tarefa de “libertar o sexo das distorções das opressões”. (SRINIVASAN, 2019).

Além dessas questões, destaco a necessidade de que os países se empenhem na criação e cumprimento de políticas públicas com adequações específicas para coibir a violência contra a mulher imigrante refugiada e assegurar o reconhecimento, gozo e fruição dos direitos humanos sexuais e reprodutivos.

Essa revisão integrativa aponta para a necessidade de constante promoção da educação, com a expansão da discussão sobre a desigualdade de gênero, a perpetração da

violência sexual e seus nocivos impactos na comunidade refugiada sob o viés da interseccionalidade como fundamental para erradicar a violência contra a mulher. Importante que essas discussões também sejam realizadas em ambientes majoritariamente masculinos.

REFERÊNCIAS

- ACNUR. Ação contra a violência sexual e de gênero: uma estratégia atualizada. *s. l.*, 2011. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/A%C3%A7%C3%A3o-contra-a-viol%C3%Aancia-sexual-e-de-g%C3%AAnero_ACNUR-2011.pdf. Acesso em: 3 abr. 2021.
- ACNUR. Uma em cada cinco refugiadas é vítima de violência sexual no mundo. *s. l.*, 23 jun.2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-uma-em-cada-cinco-refugiadas-e-vitima-de-violencia-sexual-no-mundo>. Acesso em: 3 abr. 2021.
- ACNUR. Mulheres. *s. l.: s. d.* Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/temas-especificos/mulheres/>. Acesso em: 3 abr. 2021a.
- ACNUR. Perguntas e Respostas. *s. l.: s. d.* Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/perguntas-e-respostas/>. Acesso em: 3 abr. 2021b.
- ACNUR. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2022/04/01/chefe-da-onu-para-refugiados-pede-o-fim-imediato-da-guerra-na-ucrania-que-ja-deslocou-mais-de-10-milhoes-de-pessoas/> Acesso em: 12 maio. 2022
- ACNUR. Global Trends 2020: Forced Displacement in 2019. Jun. 2020. Disponível em: <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021b.
- ANISTIA INTERNACIONAL. Etiópia: violência sexual contra mulheres e raparigas no conflito de Tigray. Amnistia Internacional [website], Lisboa, 11 ago. 2021. Disponível em: <https://www.amnistia.pt/etiopia-violencia-sexual-mulheres-tigray/>. Acesso em: 13 maio 2021.
- ASSIS, G. O; KOSMINSKY, E. V. Gênero e migrações contemporâneas. **Rev. Estud. Fem.** [online], vol.15, n.3, 695-697, 2007. ISSN 0104-026X.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1994.
- BAUMAN, Z. **Estranhos à nossa porta**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: experiência vivida. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**: fatos e mitos. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
- BEAUVOIR, S. Por que sou feminista? Entrevista a Jean-Louis Servan-Schreiber, 1975. Publicado em 10 jan. 2017. Facebook: LetrasInverso. Disponível em: <https://www.facebook.com/watch/?v=1329007413804895>. Acesso em: 3 fev. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal (compilado). Brasília: Presidência da República, s. d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em 5 jan. 2021a.

BRASIL. Lei Nº 11.106, de 28 de março de 2005. Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, s. d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11106.htm. Acesso em 5 jan. 2021b.

BRASIL. Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração.. Brasília: Presidência da República, s. d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm. Acesso em 5 jan. 2021c.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigación social**: teoria e ejercicios. 7 ed. Madrid: Paraninfo, 1991.

BREVIDELLI, M. M.; DE DOMENICO, E. B. **Trabalho de conclusão de curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 2a ed. São Paulo: Iátria; 2008.

CARITAS. Refúgio no Brasil. s. d. Disponível em: <http://www.caritas-rj.org.br/numeros-refugio-no-brasil.html>. Acesso em: 3 abr. 2021.

CASTRO, A. A. Revisão sistemática e meta-análise. METODOLOGIA.ORG - Sítio dedicado a metodologia científica na área da saúde. 2001. Disponível em: <http://www.usinadepesquisa.com/metodologia/wp-content/uploads/2010/08/meta1.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2021.

CATLEY, B.; JONES, C. Deciding on Violence. Reason in Practice: **The Journal of Philosophy of Management**, v. 2, n. 1, p.25-34, 2002.

CONSEJO DE SEGURIDAD das NACIONES UNIDAS. Violencia sexual relacionada con los conflictos, 312, 2021. Disponível em <https://undocs.org/es/S/2021/312>. Acesso em: 3 abr. 2021.

CONTI, T. V. Violência Direta, Estrutural e Cultural. *s. l.*: 31 mar. 2016. Disponível em: <http://thomasvconti.com.br/2016/os-conceitos-de-violencia-direta-estrutural-e-cultural/>. Acesso em: 3 abr. 2021.

CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and Violence Against Women of Color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991.

DADOUN, R. **A Violência**: ensaio sobre o “homo violens”. Rio de Janeiro: Difel, 1998.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe** [recurso eletrônico] / tradução Heci Regina Candiani. 1a. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELPHY, C. O inimigo principal: a economia política do patriarcado. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 17, p. 99-119, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522015000300099&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.

GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. **Journal of Peace Research**, v. 6, n. 3, p. 167-191, 1969.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 285-296, 2017.

HIGGINS, J. *et al.* Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. version 6.2 (atualizado em fevereiro 2021). Cochrane, 2021. Disponível em: www.training.cochrane.org/handbook. Acesso em: 3 abr. 2021.

HINRICHS, B. In: DEUTSCHE WELLE. Opinião: mulheres e crianças sofrem violência em abrigos de refugiados. Publicado em 11 out 2015. Disponível em: Acesso em 29 jul. 2016.

KLEBA LISBOA, T. Gênero e migrações – trajetórias globais, trajetórias locais de trabalhadoras domésticas. **REMHU Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 14, n. 26-27, 151-166, 2006.

KRUG, E. G. *et al.* (eds.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2021.

MACHADO, L. Z. Masculinidade, sexualidade e estupro: as construções da virilidade. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 11, p. 231-273, 2013. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634634>. Acesso em: 5 jan. 2021.

MAGLIANO, M. J. Mujeres, migración y roles de género. El caso de la migración boliviana hacia Argentina. In: *Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*, 11, 2007, San Miguel de Tucumán. **Anais [...]** San Miguel de Tucumán: Universidad de Tucumán, 2007.

MASTERSON, A. R. *et al.* Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's Health*, 14,25 (2014). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-25>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Reflexão Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Oct./Dec. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018> Acesso em 10 maio 2022.

MIGRATIONDATAPORTAL, 2021. Disponível em: <https://migrationdataportal.org/themes/>

gender-and-migration. Acesso em 5 jan 2021.

MOHER, D. *et al.* Prisma Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the Prisma statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. 197, 2009.

OIM BRASIL. Estudo da ONU aponta aumento da população de migrantes internacionais. OIM Brasil [website], São Paulo, 18 set. 2019. Disponível em: <https://brazil.iom.int/news/estudo-da-onu-aponta-aumento-da-popula%C3%A7%C3%A3o-de-migrantes-internacionais>. Acesso em: 7 abr. 2021.

OLIVEIRA, M. M. **Dinâmicas migratórias na Amazônia contemporânea**. São Carlos: Scienza, 2016.

OLIVEIRA, M. R. Violência simbólica contra a mulher. *In*: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela N. (org.). **Dicionário Feminino da Infância**: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015a. p. 395-397.

OLIVEIRA, M. R. Violência simbólica contra a mulher. *In*: FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela N. (org.). **Dicionário Feminino da Infância**: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015b. p 397-398.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. São Paulo: s. d. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 7 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Forty-Ninth World Health Assembly – Resolution WHA49.R25. Prevention of violence: a public health priority. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Fifty-Sixth World Health Assembly – Resolution WHA56.24. Implementing the recommendations of the world report on violence and health. Genebra: OMS, 2003. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r24.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Seventieth World Health Assembly – Resolutions and Decisions; Annexes. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70-REC1/A70_2017_REC1-en.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

OMS/OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Violência contra a mulher: estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher. Washington, DC; Brasília, DF: OMS; OPAS, 2015a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

OMS/OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher. CD54/9, Rev. 2. Washington, DC; Brasília, DF: OMS; OPAS, 2015b. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28349/CD54-9-p.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1946). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. São Paulo: s. d. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>. Acesso em: 7 abr. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher – Pequim, 1995. Brasília, DF: ONU Mulheres, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio). Brasília, DF: ONU; Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. Conselho de Segurança. Violencia sexual relacionada con los conflictos: Informe del Secretario General. Documento S/2021/312, distribuição geral, original em inglês. Nova York, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://undocs.org/es/S/2021/312>. Acesso em: 13 maio 2021.

PARDINA, T. L. El bagaje filosófico de Beauvoir. *Cadernos Pagu*, n. 56, e195603, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201900560003>. Acesso em: 7 abr. 2021.

PEREIRA, G. C.; VIAL, G. M. Refúgio e gênero: precisamos falar sobre mulheres refugiadas. *Migra Mundo Hoje*, s. l., 20 mar. 2020. Disponível em: <https://migramundo.com/refugio-e-genero-precisamos-falar-sobre-mulheres-refugiadas/>. Acesso em: 7 abr. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

SAFFIOTI, H. I. B. Primórdios do conceito de gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 12, p. 157-163, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812>. Acesso em: 2 jan. 2021.

SANTOS, J. V. T. S. A violência simbólica: o Estado e as práticas sociais. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 108, p. 183-190, 2015. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/6169>. Acesso em: 22 set. 2020.

SCHWINN, S. A.; COSTA, M. M. M. Mulheres refugiadas e vulnerabilidade: A dimensão da violência de gênero em situações de refúgio e as estratégias do ACNUR no combate a essa violência. **Revista Signos**, v. 37, n. 2, p. 216-234, 2016.

SEGATO, R. L. Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 341-371, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200003>. Acesso em: 27 mar. 2021.

SILVA, G. J. *et al.* Refúgio em Números, 5ª Edição. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra, 2020. Disponível em: https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/anexos/REFUGIOEMNUMEROS_5EDICAO.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

SILVA, T. M. R. A. **A violência sexual e de gênero nos campos de população refugiada: análise e enquadramento legal.** 2015. 188 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Escola de Direito, Universidade do Minho, Minho, 2015.

SRINIVASAN, A. O Direito ao sexo: Feminismo no século XXI. Tradução Maria Cecília Brandi, 1ª ed.(2021) – São Paulo, título original: *The Right to Sex: Feminism in the Twenty-First Century*. UFRGS, 2020 Folder Migracidades, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/migracidades/wp-content/uploads/2020/03/Folder-Migracidades-6-Vers%C3%A3o-Web.pdf>

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados.** Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2019.

VENTURA, M. *et al.* Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003. Disponível em: <https://www.unodc.org/LSS/SubstanceGroup/Details/67b1ba69-1253-4ae9-bd93-fed1ae8e6802>. Acesso em: 27 mar. 2021.