



Taiane Damasceno da Hora

**Diferentes dimensões do acesso de
refugiadas congolesas à atenção
integral à saúde da mulher no município
do Rio de Janeiro**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social, do
Departamento de Serviço Social da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^a Arianne Rego de Paiva
Co-orientadora: Prof^a Ludmila Fontenele Cavalcanti

Rio de Janeiro
Outubro de 2023



Taiane Damasceno da Hora

**Diferentes dimensões do acesso de
refugiadas congolesas à atenção
integral à saúde da mulher no município
do Rio de Janeiro**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor pelo Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio.
Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo:

Profª Ariane Rego de Paiva

Orientadora

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profª Ludmila Fontenele Cavalcanti

Co-orientadora

UFRJ

Profª Teresa Dias Carneiro

Departamento de Letras - PUC-Rio

Profª Nilza Rogéria de Andrade Nunes

Departamento de Serviço Social -- PUC-Rio

Profª Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

UFF

Profª Evelyn Secco Faquin

UEL

Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2023

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial do trabalho, é proibida sem a autorização da universidade, da autora e do orientador.

Taiane Damasceno da Hora

Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO) (2018), especialista em Micropolítica e Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF) (2018), possui aperfeiçoamento Multiprofissional em Saúde - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) (2016) e graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (2014).

Ficha Catalográfica

Hora, Taiane Damasceno da

Diferentes dimensões do acesso de refugiadas congoleesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro / Taiane Damasceno da Hora; orientadora: Ariane Rego de Paiva; coorientadora: Ludmila Fontenele Cavalcanti. – 2023.

227 f. : il. color.; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Saúde da mulher. 3. Mulheres. 4. Refúgio. 5. Acesso. 6. Saúde. I. Paiva, Ariane Rego de. II. Cavalcanti, Ludmila Fontenele. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. IV. Título.

CDD:361

Agradecimentos

Agradeço a Deus por tudo.

Sou grata a minha família: Tatiana, Solange e Jorge pelo apoio na vida acadêmica, na vida profissional e na vida pessoal.

Agradeço orientadora prof^a Ariane Rego de Paiva e a coorientadora prof^a Ludmila Cavalcanti Fontenele. Agradeço as professoras pelas orientações para construção da tese e pelo apoio de sempre durante o doutorado. A parceria entre aluna, orientadora e coorientadora que dura desde o mestrado rendeu trabalhos relevantes sobre a pesquisa apresentadas.

Agradeço às professoras Nilza Rogéria de Andrade Nunes, Teresa Dias Carneiro, Evelyn Secco Faquin e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, por aceitarem compor a banca de qualificação e a banca de defesa da tese de doutorado. Aos professores suplentes Valéria Bastos e Carlos Antônio de Souza Marques.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Serviço Social e aos funcionários da secretária do Departamento de Serviço Social da PUC Rio. Agradeço a Joana e Rosa pelos atendimentos e ajuda.

Aos participantes do Grupo de Pesquisa do CNPq Estado, Sociedade, Políticas e Direitos Sociais (GESPD/PUC-Rio); e a todos os amigos que sempre estiveram torcendo por mim. A Fernanda Martins pela revisão da tese.

Aos integrantes Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro, no qual estive acompanhando o andamento da política de saúde para refugiados e migrantes no Rio de Janeiro durante os quatro anos de doutorado.

Aos profissionais de saúde, as congolesas e aos que de alguma forma auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. E também teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Programa Mestrado e Doutorado Bolsa Nota 10.

Resumo

Hora, Taiane Damasceno; Paiva, Ariane Rego de; Cavalcanti, Ludmila Fontenele. **Diferentes dimensões do acesso de refugiadas congolesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2023. 227p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O objeto desta tese consiste na análise das diferentes dimensões do acesso de refugiadas congolesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro. Compreendeu-se que com o princípio da universalidade estabelecido no Sistema Único de Saúde (SUS) tanto os brasileiros quanto os migrantes e refugiados que estão no país podem acessar os serviços de saúde sem que sejam impostas barreiras de acessibilidade, legais, econômicas, físicas ou culturais. A tese traz um tema ainda pouco explorado nos estudos no que diz respeito as mulheres refugiadas e migrantes, principalmente em relação aos estudos de: gênero e refúgio, violência de gênero e a interseccionalidade. Assim, entende-se que as mulheres já vivenciam várias formas de violações de direitos e são mais afetadas pelas desigualdades sociais, entretanto isso se agrava com fatores como raça e classe e neste estudo, acrescenta-se a nacionalidade e sua condição de migrante e refugiada. A pesquisa foi realizada na Atenção Primária do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada é a abordagem qualitativa. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com gestores (4), profissionais da Clínica da Família (5) e mulheres refugiadas congolesas (3). Para analisar os dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática. A partir da pesquisa identificou-se que no município do Rio de Janeiro ainda não existe uma política voltada para atendimento à saúde de mulheres refugiadas, ela segue sendo desenhada, porém, os profissionais realizam o atendimento nas unidades de saúde. A cultura e a falta de tradutores nas unidades de saúde são desafios para os profissionais e gestores de saúde, isso aparece atrelados a outros problemas como a violência contra mulheres e a ausência de uma política pública para tradutores nas unidades. O contexto de desmonte da Atenção Primária no governo Crivella interferiu no trabalho que vinha sendo desenvolvido

no município do Rio de Janeiro em relação à saúde de refugiados, atualmente há uma reconstrução ainda em curso. A Atenção Primária é a principal porta de entrada para as mulheres refugiadas que buscam os serviços principalmente para realizar pré-natal, a gravidez aparece como uma busca pelo direito de cidadania no Brasil a partir da visão dos profissionais e também é importante apontar a busca dos profissionais em fazer com que as mulheres refugiadas compreendam e acessem seus direitos sexuais e reprodutivos. Cabe apontar que as congolesas utilizam os serviços de saúde e afirmam que o atendimento foi bom, demonstram que no Brasil a saúde é melhor que na RDC, e embora sejam gratas, elas questionam a demora no atendimento, o mau atendimento médico e precarização nos serviços. Por fim, nota-se que o contexto de desmonte do SUS também afeta as mulheres refugiadas que buscam atendimentos de saúde da mesma forma que afeta as brasileiras e outras migrantes, todavia, é nesse contexto que a política de saúde para refugiados vem sendo desenhada, já que ainda não foi legitimada e trata-se de um processo de luta com significativas conquistas nos últimos anos.

Palavras-chave

Saúde da mulher; Refúgio; Acesso.

Abstract

Hora, Taiane Damasceno; Paiva, Ariane Rego de (Advisor); Cavalcanti, Ludmila Fontenele (Co-Advisor). **Different dimensions of access of Congolese refugees to comprehensive women's health care in the city of Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2023. 227p. Tese de Doutorado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The aim of this thesis is to analyze the different dimensions of access by Congolese refugees to comprehensive women's health care in the municipality of Rio de Janeiro. It was understood that with the principle of universality established in the Unified Health System (SUS), both Brazilians and migrants and refugees who are in the country can access health services without the imposition of legal, economic, physical or cultural accessibility barriers. The thesis deals with a topic that has not yet been explored in studies on refugee and migrant women, especially in relation to studies on: gender and refuge, gender violence and intersectionality. Thus, it is understood that women already experience various forms of rights violations and are more affected by social inequalities, however this is aggravated by factors such as race and class and in this study, nationality and their status as migrants and refugees are added. The study was carried out in Primary Care in Rio de Janeiro. The methodology used is a qualitative approach. Twelve semi-structured interviews were conducted with managers (4), Family Clinic professionals (5) and Congolese refugee women (3). Thematic content analysis was used to analyze the data collected. The research revealed that in the municipality of Rio de Janeiro, there is still no policy on health care for refugee women; it is still being drawn up, but the professionals provide care in the health units. The culture and lack of translators in health units are challenges for health professionals and managers, and this appears to be linked to other problems such as violence against women and the absence of a public policy for translators in units. The context of the dismantling of Primary Care under the Crivella government interfered with the work that was being

carried out in the municipality of Rio de Janeiro in relation to refugee health. Primary Care is the main gateway for refugee women who seek services mainly for prenatal care, pregnancy appears to be a search for the right to citizenship in Brazil from the point of view of the professionals and it is also important to point out the professionals' search to make refugee women understand and access their sexual and reproductive rights. It is worth noting that the Congolese women use the health services and say that the service was good, demonstrating that health in Brazil is better than in the DRC, and although they are grateful, they question the delay in service, the poor medical care and the precariousness of the services. Finally, it can be seen that the context of the dismantling of the SUS also affects refugee women who seek health care in the same way that it affects Brazilians and other migrants. However, it is in this context that the health policy for refugees is being designed, since it has not yet been legitimized and it is a process of struggle with significant achievements in recent years.

Keywords

Women's health; Refuge; Access.

Sumário

Introdução	17
1. Proteção internacional ao refugiado	22
1.1. A construção da nação e das fronteiras: o moderno sistema internacional	22
1.1.1. Os fundamentos do Estado liberal: cidadania e Direitos Humanos na sociedade capitalista contemporânea	34
1.2. Direito Internacional dos Refugiados: origem histórica e atualidade	46
1.2.1. Origem do Direito Internacional dos Refugiados	46
1.2.2. A crise do capital e o deslocamento forçado na atualidade	56
2. Deslocamento feminino: a situação das refugiadas congoleesas	63
2.1. Direitos Humanos e o desenvolvimento dos direitos das mulheres no mundo	63
2.1.1. Proteção Internacional para mulheres refugiadas e a feminização do refúgio	69
2.2. Violência de gênero contra a mulher no processo de refúgio	76
2.2.1. A violência contra mulheres refugiadas e suas múltiplas intersecções	85
2.3. A situação das mulheres na República Democrática do Congo	91
3. Refúgio no Brasil e a proteção às mulheres refugiadas	98
3.1. Estatuto do Refúgio no Brasil e a Lei de Migração	98
3.2. Direitos sociais para as mulheres refugiadas no Brasil	108
3.2.1. Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade e o acesso de pessoas refugiadas à saúde	104
3.1.1. A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher e o acesso das mulheres refugiadas e migrantes	115
4. O acesso das mulheres refugiadas congoleesas à atenção integral à saúde da mulher	132
4.1. A Política de Saúde no município do Rio de Janeiro	132
4.2. Resultados da pesquisa de campo	139
4.2.1. Percurso metodológico	139
4.2.2. Gestão da rede	149
4.2.2.1. Política de Atendimento de saúde para migrantes e refugiadas	149
4.2.2.2. Atendimento na Rede de Serviços de Saúde	154
4.2.2.3. Importância da Educação Permanente	162
4.2.2.4. Produção de dados sobre a saúde de refugiados e	164

migrantes e material informativo	
4.2.3. Execução dos serviços	170
4.2.3.1. Atendimento para as mulheres refugiadas na unidade de saúde	170
4.2.3.2. Barreiras de acesso	175
4.2.3.3. Rede de Saúde no território	180
4.2.3.4. Educação Permanente	182
4.2.3.5. Desafios e limites	184
4.3. As mulheres congolezas e os serviços de saúde	185
5. Considerações finais	190
6. Referências bibliográficas	196
7. Apêndices	226

Abreviaturas e Siglas

Assembleia Geral e do Conselho Econômico e Social da ONU	Ecosoc
Agente comunitário de saúde	ACS
Área Programática	AP
Atenção Primária em Saúde	APS
Centros de Acolhida e Integração	CAI
Código de Endereçamento Postal	CEP
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa	Conep
Comitê de Ética em Pesquisa	CEP
Comitê Estadual de Atenção à Migração, Refúgio e Apátridas, Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e Erradicação do Trabalho Escravo de Minas Gerais	Comitrate-MG
Emenda Constitucional	EC
Comitê Estadual de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas no Rio Grande do Sul	Comirat-RS
Comitê Estadual Intersetorial de Políticas de Atenção aos Refugiados Migrantes	Ceiparm/RJ
Comitê Estadual para Refugiados	CER
Comitê Estadual para Refugiados e Migrantes no Estado de Paraná	Cerm
Comitê Estadual para Refugiados Migrantes e Apátridas no MS	Cerma/MS
Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro	Ctesipir
Conselho de Segurança	CSNU

Conselho Estadual dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná	Cerma
Conselho Nacional de Imigração	CNIg
Conselho Nacional de Secretários de Saúde	Conass
Conselho Nacional dos Direitos da Mulher	CNDM
Conselho Nacional para Refugiados	Conare
Consolidação das Leis do Trabalho	CLT
Coordenação de Elegibilidade	CEL
Coordenação de Emergência Regional	CER
Coordenação de Políticas de Refúgio	CPR
Coordenação Geral	Cg-conare
Coordenadoria de Atenção Primária de Saúde	CAPs,
Corte ou Mutilação Genital Feminina	C/MGF
Redes de Atenção à Saúde	RAS
Determinação Social da Saúde	DSS
Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados	Acnur
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher	CEDAW
Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional	ESPII
Fórum Econômico Mundial	FEM
Frente Nacional pela Saúde de Migrantes	Fenami
Fundo Monetário Internacional	FMI
Grupo de Pesquisa Estado, Sociedade, Políticas e Direitos Sociais	GESPD
Índice de Desenvolvimento de Gênero	GDI
Índice de Desenvolvimento Humanos	IDH
Índice de Desigualdade de Gênero	GII
Infecções Sexualmente Transmissíveis	ISTs
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico	IBGE
Instituto Sanitário, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária	Ivisa-Rio

Ministério da Justiça e Segurança Pública	MJSP
Norma Operacional da Assistência à Saúde	Noas
Núcleo de Apoio à Gestão do Sistema de Refúgio	Nare
Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Nasf
Movimento pela Libertação do Congo	MLC
Organização da Unidade Africana	OUA
Organização das Nações Unidas	ONU
Organização do Atlântico Norte	Otan
Organização Internacional do Trabalho	OIT
Organização Mundial de Saúde	OMS
Organizações Sociais	OSS
Política Nacional de Atenção Básica	PNAB
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	PNSIPN
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	PUC Rio
Produto Interno Bruto	PIB
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	PAISM
Rede de Atenção à Saúde	RAS
Redes de Atenção à Saúde	RAS
Regime Jurídico Único	RJU
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Samu
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde	SGEP/MS
Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro	SES-Rio
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	SMS Rio
Serviços Residenciais Terapêuticos	SRTs
Sistema Único de Saúde	SUS
Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência	Subhue
Subsecretaria de Gestão	Subg
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde	Subpav
Subsecretaria de Proteção e Defesa Civil	Subpdec
Subsecretaria Geral	SubGeral

Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade	SAPV
Supremo Tribunal Federal	STF
Termo Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
União Congolesa pela Democracia	RCD
União das Repúblicas Socialistas Soviéticas	URSS
Unidades de Pronto Atendimento	UPA
Universidade Federal da Integração Latino-Americana	Unila
Women, Peace and Security Index	WPS Index

Lista de Figuras

Figura 1: Solicitações de refúgio de congoleses por Estado – 2022	19
Figura 2 - Índice de Desenvolvimento de Gênero RDC	95
Figura 3 - Índice de Desigualdade de Gênero RDC	96
Figura 4 - Coordenação-Geral do Comitê Nacional para Refugiados (CG-Conare)	102
Figura 5 - Etapas do processo de refúgio	104
Figura 6 - Número total de mulheres imigrantes registradas no Brasil - 2011 a 2021	111
Figura 7- Distribuição relativa dos processos de solicitação de reconhecimento da condição de refugiado deferidos, por sexo, segundo grupos de idade, Brasil – 2021	111
Figura 8 - Proporção de refugiados reconhecidos, por sexo, segundo grupos de idade, Brasil – 2021	112
Figura 9 - Solicitações de refúgio de congoleses por sexo - 2015-2022	113
Figura 10 - Organograma SMS Rio	133
Figura 11 - Organograma da SubPav	135
Quadro I- Organização metodológica da pesquisa	145
Figura 12 - Fluxo de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde	157

O Coiote 1: Bom, agora, caros amigos, chegou o momento de vocês se molharem um pouco ... A costa grega, como vocês estão vendo, está diante de vocês Vou lhes dizer adeus e boa sorte...

O Coiote 2: Algumas últimas recomendações, entretanto, antes que vocês esbarrem na Europa

O Coiote 3: Logo que estiverem a duzentos ou trezentos metros da costa, desprendam o motor e deixem que ele afunde. Assim vocês poderão ter certeza de que ninguém poderá mandá-los de volta para Turquia no mesmo barco.

O Coiote 1: Gritem o mais forte que puderem “Allah akbar!”. Isso vai alertar a guarda costeira e eles logo saberão que há uma nova remessa.

O Coiote 2: Aí, vocês se jogam na água e nadam até a praia, é melhor se eles socorrerem vocês ainda dentro da água.

O Coiote 3: Vão levar vocês até um posto para tirar as impressões digitais e registrar os seus nomes. Lá, vocês vão poder dizer o que quiserem, porque ninguém poderá verificar nada ... De todo jeito, o importante é dizer que vocês querem pedir asilo.

O Coiote 1: “Sono Refugiato”, sou refugiado ...

O Coiote 2: “I am a refugee”, é só isso que vocês devem dizer ...

O Coiote3: Mas quem for paquistanês deve fingir que é afegão, senão eles logo vão por a pessoa numa lista separada.

O Coiote 2: E os argelinos e marroquinos devem passar por sírios e iraquianos.

O Coiote 1: Cuidado, se você for curdo da Turquia deve dizer que é sírio, senão vão mandar de volta para o seu querido país.

O Coiote 2: Para africanos não sei o que recomendar. O melhor é se passar por somalis, eritreus ou sudaneses (...) (Matéi Visniec, 2017, p. 121-123).

Em 2023, o ACNUR afirma que há 108,4 milhões de pessoas em deslocamento forçado no mundo.

Introdução

O objeto desta tese consiste na análise das diferentes dimensões do acesso de refugiadas congoleesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa inserida na Linha de Pesquisa: Violência, Direitos, Serviço Social e Políticas Intersetoriais na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC Rio), integrante do Grupo de Pesquisa Estado, Sociedade, Políticas e Direitos Sociais (GESPD) do CNPq com apoio da FAPERJ.

O Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como um avanço na história da política de saúde no Brasil, sendo resultado dos processos de lutas dos anos de 1970 e 1980 que resultaram no movimento de Reforma Sanitária, que buscava um sistema universal de saúde para atender toda a população. Em 1988, com a Constituição Federal da República “[...] a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-la: A saúde é direito de todos e dever do Estado (Art. 196)” (PAIM, 2009, p.43).

Tal política passou a integrar o tripé da Seguridade Social juntamente com as políticas de assistência social e de previdência social, reconhecidas como direitos sociais efetivados mediante ações públicas, dever do Estado. Em 1990, com a criação do SUS a saúde passou a ser regulamentada por leis, normas operacionais, emendas constitucionais e resoluções.

O SUS tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade no atendimento. A universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), determina que todos os cidadãos têm direito às ações e serviços de saúde, superando assim a cidadania restrita¹ que existia no período anterior à Constituição Federal 1988. Com o princípio da universalidade, tanto os brasileiros quanto os migrantes no país podem acessar os serviços de saúde sem que sejam impostas barreiras de acessibilidade, legais, econômicas, físicas ou culturais (RISSON, MATSUE, LIMA, 2018; PAIM, 2009).

¹ Cidadania regulada é definida como aquela “cuja raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional [definida] por norma legal [...] são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei [...]. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece” (SANTOS, 1997, p.75).

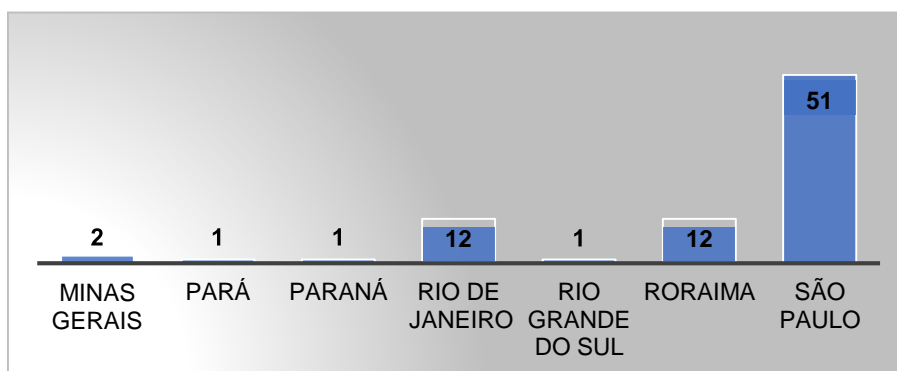
Atualmente a política de saúde no Brasil vive um novo desafio, que é a recepção de refugiados e migrantes. Segundo os dados do Relatório Refúgio em Números, no Brasil em 2022 foram recebidas 50.355 solicitações de refúgio. Em 2021, o país recebeu um total de 29.107 solicitações de reconhecimento de refugiados, ou seja, houve uma diferença de 21.248 solicitações. Entre essas solicitações de refúgio a principais nacionalidades foram de venezuelanos (33.753), isto tem relações com a situação de grave violação de Direitos Humanos no país; em seguida foram os cubanos (5.484), angolanos (3.418), colombianos (744), seguida de outros. Sobre os congoleses, foram recebidas 26 solicitações, já que nos últimos anos há um decréscimo para essa nacionalidade (JUNGER ET AL, 2023).

No período de 2011 a 2022, ao somar os principais países de nacionalidade ou residência habitual das pessoas reconhecidas, destacaram-se os venezuelanos (53.303), os sírios (3.762), além das pessoas refugiadas com origem na República Democrática do Congo (1.113) e em Cuba (1.033). Segundo Junger et al (2023), em 2022 o CONARE deferiu 4.081 processos de solicitação de reconhecimento da condição de refugiado. As pessoas do sexo masculino compõem o grupo majoritário, representando um total 57,5%, enquanto as pessoas do sexo feminino representaram 42,5%. Desses casos houve 286 indeferimentos.

Sobre as solicitações de refúgio de congoleses segundo o sexo, observou-se em 2022 que 14 (53,8%) solicitações eram do sexo masculino, enquanto 12 (46,2%) eram do sexo feminino. A mulher congoleza compõe um dos grupos de nacionalidades que mais tiveram reconhecido o direito de condição de refugiado estendida¹, somando um total de 8 (87,5%) solicitações, sendo 1 (12,5%) para o sexo masculino e 7 para o sexo feminino (JUNGER ET AL, 2023).

No Rio de Janeiro em 2022 houve um total de 12 solicitações de refúgio de congoleses, sendo 7 para o sexo masculino e 5 para o sexo feminino. Em 2019, quando a pesquisa foi iniciada, havia um total de 82 solicitações de refúgio para essa nacionalidade: 39 para os de sexo feminino e 43 para os do sexo masculino. É importante apontar que nos últimos 10 anos foram contabilizadas pelo Data Migra, um total de 298 solicitações de refúgio para congoleses na cidade do Rio de Janeiro. Além disso, ao analisar os dados por Estado, identifica-se que os Estados que mais receberam solicitações de refúgio de congoleses em 2022 foram respetivamente: São Paulo (51), Roraima (12) e Rio de Janeiro (12).

¹A extensão dos efeitos da condição de refugiado é uma forma de assegurar a união familiar, um dos direitos da pessoa refugiada, ainda que os familiares não tenham fundado temor de perseguição (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA).

Figura 1: Solicitações de refúgio de congoleses por Estado – 2022

Fonte: DataMigra, 2022.

A tese apresentada traz um tema ainda pouco explorado nos estudos no que diz respeito as mulheres refugiadas e migrantes, principalmente em relação aos estudos de: gênero e refúgio, violência de gênero e a interseccionalidade. Assim, entende-se que as mulheres já vivenciam várias formas de violações de direitos e são mais afetadas pelas desigualdades sociais, entretanto isso se agrava com fatores como raça e classe e neste estudo, acrescenta-se a nacionalidade e sua condição de migrante e refugiada.

As mulheres congolesas, escolhidas para o estudo, têm particularidades importantes que devem ser exploradas, como o contexto político e econômico da República Democrática do Congo e como isso implica em violações para as mulheres e a condição de ser mulher, negra e refugiada no Brasil. Outras questões importantes no estudo são o recorte direcionado à saúde da mulher refugiada e migrante, a importância de ações equitativas dentro do SUS e como a universalidade é compreendida para que essa população possa acessar os serviços de saúde no Brasil sem restrições.

O direito a saúde de refugiados e migrantes é compreendido neste estudo a partir da categoria acesso. Sobre esse conceito, Giovanella e Fleury (1996) afirmam que ele não se restringe apenas ao atendimento do indivíduo em um serviço de saúde. Tal categoria é complexa e deve ser analisada de forma ampliada, pensando também em questões como a distância e o tempo da população em relação às unidades de saúde; a oportunidade; a funcionalidade, que se refere à capacidade que os serviços de saúde possuem de resolver os problemas trazidos pela população; os custos que podem ser definidos como diretos (da atenção) indiretos (medicamento, salários, transporte); e aceitação do usuário ao modo da disponibilidade do serviço apresentado (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Nesta tese, as principais barreiras compreendidas para os refugiados e migrantes na saúde aponta-se: a inadequação dos sistemas de acesso e informações em saúde; a barreira linguística; as diferenças culturais nos conceitos de saúde e de doenças; a saúde mental dos

refugiados e a necessidade de educação permanente para os trabalhadores e das refugiadas (VENTURA; YUJRA, 2019).

O contexto atual da política de saúde no Brasil é desafiador tanto para os profissionais quanto para os usuários, pois embora o SUS seja um avanço e o atendimento à população refugiada e migrante, seja um trabalho que vem sendo desenvolvido nas secretarias estaduais, municipais e no Ministério da Saúde, existem as barreiras de acesso, mencionadas anteriormente e o contexto de avanço das políticas neoliberais, as quais vem desmontando os serviços públicos desde a década de 1990. No contexto neoliberal, a política social de saúde assume a forma de universalização excludente enquanto o direito universal à saúde, na prática, não é mais garantido à população mais pauperizada. Para estes é oferecido um pacote básico de serviços, o acesso aos serviços de saúde que necessitam de uma tecnologia mais desenvolvida é disponibilizado pelo setor privado (BEHRING, 2003).

A tese apresentada é fruto das inquietações sobre o tema a partir da participação no grupo de pesquisa GESPD da PUC-Rio, nos eventos e das leituras realizadas ao longo do mestrado no grupo de pesquisa. A política de saúde já era objeto de pesquisa desde a graduação em serviço social e mestrado, no entanto, agora buscou-se entender as mulheres refugiadas e migrantes dentro desse contexto. Além disso, em 2018, a PUC Rio se tornou oficialmente a 20ª instituição de Ensino Superior da Cátedra Sérgio Vieira de Mello, e a universidade ao longo dos anos vem desenvolvendo trabalhos com refugiados por meio de atividades de extensão e de pesquisa.

A metodologia utilizada na pesquisa é a abordagem qualitativa. O *lôcus* da pesquisa foi a Atenção Primária do município, compreende-se que por ser a porta de entrada da saúde é ela que mais recebe as refugiadas congolesas. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com gestores (4), profissionais da Clínica da Família (5) e mulheres refugiadas congolesas (3). Para analisar os dados coletados nas entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática. Além disso, foi utilizado levantamento bibliográfico de textos sobre o tema abordado, pesquisa em documentos secundários e sites.

A tese está estruturada em quatro capítulos. O capítulo 1 tem como finalidade apresentar a constituição do sistema de proteção internacional às pessoas refugiadas, associado à discussão sobre os limites da cidadania e dos direitos humanos para a inclusão protetiva de migrantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Dentre eles, em particular, os refugiados e solicitantes de refúgio pelos Estados nacionais. No capítulo 2 buscou-se analisar o deslocamento feminino, apresentando a situação particular das mulheres refugiadas congolesas.

No capítulo 3 apresenta-se a discussão sobre o Estatuto do Refúgio no Brasil e a Lei de Migração, compreendendo a historicidade e importância dessas legislações no Brasil. Em seguida, discute-se a necessidade de proteção às mulheres refugiadas, entendendo que no

Brasil existe um aparato jurídico de proteção às mulheres conquistado ao longo dos anos, mas que ainda enfrenta dificuldades para se materializar no país. Por fim, no capítulo 4 foi apresentado os resultados referentes à pesquisa de campo sobre acesso das mulheres refugiadas congolesas à atenção integral à saúde da mulher.

1. Proteção internacional ao refugiado

Este capítulo tem como finalidade apresentar a constituição do sistema de proteção internacional às pessoas refugiadas, associado à discussão sobre os limites da cidadania e dos direitos humanos para a inclusão protetiva de migrantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Dentre eles, em particular, os refugiados e solicitantes de refúgio pelos Estados nacionais.

Para tanto, buscou-se contextualizar o surgimento dos Estados-nação, compreendendo que nascem junto com o desenvolvimento do capitalismo. Nessa discussão, são apresentados os conceitos de soberania estatal, nação e território. Apresentou-se também os fundamentos do Estado Liberal, buscando desenvolver os conceitos de cidadania e Direitos Humanos na sociedade capitalista contemporânea.

Por fim, expõe-se argumentações sobre o Direito Internacional dos Refugiados, trazendo as suas origens históricas e como o contexto atual em que o refúgio e a migração estão inseridos têm relação com a crise estrutural do capitalismo.

1.1. A construção da nação e das fronteiras: o moderno sistema internacional

O estudo sobre as migrações contemporâneas e os sistemas de proteção de direitos humanos e de refugiados remete à compreensão do sistema internacional moderno e da sua estrutura através das relações econômicas, políticas, militares e diplomáticas entre Estados.

É a partir das relações desiguais de poder entre Estados, constituídas ao longo da história, que se compreende que os fluxos de migrações internacionais não dependem somente da vontade individual dos sujeitos apesar disso também contribuir para tal fluxo. Os fluxos migratórios envolvem as relações de produção e reprodução capitalista no mundo, as diversas formas de dominação, exploração e expropriação, as guerras e as disputas de territórios. Por outro lado, a proteção de cidadãos ganhou contornos na constituição das nações e, apesar de haver órgãos transnacionais e internacionais que normatizam as proteções, estas esbarram na aplicação do Estado nacional, conforme será possível visualizar ao longo da abordagem.

Para Bresser-Pereira (2016), o Estado-nação é um tipo de sociedade política que possui soberania e forma-se a partir de uma nação, um Estado e um território. Os Estados-

nação, de acordo com Bresser-Pereira (2016), são também formas de poder territorial, nasceram a partir da revolução capitalista, substituindo os antigos feudos e impérios. Nas sociedades pré-capitalistas, a principal unidade político-territorial era o Império, enquanto nas sociedades modernas eram os Estados-nação. Esse tipo de Estado, segundo Bresser-Pereira (2017), tem em sua organização o objetivo também de estabelecer o desenvolvimento econômico, fonte para sua legitimidade.

Parte-se do entendimento de que Estado Moderno e capitalismo são inseparáveis. Segundo Polanyi (2000), o comércio interno foi uma criação da intervenção do Estado. Até a Revolução Comercial (entre os séculos XVI e XVIII), o comércio tinha caráter municipal, era limitado a distritos e organizava-se através de práticas locais. O Mercantilismo foi considerado uma nova concepção econômica na época da transição do Feudalismo para a Idade Moderna, e com novos processos mercantis, criou-se as bases para o surgimento de um mercado nacional.

Polanyi (2000) afirma que somente com o advento do Mercantilismo, as limitações em relação ao comércio foram superadas². O autor compreende que foi nesse contexto de desenvolvimento e fortalecimento dos Estados que as barreiras entre o comércio local e intermunicipal foram superadas e, como consequência, abriu-se caminho para um mercado nacional que não distinguisse mais o campo e a cidade. Portanto, segundo Polanyi (2000, p. 85), “foi esse desenvolvimento que forçou o estado territorial a se projetar como instrumento da ‘nacionalização’ do mercado e criador do comércio interno”.

Bresser-Pereira (2017) aponta que os Estados-nação nasceram na França e na Inglaterra, após o surgimento do Estado Moderno, na Itália no século XIV. O período de sua origem é marcado pelas monarquias absolutas que se constituíam na Europa. Destaca-se, nesse contexto, algumas mudanças na sociedade, tais como a revolução comercial, a emergência da burguesia ligada ao monarca absoluto e as lutas pós-Reforma.

Para a disciplina de Relações Internacionais, em sua perspectiva hegemônica, o momento histórico que vai marcar o surgimento do sistema internacional moderno é a assinatura do Tratado de Vestefália, quando se reconhece a soberania dos incipientes Estados.

² É importante ressaltar que as cidades começaram a se desenvolver a partir do século XI, portanto, foi preciso obter mais mercadorias. A solução encontrada foi o desenvolvimento do comércio. As principais rotas para o comércio foram criadas com bases marítimas já que as terrestres eram muito precárias (HISTÓRIA DO MUNDO, s/a).

Segundo a abordagem realista predominante na constituição e consolidação da disciplina de Relações Internacionais, teria sido justamente o reconhecimento mútuo desses poderes territoriais soberanos no Tratado de Paz de Vestefália em 1648 - ao término da sangrenta Guerra [religiosa] dos Trinta Anos - o marco fundador do sistema internacional moderno (FERNANDES, 2021, p.23).

Carvalho (2022) afirma que os Tratados de Vestefália foram importantes, pois colocaram fim, em janeiro de 1648, à Guerra dos Trinta Anos (1618-1648). Essa guerra deixou um lastro de morte, destruição e crise econômica na Europa. Os tratados de Vestefália foram assinados quando os envolvidos na guerra se reuniram nas cidades westfalianas de Osnabrück e Münster, atual Alemanha, momento em que foram selados 11 acordos de paz. Eles foram importantes não só por colocarem fim à guerra, mas também porque possibilitaram o início de um novo sistema internacional moderno na Europa.

O fim da guerra gerou mudanças relevantes à política e à economia europeia, motivando uma nova formação do Estado. Entre as mudanças mais significativas, destacam-se: o fim do Império Habsburgo e da Espanha, que deixaram de ser potências centrais; o crescimento da hegemonia holandesa, britânica e do absolutismo francês; e o sistema interestado não seria mais governado por um arcabouço medieval, conforme analisou Carneiro (2006).

Chinaglia e Viana (2019) compreendem que essas mudanças marcaram a criação e a legitimação dos Estados soberanos, pautados pelo princípio da soberania dentro das fronteiras nacionais, tratava-se de um novo cenário marcado pelo fim das sociedades e do sistema político medieval. Arrighi (1996) afirma que o poder soberano seria exercido dentro das fronteiras nacionais com o monopólio da força física em um determinado território. Assim, o sistema mundial moderno emergiu na decadência e desintegração do sistema de governo medieval. Formava-se, nesse contexto pós-guerra, um sistema mundial de governo, com um sistema político único, fundamentado no direito internacional e no equilíbrio de poder.

Arrighi (1996) faz uma comparação entre o antigo sistema medieval de governo e o moderno sistema que nasceu. Para ele: “[...] o sistema medieval de governo consistia em cadeia de relação senhor-vassalo, baseada num amálgama de propriedade condicional e autoridade privada [...]” (ARRIGHI, 1996, p.31). Em contrapartida, no moderno sistema de governo:

Os direitos de propriedade privada e os direitos de governo tornam-se absolutos e distintos; as jurisdições políticas tornam-se exclusivas e são claramente demarcadas por fronteiras; a mobilidade das elites dominantes pelas jurisdições se torna mais lenta e acaba por ser suspensa; a lei, a religião

e os costumes tornam-se “nacionais”, ou seja, não sujeitos a nenhuma outra autoridade política senão ao soberano (ARRIGHI, 1996, p.31).

Sobre o conceito de soberania, Bobbio (1998) afirma que ele se tornou evidente dentro dessa conjuntura, no final do século XVI, em que o poder estatal seria único e exclusivo da política. Tal conceito possibilitou que o Estado moderno fosse de encontro à organização medieval. Assim, o soberano teria a tarefa de garantir a paz entre os súditos e uni-los para que se defendessem do ataque dos inimigos. Uma questão importante neste conceito de soberania é o uso das forças armadas, que dependeriam apenas do soberano. Isso ocorria, segundo Bobbio (1998), para que somente ele fosse capaz de decidir as questões de seu território (cabe chamar atenção que se entende como soberanos os países da Europa então criados).

Figueira (2011) complementa esta análise afirmando que, com a ideia de soberania estatal, não haveria mais nenhum poder acima do Estado que pudesse determinar as suas ações internas e as relações externas. Dentro do sistema nacional imperava a vontade do Estado. Uma questão importante a ser discutida, é que esta realidade gerou uma mudança nas relações entre o Estado e o que existia na Idade Média, resultando em uma grande insegurança, já que ninguém estaria acima do poder estatal. Ademais, diante da necessidade de combate aos inimigos externos buscou-se adquirir cada vez mais poder bélico. Figueira (2011) afirma que isso deu origem ao dilema da segurança.

Ademais, Bobbio (1998) faz uma importante análise sobre a soberania que, para o autor, possui duas vertentes: uma de caráter interno e outra, externo. Assim, quando se trata de uma soberania interna, Bobbio (1998) afirma que o soberano procura a eliminação de conflitos internos, através de dois mecanismos: neutralização e despolitização da sociedade. É preciso evitar as guerras e manter a paz dentro do território, as lutas devem se dar no nível internacional. Quando se trata da soberania externa, Bobbio (1998) afirma que o soberano tem o poder de decisão sobre a guerra e a paz e, neste sentido, ele está em igualdade com outros soberanos e acima dos seus súditos.

Externamente cabe ao soberano decidir acerca da guerra e da paz: isto implica um sistema de Estados que não têm juiz algum acima de si próprios (o Papa ou o imperador), que equilibram suas relações mediante a guerra, mesmo sendo esta cada vez mais disciplinada e racionalizada pela elaboração, através de tratados, do direito internacional ou, mais corretamente, do direito público europeu. A nível externo o soberano encontra nos outros soberanos seus iguais, achando-se conseqüentemente numa posição de igualdade, enquanto, a nível interno, o soberano se encontra numa posição de absoluta supremacia, uma vez que tem abaixo de si os súditos, obrigados à obediência (BOBBIO, 1998, p.1180).

Essa nova organização do sistema entre Estados nasce a partir de um sistema de acumulação capitalista em expansão. É através dos processos de disputas territoriais, econômicas e pelo poder político que se fundem os interesses do capital e dos Estados num longo tempo histórico. Para Arrighi (1996), havia uma relação de dependência entre o capitalismo e o moderno sistema interestatal que nascia. Logo, os grupos capitalistas mobilizaram seus estados para favorecer sua posição competitiva econômica. Fernandes (2021) aponta que: “[...] a articulação tensa e contraditória de dimensões globais e nacionais, portanto, está entranhada na modernidade capitalista desde os seus primórdios” (2021, p.25).

Segundo Fernandes (2021), a transição para o capitalismo na Europa, mais precisamente no Noroeste, foi constituída por um sistema transacional (mercado global) e internacional (estados centralizados soberanos). Tentava-se monopolizar os fluxos globais de comércio e riquezas a partir do poder dos estados nacionais.

Fernandes (2021) aponta duas questões. Em primeiro lugar, ele compreende que o capitalismo europeu nasceu unindo os fluxos globais e a riqueza, formando um sistema transnacional desde sua origem. Em seguida, ele aponta que a centralização da propriedade, da produção, da riqueza e a modernização da economia tornou a burguesia ascendente. A consequência disso foi a centralização política, que contribuiu para a formação dos Estados nacionais europeus. Logo,

A transição para o capitalismo no noroeste europeu, assim, constituiu simultaneamente um sistema transnacional (integrado a um mercado global em formação, nos marcos do qual a nova forma de produção se generalizou) e um sistema internacional (constituído por estados centralizados soberanos, inicialmente apenas na Europa). A própria formação dos impérios coloniais mercantis - e as grandes guerras comerciais que ela engendrou-foi consequência das tentativas de monopolizar à força os recém-constituídos fluxos globais de comércio e riqueza, usando o novo poder político concentrado dos estados nacionais (FERNANDES, 2021, p.24).

A fim de compreender a origem do capitalismo europeu, para Arrighi (1996), é importante entender também dois conceitos articulados: o capitalismo e a territorialidade. A expansão territorial de alguns Estados se desenvolveu com o capitalismo político europeu, logo, entende-se que o controle do território e da população alocada a ele é essencial para a gestão do Estado e das guerras. O objetivo é controlar o capital circulante através do território e da população, que são os meios. O desenvolvimento do capitalismo e do Estado ganhou novas dimensões nos séculos XVII e XVIII. Neste momento, ocorre outro evento importante

na história: a Revolução Francesa³, a qual diluiu o regime absolutista e trouxe novas mudanças nas relações entre Estado, sociedade e economia. Esse período, do final do século XVIII, foi marcado pelo fim dos antigos regimes e dos sistemas econômicos que faziam parte deles. Cervo (2007) compreende que no século XIX a ordem internacional foi impactada por acontecimentos de bases políticas, como a Revolução Francesa e o Império Napoleônico; e outros de caráter econômico, a exemplo está a Revolução Industrial.

Para Vidigal (2006), o Congresso de Viena (1815), que ocorreu após as Guerras Napoleônicas (1792-1815), foi formado pelas grandes potências da época: Áustria, Prússia, Rússia, Portugal, Grã-Bretanha e França. Esse congresso tinha como objetivo reorganizar a ordem geopolítica europeia e evitar que ocorressem outras guerras como as napoleônicas, logo, foi responsável por estabelecer uma nova ordem mundial, cujos fundamentos estavam baseados no equilíbrio de poder. É importante ressaltar que, no Congresso de Viena, buscava-se o retorno do Antigo Regime, reprimia-se os ideais liberais e as ideias revolucionárias que surgiram com a Revolução Francesa (1789-1799) e defendia-se dois princípios: legitimidade e o equilíbrio do poder.

Após o Congresso de Viena, o Concerto Europeu estabeleceu o equilíbrio de poder na Europa que durou até a Primeira Guerra Mundial, que era formado pelas grandes potências da época: Grã-Bretanha, Rússia, Áustria, Prússia e França. Segundo Cervo (2007), foi através desse sistema, conhecido também como Sistema de Congresso, que os europeus impuseram às outras sociedades, classificadas como menos complexas, e até mesmo às grandes civilizações, o seu modo de fazer comércio e de explorar.

Segundo Arrighi (1996), devido às condições de dominação das relações capitalistas no mundo daquele período, até o final do século XIX, o Reino Unido exercia o papel de um governo mundial. No entanto, isso começou a mudar a partir de 1870, após a Guerra da Crimeia e a unificação da Alemanha e da Itália, consequentemente houve um redesenho no equilíbrio do poder e uma mudança no centro da economia mundial.

Arrighi (1996) afirma que a ascensão da Alemanha como uma potência mundial a partir de 1870 foi um dos motivos da mudança do equilíbrio de poder Europeu e serviu para fortalecer os objetivos imperialistas do país para dominar as colônias africanas. A industrialização da Alemanha também foi um fator marcante para que ela se constituísse como uma potência e exercesse sua hegemonia após 1897.

³ Esta revolução influenciou outras em diversos países como os Estados Unidos (1776-1783), a Irlanda (1782-1784), a Bélgica (1787-1790), a Holanda (1783-1787) e a Inglaterra (1779).

Da década de 1840 em diante, as inovações militares e industriais começaram a interagir mais e mais estreitamente com a área geográfica que estava em processo de se transformar na Alemanha. Foi precisamente essa interação que sustentou a espetacular industrialização da Alemanha e sua ascensão à condição de potência mundial na segunda metade do século XIX (ARRIGHI, 1996, p.61).

Segundo Döpcke (2007), no ano de 1871, o modelo proposto pelo Congresso de Viena chegava ao fim, concomitante a isso ocorria a fundação do Império Alemão. A Alemanha ascendia como uma potência após as três guerras de unificação: Guerra dos Ducados (1864), Guerra Austro-prussiana (1867) e Guerra Franco-prussiana (1870-1871).

Foi nesse período que os Estados Unidos começaram a traçar o seu caminho na economia para se tornar uma potência mundial. Segundo Döpcke (2007), isso ocorreu após o fim da Guerra Civil (1861-1865), a qual tinha como motivação a disputa entre o norte e o sul do país. O primeiro vivia o processo de industrialização; enquanto o segundo ainda se baseava em um modelo agrário com uso de mão de obra escrava. O conflito explodiu devido à secessão e à formação dos Estados Confederados.

Segundo Hobsbawm (2015), a “sangrenta Guerra Civil”, como ficou conhecida, foi responsável por milhares de mortes e deve ser analisada a partir de duas questões. Primeiramente, a expansão capitalista global motivou o aumento das tensões no mundo, as ambições industriais impulsionaram vários conflitos diretos e indiretos. Em segundo lugar, Hobsbawm (2015) aponta a transferência do sul-americano e do império informal da Inglaterra para a nova economia industrial dos Estados Unidos. Para o autor, essa transferência levou as Américas a uma dependência americana.

O que fez com que este período da história fosse relativamente tão sangrento? Em primeiro lugar, o próprio processo de expansão capitalista global que multiplicava as tensões no mundo não-europeu, as ambições do mundo industrial e os conflitos diretos e indiretos dali surgidos. Assim foi a Guerra Civil Americana, sejam quais forem suas origens políticas, quando o norte industrializado venceu o sul agrário, ou como poderia ser dito em outras palavras, a transferência do sul-americano, do império informal da Inglaterra (da qual a indústria do algodão era o pendente econômico) para a nova e definitiva economia industrial dos Estados Unidos. Pode-se considerar esta transferência como um passo precoce, mas gigantesco no caminho que, no século XX, levaria a totalidade das Américas da dependência britânica para a dependência americana (HOBBSAWM, 2015, p.97).

Nas análises de Arrighi (1996), entende-se que enquanto os países lutavam pela supremacia mundial, os Estados Unidos já tinham uma economia interna fortalecida a ponto

deles se tornarem o centro da economia mundial. Diante disso, os outros países não conseguiam competir com eles. Observa-se que a disputa territorial caminhava junto ao desenvolvimento econômico capitalista. Arrighi (1996) afirma que os Estados Unidos estavam no caminho para ser o novo centro da economia mundial. É importante enfatizar que eles possuíam melhores dimensões continentais e haviam fechado as portas para produtos estrangeiros (nacionalismo econômico), embora recebessem e investissem na mão de obra e na iniciativa externa.

Nesse novo cenário, quando as grandes potências surgem disputando poder econômico, político e territorial, Hobsbawm (1995) ressalta a eclosão da Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Nota-se que a Alemanha almejava posição política e marítima globais, semelhantes à da Grã-Bretanha, já a França tinha como alvo superar sua inferioridade demográfica e econômica em relação à Alemanha e, assim, visava seu futuro como grande potência.

Entre as muitas discussões sobre a motivação dessa guerra, Sondhaus (2013) e Döpcke (2007) compreendem que a Primeira Guerra Mundial foi resultado da crise no âmbito do sistema das relações internacionais, tratava-se de uma união entre os seis países mais poderosos da Europa que romperam os acordos em relação ao equilíbrio de poder. A Grã-Bretanha, a França e a Rússia formaram a “Tríplice Entente”, enquanto Alemanha, Áustria-Hungria e Itália estabeleceram a “Tríplice Aliança”.

Segundo essa interpretação, foram responsáveis pela guerra a impossibilidade de limitar os conflitos em razão da divisão bipolar da Europa, a diplomacia secreta, o automatismo das reações em cadeia por causa das alianças militar-políticas, o fatal entrelaçamento de circunstâncias infelizes, mas não as políticas conscientes dos Estados, dos povos ou de políticos individuais (DÖPCKE, 2007, p.125).

Ao fim da Primeira Guerra, foi assinado o Tratado de Versalhes (1919), este foi o principal acordo de paz no pós-guerra. Segundo Hobsbawm (1995), ele foi imposto pelas grandes potências que saíram vitoriosas: Estados Unidos, Grã-Bretanha, França e Itália. Cervo (2007) ressalta que o Tratado de Versalhes⁴ foi uma das primeiras tentativas de regulamentação de uma sociedade global, nele foram descritas as propostas para que fosse estabelecido um tratado de paz. Tal proposta tinha relação com os interesses nacionais e com o multilateralismo.

⁴ Cervo (2007) aponta a importância de outros tratados que foram instituídos no pós-guerra: Saint Germain, Trianon, Neuilly e Sèvres. Esses traziam questões sobre o desarmamento e a segurança, delimitação das fronteiras europeias, além disso, abordavam as questões econômicas e financeiras.

Hobsbawm (1995) compreende que havia cinco questões importantes nesse tratado. Logo, destaca o colapso dos regimes europeus e a ascensão do regime bolchevique revolucionário na Rússia; a necessidade de controle da Alemanha; necessidade de redividir e retraçar o mapa da Europa; o acordo trazia também considerações sobre as políticas internas dentro dos países vitoriosos; e por fim, as potências vitoriosas buscavam instituir um acordo de paz que fosse capaz de impedir uma outra guerra, o qual fracassou.

Não é necessário entrar em detalhes da história dos entre guerras para ver que o acordo de Versalhes não podia ser a base de uma paz estável. Estava condenado desde o início, e, portanto, outra guerra era praticamente certa. Como já observamos, os EUA quase imediatamente se retiraram, e num mundo não mais euro centrado e euro determinado, nenhum acordo não endossado pelo que era agora uma grande potência mundial podia se sustentar. Como veremos, isso se aplicava tanto às questões econômicas do mundo quanto à sua política. Duas grandes potências europeias, e naverdade mundiais, estavam temporariamente não apenas eliminadas do jogo internacional, mas tidas como não existindo como jogadores independentes — a Alemanha e a Rússia soviética. Assim que uma ou as duas reentrassem em cena, um acordo de paz baseado apenas na Grã-Bretanha e na França — pois a Itália também continuava insatisfeita — não poderia durar. E, mais cedo ou mais tarde, a Alemanha ou a Rússia, ou as duas, reapareceriam inevitavelmente como grandes jogadores (HOBBSAWM,1995, p.33).

Além do Tratado de Versalhes, no fim da primeira Guerra Mundial, também foi criada a Liga das Nações Unidas (1919), tratava-se de uma organização intergovernamental baseada na declaração dos Quatorze Pontos do presidente dos Estados Unidos, Woodrow Wilson. Sua criação tinha como objetivo evitar que o mundo vivesse outra guerra nas proporções da que ocorreu, para tanto, incluía propostas como o desarmamento, a paz e a segurança mútua. Como havia uma indefinição em relação às propostas, foi enfraquecida, pois não houve muitos avanços, principalmente, em relação ao desarmamento. Além disso, grandes potências como EUA, União Soviética e Alemanha não foram incluídas e o Senado dos EUA não aceitou ratificar seus tratados (UNESCO, 2021; HOBBSAWM,1995; CERVO, 2007).

Cervo (2007) aponta dois fatores importantes após o fim da Primeira Guerra. O primeiro fator é que os Estados Unidos se consolidaram como a primeira potência comercial e financeira no período de 1919. Na década de 1940, eram considerados a primeira potência, porém, industrial. O segundo, é que o liberalismo e a considerada democracia, baseada nos ideais do capitalismo, venceram os regimes autoritários da Alemanha, Áustria-Hungria e Império Otomano.

Para Wolf (2000), os americanos alcançaram grande poder de influência mundial, por mais um motivo. Ele enfatiza que os bancos americanos financiaram o comércio mundial e os

problemas internos dos Estados Unidos tinham reflexos mundiais. Esse processo de ascensão dos Estados Unidos como economia dominante foi interrompido, segundo Wolf (2000) e Hobsbawm (1995), pela Grande Depressão (1929), responsável por destruir o liberalismo econômico por um período de meio século, mas não o eliminou. Cervo (2007) afirma que:

[...] o capitalismo desmoronou: individualismo, livre iniciativa e mercado cedem passo ao nacionalismo econômico, ao protecionismo alfandegário e a autarcia política. Pelo lado político, assistiu-se à descrença nas instituições do Estado liberal, ao acirramento das lutas partidárias e doutrinárias, à busca de alternativas radicais, ao crescimento dos egoísmos nacionais (CERVO, 2007, p.145).

Saraiva (2007) analisa o período da Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) e os novos impactos causados nas relações internacionais. Segundo o autor, na Segunda Guerra Mundial, foi possível ver o maior nível de mundialização dos países na história. Além disso, fatores como o crescimento do fascismo e do nazismo, colocaram em perigo as propostas liberais. Para Hobsbawm (1995), no período de 1917 a 1942, houve um colapso das instituições democráticas, com o surgimento desses regimes. A vitória da democracia na Segunda Guerra Mundial foi uma conquista resultante da aliança entre o capitalismo liberal e o comunismo, algo considerado inédito na história.

Para Arrighi (1996), é importante evidenciar que, com o término da Segunda Guerra Mundial, houve um aumento do poderio mundial dos Estados Unidos⁵ e da União Soviética. Esta vivenciou, em 1917, a Revolução Russa, uma outra possibilidade de sistema econômico que não fosse o capitalismo. Tais fatores resultaram na remodelagem do sistema interestatal. Naquele momento novas questões ganharam destaque, dentre elas destaca-se que os povos ocidentais e não ocidentais puderam constituir-se em comunidades nacionais⁶ e dois eventos que marcaram a hegemonia americana nesse contexto, conforme aponta Arrighi (1996): a descolonização e a formação da Organização das Nações Unidas (ONU).

A colonização foi um dos elementos para o desenvolvimento da acumulação capitalista dos principais países europeus. A África sofreu durante anos com o processo de colonização e foi alvo dos interesses econômicos das grandes potências; o continente foi repartido em 1885, na Conferência de Berlim, para que a exploração fosse executada. A partir da segunda

⁵ Tota (2006) aponta que os Estados Unidos haviam adotado uma política isolacionista e, por isso, inicialmente não se envolveu na Segunda Guerra Mundial, isso mudou com o ataque à base aeronaval dos Estados Unidos, situada em Pearl Harbor, no Havái.

⁶ Hepp (2005) explica que isso constitui-se como o direito de autodeterminação dos povos, definido na Carta de São Francisco. Tratava-se de um direito para aqueles que estavam em territórios sem autonomia ou sob a tutela. Foi usado pela ONU no processo de descolonização, com isso, foi concedido aos palestinos o direito de criarem um Estado.

metade do século XIX, os países europeus começaram a se interessar por “civilizar” a África. Para tanto, enviaram exploradores e missionários, afirmavam que a escravidão não era mais bem-vinda. Essas ações tinham como interesse a exploração de matérias-primas do país e expansão do mercado. A descolonização foi um processo no qual as colônias africanas puderam alcançar a independência de seus colonizadores, tal fato teve início após o fim da Segunda Guerra Mundial (LIMA, 2010).

Saraiva (2007) aponta a importância da formação da ONU no pós-guerra, ressalta-se que sua formação foi guiada pelas ideias norte-americanas, substituindo a Liga das Nações. A ONU foi instituída em São Francisco no ano de 1945, seu objetivo era ser um instrumento para paz. Segundo Tota (2006), cinquenta nações assinaram a chamada Carta das Nações Unidas, que foi composta por 111 artigos. Na ONU, foi instituído também o Conselho de Segurança, órgão máximo da instituição, este é composto por cinco membros permanentes: Estados Unidos, União Soviética, Grã-Bretanha, França e China, além disso, a ONU também necessitava de mais dez membros, entretanto, são rotativos.

Tota (2006) ressalta que os Estados Unidos eram maioria em São Francisco, portanto, concentraram maior poder nas Nações Unidas. Saraiva (2007) compreende que a formação da ONU trouxe algo que vai além da manutenção da paz e segurança em nível internacional, a formação desta instituição consolidou também o fim da predominância internacional europeia. No entanto, isso esteve encoberto através da proposta universalista da ONU, quando se formou o consórcio das superpotências e emergiam os novos sistemas de dominação. Portanto, o resultado disso foi que se construiu uma nova balança de poder no mundo, conforme afirma Saraiva (2007).

Sobre as relações internacionais, Saraiva (2007) aponta que a ordem internacional migrou para um sistema bipolar entre duas superpotências: Estados Unidos e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a formação da ONU, Tota (2006) afirma que ficou evidente o início da disputa no mundo ocidental, com os Estados Unidos à frente da defesa do capitalismo, enquanto o socialismo era representado pela URSS. Um dos fatos importantes que marcou o início da disputa entre os dois países foi, em 1947, a instauração da Doutrina Truman, na qual o presidente que dava nome à doutrina, afirmou: “[...] a política dos Estados Unidos deverá ser de apoio total aos povos livres que lutam e resistem às tentativas de submissão de povos, pela força das armas ou não” (TOTA, 2006, p.419).

Na dimensão econômica, a consolidação da hegemonia americana ocorreu através da Conferência de Bretton-Woods, em 1944, quando foi criado o Fundo Monetário Internacional (FMI). A criação desta instituição consistiu numa forma de fortalecer o dólar

internacionalmente e ajudar na reconstrução da Europa Ocidental; já em 1949 foi criada a Organização do Atlântico Norte (Otan), proposta pelo presidente Truman, que reuniu 12 nações do ocidente com a finalidade de estabelecer uma defesa contra agressões militares soviéticas. Trazia em suas ideias o princípio de defesa coletiva das liberdades democráticas capitalistas. Além disso, Saraiva (2007) aponta como essas ideias anticomunistas que vigoravam no período conhecido como Guerra Fria (1947-1991) alimentaram a política americana através da criação de outras instituições existentes nos Estados Unidos como Lei da Segurança Nacional, *Central Intelligence Agency* (CIA) e Conselho de Segurança.

Para Harvey (2005), com a Guerra Fria e a ênfase na defesa da ameaça do comunismo no mundo, os Estados Unidos alcançaram a possibilidade de acumulação capitalista sem limites, o poder político e a militarização em nível mundial. Ressalta-se que três fatores são importantes para a hegemonia do capitalismo: o dinheiro, a capacidade produtiva e a força militar. A nova lógica que impera na política americana tem suas bases no liberalismo econômico, principal defensor dos direitos à propriedade privada e está em conformidade com a Declaração de Direitos Humanos.

[...] Estados Unidos vêm há muitos anos exercendo inegavelmente a liderança da parte do mundo dedicada à acumulação interminável do capital, tendo, por conseguinte disseminado amplamente suas maneiras de fazer negócios. Claro que, no curso dos anos da Guerra Fria, eles não exerceram uma hegemonia verdadeiramente global. Tendo a ameaça do comunismo desaparecido por completo agora, é mais difícil de definir e manter o papel de liderança dos Estados Unidos. Essa é a questão que está sendo debatida, de forma não muito sutil, por quem deseja projetar o futuro do imperialismo e do império norte-americano sobre o mundo do século XXI (HARVEY, 2005, p.43).

A Guerra Fria, segundo Cervo (2007), teve seu fim decretado em 1991. É nesse contexto que as relações internacionais passam de um sistema bipolar de poder para uma forma multipolar. Nesse novo cenário as zonas de conflitos não são mais apenas entre as grandes potências, e sim, inclui outras áreas regionalizadas, além disso, compreende uma nova premissa que é a defesa dos Direitos Humanos.

Esse novo mundo pós-Guerra Fria, embora tenha organismos internacionais como a ONU, cuja finalidade é garantir a paz entre as nações, continua complexo e perigoso; agora, com outros tipos de guerras e armamentos cada vez mais destrutivos. E ainda prevalecem outras questões de ordem econômica como a globalização, a regionalização ou integração e o novo papel dos Estados-nação.

Este Sistema Internacional estruturado e estruturante das relações interestatais, se alicerça no desenvolvimento capitalista e em ideais liberais – então hegemônicos. Para o estudo das proteções internacionais aos refugiados e aos Direitos Humanos, vamos avançar em seus fundamentos. Valores como liberdade e igualdade organizam as normas dominantes no plano formal internacional, porém, na prática, o que impera é a desigualdade, a superexploração e as violações dos direitos humanos:

Elevação dos índices de violência; acirramento das convulsões sociais, com a respectiva galopante concentração de renda, também em países centrais; patentes explorações econômicas e sociais, balizadas pelo racismo, intolerância e xenofobia; e exacerbação das rivalidades interestatais, acompanhadas de movimentos militares e de conflitos duradouros, presentes em todos os quadrantes do globo (OSÓRIO, 2018, p. 17-18).

Buscou-se aqui contextualizar o surgimento dos Estados-nação, compreendendo que nascem junto com o desenvolvimento do capitalismo. A partir disso, é importante apresentar os fundamentos do Estado Liberal, que deve ser compreendido a partir dos conceitos de cidadania e Direitos Humanos na sociedade capitalista contemporânea, dando bases para a formação do Direito Internacional.

1.1.1.

Os fundamentos do Estado liberal: cidadania e Direitos Humanos na sociedade capitalista contemporânea

Vinculado ao debate da constituição do sistema internacional moderno trazido anteriormente, o Estado Liberal, então, nasce na Europa nos séculos XVI e XVII, resultado da Revolução Francesa (1789). Neste período de crescimento das ideias iluministas (1685-1815), contestava-se o excesso de poderes do Estado Absolutista (HOBSBAWM, 1996).

Iniciava-se, nesse contexto, a discussão e a necessidade de garantir os direitos e as liberdades individuais. Com o nascimento do Estado Liberal e no contexto das revoluções Inglesa (1640-1688), Americana (1776) e Francesa (1789), iniciou-se a compreensão do que são os Direitos Humanos e a cidadania (HOBSBAWM, 1996).

Segundo Hobsbawm (1996), foi com a Revolução Francesa que surgiu o conceito de nacionalismo e a Teoria Liberal do Estado. Hobsbawm (1996) destaca também as diversas mudanças promovidas por essa revolução na sociedade e o surgimento dos conflitos entre as duas classes antagônicas: burguesia e proletariado.

Carnoy (1988) aponta que a essência da teoria do Estado Liberal tinha como base os direitos individuais e a ação do Estado relacionada ao bem comum, buscava-se o controle das paixões de modo que elas não pudessem sobrepor aos interesses de todos. A teoria Liberal do Estado surgiu com o nascimento do capitalismo na Inglaterra e na França, nesse contexto, os direitos humanos passaram a ser uma nova versão do direito de nascimento, os chamados direitos naturais. Carnoy (1988) ressalta também o caráter revolucionário dessa teoria, já que os principais filósofos estavam à frente das mudanças políticas, buscando outro tipo de Estado no qual fosse estabelecido um novo conceito de homem.

Os filósofos contratualistas foram responsáveis por explicar a relação entre os homens e o Estado. Para eles o Estado se materializou a partir de um Contrato Social, cuja finalidade seria a garantia da sobrevivência. Os principais teóricos dessa linha foram Thomas Hobbes, John Locke e Jean-Jacques Rousseau.

Hobbes (2004), em sua obra *Leviatã*, publicada em 1615, afirmava que com o direito de natureza, o *jus naturale*, o homem poderia usar o seu poder da maneira que desejasse, a fim de preservar a sua vida. Isso incluía fazer tudo aquilo que ele julgasse correto para proteger-se. No estado de natureza, os homens viviam em “[...] uma condição de guerra de todos contra todos” (HOBBS, 2004, p.47). O estado de guerra hobbesiano era o próprio estado de natureza, que teria durado enquanto os homens permanecessem fazendo o que desejavam para se proteger. Consequentemente, sem ajuda para preservar suas vidas, vivia-se em um estado de constante insegurança (BAPTISTA, 2011).

Hobbes (2004) defendia que a solução para acabar com esse “estado de guerra” em que os homens viviam, seria uma renúncia de todos os direitos, estabelecendo, assim, uma relação de igualdade. Porém, segundo Hobbes (2004) alguns direitos não poderiam ser transferidos ou abandonados, como exemplo o direito de resistência a ataques; o de proteger-se de ferimentos, das cadeias e do cárcere; e o direito de segurança.

Desta lei fundamental de natureza, mediante a qual se ordena a todos os homens que procurem a paz, deriva esta segunda lei: que um homem concorde, quando outros também o façam, e na medida em que tal considere necessário para a paz e para a defesa de si mesmo, em renunciar a seu direito a todas as coisas, contentando-se, em relação aos outros homens, com a mesma liberdade que aos outros homens permite em relação a si mesmo. Porque enquanto cada homem detiver seu direito de fazer tudo quanto queira todos os homens se encontrarão numa condição de guerra (HOBBS, 2004, p.48).

Segundo Hobbes (2004) a transferência dos direitos de forma mútua é o que vai configurar a existência de um Contrato Social. Gruppi (2001) sinaliza que esse Contrato Social

foi estabelecido porque cada homem seria um “lobo” para si mesmo no estado de natureza. Desse modo, o contrato seria importante para evitar que os homens destruíssem uns aos outros (HOBBS, 2004).

O “*homo homini lupus*”, trata-se do impulso à propriedade privada burguesa que estava em processo de desenvolvimento na Inglaterra, no contexto em que Hobbes escrevia. Gruppi (2001) analisa que essa noção de Estado baseada em um contrato revelava o caráter mercantil e comercial das relações sociais. Vale ressaltar que Hobbes estava descrevendo o “[...] surgimento da burguesia, a formação do mercado, a luta e a crueldade que o caracterizam” (GRUPPI, 2001, p.14).

O contrato, na perspectiva hobbesiana, criava um Estado Absoluto. Baptista (2011) ressaltava que essa era a forma de governo defendida por Hobbes (2004). Além disso, para Hobbes, apenas uma parte dos cidadãos deveria fiscalizar as ações do governo, pois isso seria mais eficiente do que uma soberania exercida de forma coletiva (HOBBS, 2004).

Segundo Nascimento (2006), outro autor importante na discussão sobre o Estado Liberal foi Rousseau, este foi considerado o patrono da Revolução Francesa ou como alguns definem: um primeiro revolucionário. Ele propôs o exercício da soberania pelo povo, afirmando ser essa uma condição essencial para a liberdade. Em suas obras, *Do Contrato Social* (1762) e o *Discurso sobre a Origem da Desigualdade* (1755), Rousseau traz a explicação sobre a origem da humanidade e das desigualdades.

Para Rousseau (2000) a legitimação das desigualdades ocorreu quando os ricos apresentaram um pacto para tentar solucionar os problemas de insegurança existentes (NASCIMENTO, 2006). Logo, segundo Rousseau (2000) a fundação da Sociedade Civil ocorreu quando alguém definiu o que era uma propriedade.

O primeiro que tendo cercado um terreno se lembrou de dizer: "Isto é meu", e encontrou pessoas bastante simples para o acreditar, foi o verdadeiro fundador da sociedade civil. Quantos crimes, guerras, assassinatos, misérias e horrores não teria poupado ao gênero humano aquele que, arrancando as estacas ou tapando os buracos, tivesse gritado aos seus semelhantes: "Livrai-vos de escutar esse impostor; estareis perdido se esquecerdes que os frutos são de todos, e a terra de ninguém!" (ROUSSEAU, 2000, p. 91).

Segundo Rousseau (2000), quando o homem começou a conviver em comunidade, surgiram as desigualdades e os vícios (a vaidade, o desprezo e a inveja). Tais sentimentos provocaram a necessidade de estabelecer formas de controle, como a realizada pela polícia, necessária para conter os homens nos seus impulsos. Portanto, nota-se que Rousseau compreende a origem das desigualdades a partir do desenvolvimento econômico e da vida

coletiva. Analisando os estudos de Locke ele afirmou: “[...] não pode haver injúria onde não há propriedade” (ROUSSEAU, 2000, p.102).

[...] Mas, desde o instante que um homem teve necessidade de socorro de outro; desde que perceberam que era útil a um só ter provisões para dois, a igualdade desapareceu, a propriedade se introduziu e o trabalho tornou-se necessário e as vastas florestas se transformaram em campos risonhos que foi preciso regar com suor dos homens, e nos quais, em breve, se viram germinar a escravidão e a miséria, a crescer com as colheitas (ROUSSEAU, 2011, p.103-104).

Para Gruppi (2001) essa concepção democrático-burguesa de Rousseau nasceu com o Estado Moderno e trouxe a ideia de que a condição natural dos homens baseada na felicidade, nas virtudes e na liberdade foi destruída pela necessidade de civilização. Na concepção de Rousseau (2011), foi a civilização quem provocou um desequilíbrio nas relações humanas. Assim, afirma: “ [...] os homens nascem livres e iguais, mas em todo lugar estão acorrentados” (ROUSSEAU, 2000. [1762], p.17).

Sobre os estudos de Rousseau, Gruppi (2001) e Nascimento (2006) afirmam que apenas o processo político é capaz de tornar os homens livres, portanto, a liberdade não seria algo natural, e sim, uma conquista que resulta de um processo histórico. Nesse sentido, os homens perderam sua condição de liberdade natural, logo, seria preciso alcançar a liberdade civil.

A igualdade é apresentada por Rousseau (2000) como uma condição essencial para o estabelecimento do Contrato Social. O povo possui a soberania, ou seja, são partes do processo de elaboração das leis, no entanto, devem também obedecê-las. Observa-se que fica estabelecida uma relação entre liberdade e obediência, como aponta Nascimento (2006).

Para Carnoy (1988) na obra *O Segundo Tratado Sobre o Governo Civil*, publicada em 1689, cujo autor foi John Locke, é importante ressaltar que os homens se unem em uma sociedade política através de um corpo de leis que direciona as relações de poder entre eles. Locke (1994) ao tratar sobre a sociedade política ou civil, afirmava que os homens nascem livres, detentores de todos os direitos e privilégios, ou seja, os direitos naturais.

Para não remontar a um passado muito distante, era bem conhecida a teoria de Locke, um dos principais inspiradores da liberdade dos modernos, segundo a qual a propriedade deriva do trabalho individual, ou seja, de uma atividade que se desenvolve antes e fora do Estado. Ao contrário do que hoje se poderia pensar, depois das históricas reivindicações dos não-proprietários contra os proprietários, guiados pelos movimentos socialistas do século XIX, o direito de propriedade foi durante séculos considerado como um dique - o

mais forte dos diques - contra o poder arbitrário do soberano (BOBBIO, 2004, p.44).

Para Locke (1994) no estado de natureza era garantido aos homens o direito de preservação da vida, da liberdade e de seus bens, portanto, eles poderiam punir e julgar qualquer violação à sua propriedade da forma que bem entendessem. O homem renunciou o seu poder natural colocando-o nas mãos de homens autorizados, estes cumprem as leis com a finalidade de preservar a vida, a liberdade e os bens, buscando proteger a comunidade dos perigos internos e externos. Isso constitui uma sociedade civil.

Cada vez que um homem entra na sociedade civil e se torna membro de uma comunidade civil, renuncia a seu poder de punir ofensas contra a lei da natureza na realização de seu próprio julgamento particular, mas tendo delegado ao legislativo o julgamento de todas as ofensas que podem apelar ao magistrado, delegou também à comunidade civil o direito de requerer sua força pessoal, sempre que quiser, para execução dos julgamentos da comunidade civil; que, na verdade, são seus próprios julgamentos, pois são feitos por ele ou por seu representante (LOCKE, 1994, p.133).

Para Locke (1994), onde não há sujeitos preparados que decidam os inconvenientes referentes à proteção à propriedade privada, vive-se ainda no estado de natureza. Nesse contexto, também é importante apontar que para Locke (1994) os governos absolutistas são incompatíveis com a sociedade civil.

Ainda sobre a formação da sociedade civil, para Locke (1994) quando os homens dão consentimento para que se constitua um corpo político submetido a um único governo, é preciso uma submissão à decisão da maioria. Carnoy (1988) ressalta que na sociedade política proposta por Locke serão definidos os direitos individuais e não a forma de Estado.

Observa-se que embora os filósofos jusnaturalistas tenham defendido os ideais de liberdade e igualdade que foram base para a Revolução Francesa, com o crescimento da concepção marxista foram elaboradas críticas a essas afirmações. Segundo Gruppi (2001) o comunismo utópico afirmava que a liberdade e a igualdade defendidas na Revolução Francesa não eram universais, portanto, só atenderiam aos interesses da classe considerada dominante: a burguesia. A proposta dos comunistas utópicos seria uma nova revolução que deveria ir além da que derrubou o regime feudal, esta deveria abordar o âmbito econômico.

Bonavides (1996) analisa que a liberdade proposta pelo liberalismo não se concretizou porque os homens não possuíam as mesmas condições dentro da sociedade, tratava-se de uma liberdade apenas na esfera formal. As desigualdades econômicas, sociais,

políticas e pessoais permaneceram, e se, por um lado, o liberalismo pregava a liberdade, por outro, permanecia uma escravidão social.

O Estado Liberal de Direito apresenta-se caracterizado pelo conteúdo liberal de sua legalidade, onde há o privilegiamento das liberdades negativas, através de uma regulação restritiva da atividade estatal. A lei, como instrumento da legalidade, caracteriza-se como uma ordem geral e abstrata, regulando a ação social através do não impedimento de seu livre desenvolvimento; seu instrumento básico é a coerção através da sanção das condutas contrárias. O ator característico é o indivíduo (STRECK; MORAIS, 2006, p. 102).

Hobsbawm (1996) afirma que na Revolução Francesa foi elaborada a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789, cujo objetivo era protestar contra os privilégios da nobreza. Essa declaração tem bases na teoria Liberal do Estado com ênfase na defesa da propriedade privada, considerada um direito natural do homem, portanto, sagrado, inalienável e inviolável. Ela apresenta, em seus primeiros artigos, os ideais de liberdade e igualdade.

A declaração trazia em seu escopo a ideia de que a soberania reside na nação e que ninguém deveria exercer autoridade que não fosse originada dela. Para Hobsbawm (1996), isso significava que o povo, ou seja, a nação francesa não aceitava mais nenhuma autoridade a não ser aquela estabelecida por eles, assim, o poder não emanava mais de uma monarquia ou da Igreja, mas sim da nação.

Bobbio (2004) analisa alguns pontos importantes na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. No artigo 1º, reafirma-se a ideia de liberdade e igualdade. No artigo 2º, especifica-se quais são os direitos propostos no primeiro artigo, nele, está implícita a presença do Contrato Social, quando se fala em associação, cuja finalidade era a preservação dos direitos de liberdade, de propriedade, de segurança e de resistência à opressão. A igualdade reaparece somente no artigo 6º, porém, ressaltando que é um direito perante a lei. Bobbio (2004) ainda analisa que no artigo 8º é apresentado o direito à segurança. Por fim, fica evidente a importância da proteção da propriedade no último artigo da declaração e aponta-se seu caráter inviolável:

Por consequência, a ASSEMBLEIA NACIONAL reconhece e declara, na presença e sob os auspícios do Ser Supremo, os seguintes direitos do Homem e do Cidadão:

Artigo 1º- Os homens nascem e são livres e iguais em direitos. As distinções sociais só podem fundar-se na utilidade comum;

Artigo 2º- O fim de toda a associação política é a conservação dos direitos naturais e imprescritíveis do homem. Esses Direitos são a liberdade a propriedade, a segurança e a resistência à opressão;

Artigo 3º- O princípio de toda a soberania reside essencialmente na Nação. Nenhuma corporação, nenhum indivíduo podem exercer autoridade que aquela não emane expressamente;

Artigo 4º- A liberdade consiste em poder fazer tudo aquilo que não prejudique outro: assim, o exercício dos direitos naturais de cada homem não tem por limites senão os que asseguram aos outros membros da sociedade o gozo dos mesmos direitos. Estes limites apenas podem ser determinados pela Lei (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO, 1789, p.1-2).

Nesse contexto de revoluções, tem início também a discussão sobre Direitos Humanos. Para Piovesan (2021), existem muitos questionamentos sobre a origem dos Direitos Humanos, pois, para alguns, trata-se de direitos naturais e inatos, enquanto, para outros, é um direito positivo ou histórico. Aqui, compreende-se a historicidade desse direito.

Segundo Bobbio (2004), a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, votada pela Assembleia Nacional francesa em 1789, teve bases em dois documentos: *Bills of Rights* de 1776 e a *Bill of Right Inglesa*, instituída na Revolução Gloriosa de 1689⁷. Ambos os documentos foram influenciados pelo jusnaturalismo e pelo contratualismo, traziam em seu escopo a ideia de que os homens possuem direitos naturais e afirmavam que o Estado deveria reconhecer e garantir os direitos dos cidadãos.

Comparato (2010) ressalta que na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, reafirmou-se os pressupostos de liberdade e igualdade defendidos na Independência Americana. Esses ideais evidenciavam uma forma de democracia moderna, buscando extinguir os privilégios da Nobreza e do Clero. Entretanto, criava-se uma forma de desigualdades sociais, já que os proprietários ricos lutavam contra os que governavam, logo, não havia uma forma de defesa para os pobres contra essa minoria rica.

Passos (2016) aponta que a Revolução Norte-americana (1776) consagrou o nascimento dos Direitos Humanos através da publicação da Declaração de Independência Americana. Nesse período, os direitos do homem e do cidadão possuíam caráter individualista, com bases na filosofia de Rousseau. Entendia-se que o Estado não tinha a função de garantir direitos como o do trabalho, dos meios de existência, da proteção e de instrução. Segundo Comparato (2010), no artigo I da Declaração, afirmava-se que

Todos os seres humanos são, pela sua natureza, igualmente livres e independentes, e possuem certos direitos inatos, dos quais, ao entrarem no estado de sociedade, não podem, por nenhum tipo de pacto, privar ou despojar sua posteridade; nomeadamente, a fruição da vida e da liberdade, bem como de procurar e obter a felicidade e a segurança (DECLARAÇÃO DE INDEPENDÊNCIA AMERICANA, 1776, art.1).

⁷ A Revolução Gloriosa teve como resultado a formação de uma monarquia constitucional, na qual o rei tinha poderes, no entanto reduzidos (HISTÓRIA DO MUNDO).

A Constituição Francesa, segundo Passos (2016), trouxe uma inovação ao apresentar as questões sociais e econômicas, no entanto, suas proposições só se materializaram no século XX, a partir de dois eventos futuros, quando se consolidou o que os autores chamam de “Estado Social de Direito”, em 1920: a Constituição Mexicana de 1917 e a Constituição de Weimar de 1919, que trouxeram a necessidade das questões sociais e trabalhistas.

Comparato (2010) ao tratar sobre as questões econômicas e sociais dos direitos do homem analisou que houve uma emancipação de determinados grupos sociais nesse contexto revolucionário, fruto das declarações norte-americana e francesa. Ao tornar-se livre de instituições como a família, os estamentos e a religião, o homem encontrou outros tipos de vulnerabilidades na sociedade liberal, que se assentavam nas relações entre patrões e empregados.

Antes da introdução das máquinas, a fiação e a tecelagem das matérias-primas tinham lugar na casa do trabalhador. A mulher e os filhos fiavam e, com o fio, o homem tecia – quando o chefe da família não o fazia, o fio era vendido. [...] Assim, os trabalhadores sobreviviam suportavelmente e levavam uma vida honesta e tranquila, piedosa e honrada; sua situação material era bem superior à de seus sucessores: não precisavam matar-se de trabalhar, não faziam mais do que desejavam e, no entanto, ganhavam para cobrir suas necessidades e dispunham de tempo para um trabalho sadio em seu jardim ou em seu campo, trabalho que para eles era uma forma de descanso; e podiam, ainda, participar com seus vizinhos de passatempos e distrações (ENGELS, 2010, p.45-46).

Segundo Engels (2010), com a Revolução Industrial (1760-1840), consequentemente o desenvolvimento capitalista, que ocorria nessa conjuntura junto às revoluções, as relações dos trabalhadores foram se complexificando. Se antes as relações trabalhistas ocorriam no ambiente familiar, com o desenvolvimento industrial, nasceu uma nova classe que não possuía alternativas para sobreviver além de ser proletariado. Com o crescimento dessa classe e de suas péssimas condições de vida, os trabalhadores precisaram reivindicar melhorias para sobreviver e exigiram participação nas vantagens alcançadas no capitalismo.

É importante ressaltar as análises de Soares (2012), o qual afirma que ao longo dos anos o Estado precisou assumir o papel de garantidor dos direitos e das liberdades dos cidadãos, porém, não tinha em seus objetivos intervir em questões particulares e nas relações com o mercado. No início do século XX, nasceu como alternativa ao liberalismo o que os estudiosos chamam de “Estado Social”, este somente conseguiu se estabelecer no período

pós-guerra. Segundo Streck e Moraes (2006), o Estado Social de Direito também tem como base o ideário liberal, porém, ele incorpora a necessidade de atender a questão social. Esse tipo de Estado precisa de garantias e prestações positivas, contudo, sem modificar a estrutura liberal, a lei aparece como ação concreta do Estado, facilitando os benefícios.

Comparato (2010) traz algumas questões importantes sobre Direitos Humanos. Primeiramente é importante compreender que embora tenham nascido de uma revolução de caráter liberal, foi com o movimento socialista no século XIX que ele ganhou uma conotação econômica e social, pois percebeu-se que as desigualdades sociais não eram algo natural, e sim, resultante do próprio capitalismo.

Para Comparato (2010), no século XIX, existiram duas fases no desenvolvimento dos Direitos Humanos. A primeira fase teve início na segunda metade do século XIX e teve fim com o início da Segunda Guerra Mundial. Salienta-se o seu impacto em três áreas: no direito humanitário, na luta contra escravidão e na regulação dos direitos do trabalhador.

No Direito Humanitário materializou-se com a elaboração da Convenção de Genebra em 1864, assinado pelas potências europeias, trata-se da primeira introdução dos Direitos Humanos em caráter internacional. Esta convenção é composta por um conjunto de leis e costumes de guerra, cujo objetivo é amenizar o sofrimento dos soldados doentes e feridos e da população civil que foi atingida por algum conflito bélico. Para Piovesan (2021) o Direito Humanitário impôs uma regulamentação jurídica no emprego da violência em nível internacional em contexto de extrema gravidade.

A segunda fase apontada foi a luta contra escravidão, segundo Comparato (2010) e Piovesan (2021), ela ocorreu primeiramente com a elaboração do Ato Geral da Conferência de Bruxelas de 1890, que estabeleceu regras para repressão ao tráfico de pessoas na África. E por fim, a regulação dos direitos do trabalhador ocorreu com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, quando os direitos dos trabalhadores passaram a ser protegidos por uma série de convenções.

Criada após a Primeira Guerra Mundial, a Organização Internacional do Trabalho tinha por finalidade promover padrões internacionais de condições de trabalho e bem-estar. Sessenta anos após a sua criação, a Organização já contava com mais de uma centena de Convenções internacionais promulgadas, às quais Estados-partes passavam a aderir, comprometendo-se a assegurar um padrão justo e digno nas condições de trabalho (PIOVESAN, 2021, p.175).

Piovesan (2021) analisa também que com a OIT, a Liga das Nações Unidas e o Direito Humanitário nasceu uma nova era dos Direitos Humanos, na qual não se regulam

apenas as ações entre os Estados, mas também no âmbito internacional. Uma das consequências apontadas por Piovesan (2021), foi o rompimento com a compreensão de que o Estado era o único sujeito do Direito Internacional protetor dos Direitos Humanos, logo, houve um rompimento com essa noção de soberania nacional.

A segunda fase de desenvolvimento dos Direitos Humanos foi marcada, segundo Comparato (2010), pela assinatura de dois documentos: a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, que estabelece a proteção universal aos Direitos Humanos; e a Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime de Genocídio de 1952, cujo fim é a criminalização do genocídio e punição dos que o praticam, bem como reprimir tal prática judicialmente.

Nota-se que após o fim da Segunda Guerra Mundial foi instituída uma série de convenções que efetivaram os direitos no plano internacional com caráter individual, civil e político; direitos no âmbito econômico e social e coletivos; e os direitos dos povos e da humanidade. Além disso, é importante destacar a Carta Africana dos Direitos Humanos de 1981, na qual afirma-se que todos os povos devem ser tratados com igualdade e respeito, nela também se ressalta a importância da autodeterminação e que os países têm livre disposição de suas riquezas.

Apesar desses avanços no plano normativo, na prática, os direitos para serem efetivados esbarram nas relações estabelecidas pelos Estados. Além de não serem obrigados a ratificar tratados internacionais, a não ser por interesses políticos e econômicos, o que faz com que muitos países deixem de cumprir com suas obrigações. Um exemplo claro é a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias, de 1990. Apesar da migração ser uma questão que afeta a todos os países, essa é a convenção com menos ratificações dos Estados.

Diante disso, Costa e Amaral (2020) afirmam que há uma tensão entre o debate sobre a proteção dos direitos humanos dos migrantes e refugiados e as prerrogativas conferidas ao Estado de determinar quem pode ingressar em seu território, no centro dessa questão estão os migrantes indocumentados.

Nesse sentido, Costa e Amaral (2020) compreendem que a soberania do Estado pode ser limitadora dos direitos humanos. No artigo 79 da Convenção Internacional, sobre a *Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias* (1990), afirma-se que: “nenhuma disposição da presente Convenção afeta o direito de cada Estado Parte de estabelecer os critérios de admissão de trabalhadores migrantes e membros das suas famílias” (Convenção Internacional, sobre a Proteção dos Direitos de

Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias, 1990, Art. 79). Essa reserva de poder é uma estratégia para evitar que os Estados se recusem a assiná-la.

Todavia, o efeito da convenção foi inverso, uma vez que a proteção internacional não foi ampliada e o alcance aos migrantes, principalmente os indocumentados, continuou precário. Esse grupo ficou ainda mais vulnerável à exploração, devido ao medo de serem denunciados quando estão em situação irregular, segundo Costa e Amaral (2020). Assim, os Direitos Humanos, que se pretendem universais, esbarram na discricionariedade dos Estados, que por sua vez, regulam as relações dos direitos com a cidadania em suas fronteiras. É no âmbito dos Estados que se estabelecem as relações com a cidadania moderna.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma mudança significativa em relação à concepção de Direitos Humanos, segundo Piovesan (2014) essa nova compreensão foi uma resposta às violações de direitos praticadas na Alemanha nazista pelo Estado. Nesse contexto, passou-se a pensar no “moderno Direito Internacional dos Direitos Humanos”, trata-se de uma proteção internacional de direitos que limita o poder do Estado.

Bussinger (1997) compreende, com base nos estudos de Bobbio (2004), que a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 foi uma conquista à medida que estabeleceu um sistema de valores universais. Isso permitiu que fosse estabelecida uma regra, pois qualquer ato de atrocidade pode ser condenado por todos os Estados, já que os valores passaram a ser universais. Para tanto, foram elaboradas uma série de documentos, nos fóruns internacionais, cuja finalidade é questionar as violações de Direitos Humanos.

Todavia, essa questão ainda esbarra na soberania dos Estados, uma vez que muitos não assinam os tratados devido a interesses econômicos e políticos, logo, a ideia de um moderno Direito Internacional dos Direitos Humanos fica, muitas vezes, no plano das ideias. Esse tema se articula diretamente a quem possui os direitos implementados dentro dos Estados, que está baseado na relação Estado-cidadão.

De acordo com Junqueira (2017), somente com a Revolução Francesa houve um ajustamento na concepção de cidadania, a qual passou a estar ligada à nacionalidade. Segundo Hobsbawm (1977), a burguesia era adepta ao constitucionalismo, ou seja, um Estado secular que trouxesse liberdades civis e garantias para as empresas, e um governo com contribuintes e proprietários. O novo regime deveria expressar a vontade da nação francesa, já que na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão a soberania residia na nação. Para Hobsbawm (1977), essa ideia do nacionalismo francês era mais revolucionária do que o próprio programa apresentado pelos liberais, pois a ideia de direitos naturais defendia o direito à propriedade.

O conceito de nação foi definido por Hobsbawm (1990) como o “[...] corpo de cidadãos, cuja soberania coletiva os constituía como um Estado concebido como sua expressão política” (HOBBSAWM, 1990, p.31). A língua era considerada um importante fator para definir a nacionalidade, porém, essa definição não deveria ser limitada a ela, mas sim, integraria um conjunto de fatores como: a liberdade, as leis e as características comuns do povo da França.

É importante mencionar que segundo Bobbio (2004), com o passar dos anos o nacionalismo sofreu mudanças em relação a sua compreensão, visto que rompeu com suas origens baseadas nos valores da religião cristã e das ideologias liberais. Com o surgimento de teorias nazistas e fascistas acabou sendo transformado em uma ideologia reacionária, com caráter militarista e agressivo, antiparlamentarista e antidemocrático em relação à política interna.

Para Junqueira (2017) as concepções revolucionárias da Revolução Francesa tinham como base principalmente as filosofias de Rousseau e Kant, os quais trouxeram o conceito de cidadania vinculado à participação nas atividades públicas, portanto, tratava-se de uma cidadania com bases na virtude cívica dos cidadãos. Somente no século XVII e XVIII foi elaborada outra visão de cidadania, cujo cerne é o liberalismo, compreendendo que: “[...] o Estado existe para o benefício de seus cidadãos, para assegurar que eles tenham direitos e possam usufruir deles” (JUNQUEIRA, 2017, p.15).

Costa e Ianni (2018) analisam a concepção de cidadania moderna, apresentada por Marshall. Nela, afirma-se que ser cidadão é ter a capacidade de exercer, dentro de um Estado-Nação, direitos políticos, sociais e civis, logo, percebe-se que existe uma dimensão territorial nessa definição. A ideia de cidadania moderna está relacionada ao vínculo jurídico dos cidadãos com o Estado, nesse sentido cidadão é aquele que tem direitos e obrigações.

Marshall (2021), autor que analisa o conceito de cidadania moderna, a partir da experiência inglesa, afirma que o direito à cidadania é um “[...] *status* outorgado àqueles que são membros plenos de uma comunidade” (MARSHALL, 2021, p.42). Nesse sentido, a cidadania está vinculada, não só ao pertencimento a uma comunidade, mas também é preciso ter lealdades a uma civilização.

Para Marshall (2021) o capitalismo, definido como um sistema de classes, crescia concomitante ao desenvolvimento da cidadania na Inglaterra no século XVII. O autor compreende que a cidadania possui três gerações de direitos: a civil, a política e a social, que são exercidos dentro do Estado-Nação, conforme apontam Costa e Ianni (2018). A cidadania civil, nasceu no século XVIII, é composta pelos direitos referentes às liberdades individuais, logo a “[...] liberdade da pessoa, liberdade de expressão, de pensamento e de fé, o direito de possuir propriedade e de concluir contratos válidos, e o direito à justiça” (MARSHALL, 2021,

p.23). A cidadania política nasceu no século XIX, trata-se do direito de participação nas questões políticas, assim, os indivíduos podem ser representantes ou representados. Já a cidadania social, que nasceu no século XX, engloba desde o direito de bem-estar e a segurança econômica, até a participação no patrimônio social e de ter uma vida civilizada, vivendo de acordo com os padrões sociais.

Para Marshall (2021) há uma relação entre igualdade e cidadania, assim os que possuem esse *status* seriam iguais no que diz respeito aos direitos e deveres. No seu estudo o autor aponta outro conceito importante para analisar a cidadania que é a classe social, definida por ele como um sistema de desigualdades, logo, a cidadania tem impacto nela na medida em que se cria um conflito – mas não muda a realidade da existência de classes econômicas distintas.

A partir da compreensão sobre os fundamentos do Estado Liberal, e do entendimento dos conceitos de cidadania e Direitos Humanos na sociedade capitalista contemporânea, busca-se apresentar as argumentações sobre o Direito Internacional dos Refugiados, que nascem no período pós-guerra. Assim, ressalta-se as suas origens históricas e como o contexto atual em que o refúgio e a migração estão inseridos têm relação com a crise estrutural do capitalismo iniciada na década de 1970.

1.2.

Direito Internacional dos Refugiados: origem histórica e atualidade

1.2.1.

Origem do Direito Internacional dos Refugiados

Após as guerras mundiais, a luta contra os regimes considerados autoritários e a hegemonia dos EUA como uma potência mundial, os ideais do liberalismo, venceram. Para os seus defensores, acreditou-se que ele seria um sistema capaz de proteger a democracia, dentro dos moldes capitalistas. No estado liberal, construiu-se essa ideia de democracia e foram concretizadas a proteção aos direitos humanos e a cidadania, foi nesse Estado, no período pós-guerra, que se definiu a necessidade de garantir proteção aos refugiados.

Segundo Fischel (2006), a origem do Estado-nação teria resultado em duas situações. Em primeiro lugar, surgiu o sentimento de pertencimento por parte de um determinado grupo que tem um território delimitado geograficamente pela cultura; em segundo lugar, Fischel (2006) aponta que esse sentimento de integração também resultou em uma determinada

parcela de sujeitos que não pertencem àquela comunidade nacional por não se identificarem com ela.

A partir disso, neste estudo, é importante compreender dois institutos de proteção: o asilo e o refúgio. Ambos têm como objetivo a proteção do ser humano devido às perseguições realizadas pelo Estado de origem. Compreende-se que têm a mesma origem histórica, contudo, se desenvolveram de formas diferentes ao longo dos anos (JUBILUT, 2007; BARRETO, 2007).

O direito ao asilo é definido como “[...] o direito de qualquer Estado, em relação a outro Estado, de conceder a qualquer indivíduo perseguido pelas autoridades deste último, qualquer espécie de asilo de direito internacional” (BRAGA, 1969 p.16). Para Braga (1969), há uma dificuldade em definir quando de fato o direito ao asilo foi estabelecido, pois esse instituto está identificado nos documentos mais antigos da humanidade, como a Bíblia Sagrada, especialmente nos livros do Antigo Testamento quando as pessoas fugiam de sua terra por diversos motivos. Jubilut (2007) afirma que, com o nascimento do Império Romano, houve mudanças na garantia desse direito, que deixou de ser limitado às questões religiosas de misericórdia, como era na antiguidade⁸, e ganhou uma perspectiva jurídica na Grécia e na Roma Antiga.

Segundo Braga (1969), conforme a Grécia e a Roma desenvolviam-se no que diz respeito ao direito à cidade, as punições, as vinganças individuais e privadas foram deixadas de lado e o asilo ganhou outra conotação. Quando a lei de Talião teve seu fim decretado, o asilo passou a ser usado também por criminosos que o invocavam nos templos religiosos considerados sagrados. Futuramente, no século XIII, na Europa, esse direito foi limitado pela igreja. Braga (1969) ressalta que uma das consequências do nascimento dos Estados Modernos foi o declínio e desaparecimento do direito ao asilo religioso.

O aparecimento dos Estados modernos determinou o declínio e gradual desaparecimento da instituição do asilo religioso, que, mandando extinguir, na França, em 1539, na Espanha, em 1570, na Inglaterra, em 1624, na Prússia, em 1794, no Wurtemberg, em 1804, na Bavária, em 1818, e na Saxônia, na maioria dos países europeus, até meados do século XIX (BRAGA, 1969, p.20).

⁸ Os que fugiam de alguma situação, buscavam refúgio em templos e, assim, escapavam das punições. O asilo era baseado na hospitalidade, aqueles que o invocavam estavam protegidos divinamente. Muitos criminosos se aproveitavam do caráter religioso do asilo para fugir dos seus crimes e ficar impunes (BRAGA, 1969).

Durante a Idade Média, o direito ao asilo limitou-se novamente às questões religiosas e, somente com a Reforma Protestante (1517), reiniciou-se a discussão deste instituto, porém, passou a ser uma proteção à liberdade individual (CUNHA, ALMEIDA, 2008; JUBILUT, 2007).

Jubilut (2007) afirma que o asilo foi definido pela primeira vez em uma Constituição no século XVIII, especificamente na França em 1793, isso foi resultado do desenvolvimento teórico de Hugo Grocius⁹. Com a Revolução Francesa o direito ao asilo foi ampliado, passando a ser usado para proteger criminosos políticos e não apenas os criminosos comuns como era antes.

Cunha e Almeida (2008) ressaltam que com o *Tratado sobre o Direito Penal Internacional* assinado em Montevideu¹⁰, em 1889, durante o primeiro Congresso Sul-Americano de Direito Internacional Privado, o asilo passou a ser entendido como um instituto jurídico. Atualmente, esse tratado se limita à América Latina, sendo regulado pela Convenção Sobre Asilo Territorial e Convenção Sobre Asilo Diplomático de 1954.

É importante ressaltar que na Convenção Sobre Asilo Territorial e Convenção Sobre Asilo Diplomático de 1954, afirma-se que o asilo é um direito discricionário, já que o Estado não é obrigado a concedê-lo e a declarar o porquê da negação. Outra questão importante diz respeito à delimitação para quem o asilo é concedido, pois no artigo 3º da Convenção recomenda-se que não seja concedido aos que na época da solicitação tenham sido acusados por delitos comuns, processados ou condenados por crime e não tenham cumprido a pena; também não deve ser concedido aos desertores das forças da terra, do mar e do ar, exceto quando houver motivos ou caráter político. Nota-se que na convenção há uma proteção especial para os que sofreram perseguição política, porém, os que não se enquadram nesse caso devem ser convidados a retirar-se do país ou serem entregues aos governos locais.

Não é lícito conceder asilo a pessoas que, na ocasião em que o solicitem, tenham sido acusadas de delitos comuns, processadas ou condenadas por esse motivo pelos tribunais ordinários competentes, sem haverem cumprido as penas respectivas; nem a desertores das forças de terra, mar e ar, salvo quando os fatos que motivarem o pedido de asilo, seja qual for o caso, apresentem claramente caráter político.

As pessoas mencionadas no parágrafo precedente, que se refugiarem em lugar apropriado para servir de asilo, deverão ser convidados a retirar-se, ou, conforme o caso, ser entregues ao governo local, o qual não poderá julgá-las por delitos políticos anteriores ao momento da entrega (CONVENÇÃO SOBRE ASILO TERRITORIAL E CONVENÇÃO SOBRE ASILO DIPLOMÁTICO, 1954, art. III).

⁹ Jurista holandês, um dos fundadores do Direito Internacional.

¹⁰ O documento promulga as Convenções sobre direitos e deveres dos Estados e sobre Asilo político, assinadas em Montevideu a 26 de dezembro de 1933, na Sétima Conferência internacional americana.

Para Bobbio (1998), foi no século XIX, ao ser laicizado, que o asilo se tornou objeto de normas jurídicas, sendo um instituto cujo fim passou a ser a tutela de perseguidos políticos. O direito ao asilo político atualmente é classificado como territorial, extraterritorial ou diplomático e o asilo “neutral”. Jubilut (2007) explica que o asilo territorial ocorre quando o solicitante está dentro do território do Estado em que ele pede a proteção. O asilo diplomático é aquele concedido nas extensões do território do Estado, essa extensão pode ser uma embaixada, um navio ou até mesmo um avião do Estado. Barreto (2007) complementa que o asilo diplomático é concedido apenas na América Latina, não se trata de um direito Internacional, isso ocorre devido às variadas instabilidades dessa região, ao longo da história, com revoluções e ditaduras que resultaram em muitos criminosos políticos. Por fim, o asilo “neutral” é concedido, segundo Bobbio (1998), em períodos de guerra, porém, em um Estado neutro, a partir de acordos respeitosos.

Para Barreto (2007), Jubilut (2007) e Sartoretto (2018), a proteção aos refugiados teve origem como um Direito Internacional com o nascimento da Liga das Nações, em 1919, isso ocorreu anos antes dela ser destituída, em 1946. A Liga das Nações preocupou-se com a situação dos refugiados naquele período, estabelecendo em 1921 o *Alto Comissariado para os Refugiados Russos*.

As tarefas que deveriam ser realizadas pelo Alto Comissariado para os Refugiados Russos eram basicamente três: (1) a definição da situação jurídica dos refugiados, (2) a organização da repatriação ou reassentamento dos refugiados e (3) a realização de atividades de socorro e assistência, tais como providenciar trabalho, com a ajuda de instituições filantrópicas (JUBILUT, 2007, p.75).

Nesse contexto, as pessoas deslocavam-se em grande número devido aos acontecimentos na Rússia, com o nascimento da URSS. Para Sartoretto (2018), no período que compreendeu 1917 a 1922, devido às perseguições motivadas por regimes autoritários havia aproximadamente dois milhões de russos, de armênios e de outras nacionalidades em busca de refúgio em outros países. Havia outros conflitos ocorrendo no mundo como “[...] a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), os conflitos dos Balcãs, que a antecederam (1912-1913), e os no Oriente Próximo (guerra no Cáucaso, de 1918-1921, e a guerra Greco-Turca, de 1919-1922)” (SARTORETTO, 2018, p.41).

Para Barichello e Araújo (2014) e Hathaway (1991), com o fim da Primeira Guerra Mundial, o fenômeno dos refugiados ganhou evidência na Europa. Especialmente, destacavam-se os refugiados de origem russa brancos, os armênios, os gregos, os búlgaros,

os alemães, os húngaros e os romenos em situação de deslocamento forçado. Observa-se que o refúgio foi inicialmente uma realidade para homens brancos e que tinham medo de retornar para Rússia após a instituição do Estado Bolchevique formado pelo partido liderado por Lenin.

No início de 1920, a Europa Ocidental se tornou também o destino de cerca de 1,5 milhão de refugiados apátridas russos, desterrados pela revolução bolchevique de 1917, assim como o território de circulação de milhares de refugiados armênios, sobreviventes do genocídio empreendido pelo governo turco-otomano, de povos dos Bálcãs, de gregos, de búlgaros e outros deslocados pelas disputas territoriais e religiosas (RUSEISHVILI, 2021, p.57).

Segundo Sartoretto (2018), o mundo, naquela época, já era afetado por outros conflitos decorrentes do processo de colonização e descolonizadores, porém, esses eventos aconteceram na África, nos séculos XIX e XX, com a sua partilha na Conferência de Berlim (1885). Outros conflitos ocorriam na América Latina, com o processo de colonização no século XIV. Esses eventos também foram motivadores de deslocamento de pessoas, porém, apenas quando o continente europeu foi atingido pelo aumento de pessoas refugiadas, a comunidade internacional começou a pensar em criar instrumentos universais para proteção dessas pessoas.

Ruseishvili (2018) afirma que, com o término da Segunda Guerra Mundial, destacavam-se entre os refugiados europeus os de nacionalidade soviética que sofreram perseguição na URSS com a instituição do Estado Bolcheviques. O deslocamento também era motivado por questões políticas e econômicas do país que sofria as consequências dos conflitos. Os refugiados eram principalmente os “[...] soldados soviéticos da Frente Oriental, prisioneiros de guerra e de campos de concentração nazistas, colaboracionistas e desertores” (RUSEISHVILI, 2018, p.2). Nesse meio, existiam também os civis que foram deportados pelo seu país de origem.

Ruseishvili (2018) sinaliza que o repatriamento se tornou uma das medidas para resolver o problema dos refugiados, tanto na Primeira Guerra Mundial como na Segunda Guerra Mundial. Tal solução foi definida na Conferência de Yalta (1945), assim o objetivo dos países europeus e da Organização Internacional para os Refugiados (OIR)¹¹ era repatriar os civis e militares que tinham passaporte expedido no período de 1939, mas a realidade imposta pelos governos totalitários não deixava isso se materializar, já que havia medo de uma

¹¹ Esta Conferência foi realizada na cidade de Yalta em fevereiro de 1945, os três presidentes Franklin Roosevelt, Winston Churchill e Joseph Stálin se reuniram para discutir o futuro da Europa, após o fim da Segunda Guerra Mundial.

perseguição em relação aos militares e os civis viam seu deslocamento como uma opção para viver na Europa.

O repatriamento foi uma das soluções propostas pelos representantes da Europa e por Fridtjof Nansen para o caso dos russos, que deveriam retornar para a URSS. No entanto, com o governo bolchevique ainda em atuação e cometendo várias violações de direitos isso se tornou um problema. Essa opção foi descartada quando a URSS, em 1924, criou sua primeira Constituição acabando com o direito de cidadania dessas pessoas (RUSEISHVILI, 2021). Na Segunda Guerra Mundial, a questão dos refugiados ganhou outras dimensões. Segundo Barreto (2010), dezenas de milhões de pessoas se deslocavam em diversas partes do mundo motivadas também pela expansão do nazismo.

Sartoretto (2018) afirma que o Comitê Internacional da Cruz Vermelha foi o primeiro órgão a atuar no âmbito da proteção para refugiados. Ela era conhecida por sua atuação com assistência e proteção a vítimas de conflitos armados. As ações da Cruz Vermelha eram limitadas à caridade e não tinham perspectiva de direitos. Um dos avanços apontados por Sartoretto (2018) foi a instituição de um Alto Comissário da Liga das Nações em 1921, na conferência realizada pelo órgão. Fridtjof Nansen foi o escolhido para executar a missão de identificar os refugiados russos e definir um documento para que eles pudessem ter direito de viajar na Europa.

Para Sartoretto (2018) e Ruseishvili (2021), Nansen teve um importante papel nesse contexto, pois ele foi responsável pelo *“passaporte Nansen”*, elaborado em 1922. Tratava-se de um documento expedido pela Liga das Nações para aqueles que perderam a proteção do Estado. Com ele, os russos que tiveram sua nacionalidade revogada por Lenin puderam viajar pela Europa.

Hannah Arendt publicou, em 1951, a sua obra *As Origens do Totalitarismo*, na qual analisou a situação do refugiado-apátrida. Segundo Arendt (2013), há duas questões que precisam ser analisadas sobre essas minorias, primeiramente os que migravam não eram mais bem-vindos aos países de origem. Em segundo lugar, aqueles que saíam de seu país perdiam a relação com o Estado de origem, logo, tornavam-se apátridas, portanto, “[...] eles haviam perdido aqueles direitos que até então eram tidos e até definidos como inalienáveis, ou seja, os Direitos do Homem” (ARENDT, 2013, p.237). Ruseishvili (2021) compreende que essa perda do lar, por milhares de pessoas, evidenciava que o refúgio não era um problema demográfico, e sim, um problema da organização política moderna.

Junto aos apátridas, outras minorias que também fugiam dos regimes totalitários foram submetidas ao Tratado de Minorias, assinado por vários governos com exceção da Tchecoslováquia. O Tratado de Minorias, segundo Barichello e Araújo (2014) tinha como

finalidade garantir direitos para as minorias étnicas ameaçadas pelo redesenho das fronteiras nacionais. Arendt (2006) afirma que o Tratado das Minorias foi garantido pela Liga das Nações. Devido ao novo contexto, era preciso criar um *modus vivendi* duradouro para essa população, pensando não apenas que os nacionais eram cidadãos, mas também os “povos sem Estado”.

Uma das primeiras conquistas nesse contexto foi a criação do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Barrichello e Araújo (2014) afirmam que o ACNUR teve suas atividades iniciadas em dezembro de 1950, seu trabalho tinha como base a Convenção de 1951, através da Resolução 428 da Assembleia Geral das Nações Unidas. Neste primeiro, momento tinha um mandato de três anos com a finalidade de reassentar os refugiados europeus oriundos da Segunda Guerra Mundial.

Para Sartoretto (2018) a questão dos refugiados não teve fim em 1953, ano que encerraria as atividades da agência, por isso, o mandato do ACNUR foi ampliado por um período de mais três anos. Madureira (2021) ressalta que como as pessoas continuavam se deslocando em massa, a competência do ACNUR passou a ser renovada, a última ocorreu em 2003 através da Resolução A/RES/58/153.

O ACNUR é um órgão subsidiário da ONU, conforme estabelece o artigo 22 da Carta das Nações Unidas. Tem função humanitária e social, o financiamento é proveniente de contribuições voluntárias dos países, de doações, de arrecadações do setor privado e de doadores individuais. Tem personalidade jurídica, portanto, pode concluir e ratificar seus tratados e convenções. O ACNUR segue as diretrizes da Assembleia Geral e do Conselho Econômico e Social da ONU (Ecosoc), logo, possui certa independência, pois não está sujeita à supervisão das cortes nacionais devido à imunidade que possui diante das cortes domésticas, conforme está previsto na Convenção sobre Privilégios e Imunidades das Nações Unidas. Entretanto, essa autonomia acaba dificultando a fiscalização dos seus membros e funcionários, que nem sempre têm punições devidas quando violam direitos (SARTORETTO, 2018).

Segundo Madureira (2021), o Estatuto do ACNUR é regido pela Convenção de 1951 e mais tarde, incluiu as proposições da Resolução de 1967. Após a Segunda Guerra Mundial, o refúgio passou a ser previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e na Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951, posteriormente se incluiu o Protocolo de 1967. A Convenção de 1951 foi considerada o eixo fundador do Direito Internacional dos Refugiados.

Segundo Barichello e Araújo (2014), na Convenção, define-se quem é o refugiado e estabelece um padrão para o seu tratamento. Logo, considera-se refugiados os indivíduos

que estejam fugindo de seu país devido ao “fundado temor de perseguição”, as motivações nesse documento estão reduzidas às questões de raça, de nacionalidade, de religião, de opinião e de pertencimento a grupo social. Além disso, é importante ressaltar que o solicitante de refúgio deve estar fora do território de origem e necessitando de proteção internacional. Diante disso, o mandato do ACNUR seguindo a Convenção de 1951, define em seu estatuto quem deverá receber proteção.

(I) Qualquer pessoa que tenha sido considerada refugiada em aplicação dos Acordos de 12 de Maio de 1926 e de 30 de Junho de 1928, ou em aplicação das Convenções de 28 de Outubro de 1933 e de 10 de Fevereiro de 1938, do Protocolo de 14 de Setembro de 1939, ou ainda em aplicação da Constituição da Organização Internacional dos Refugiados.

(II) Qualquer pessoa que, em consequência de acontecimentos ocorridos antes de 01 de Janeiro de 1951, e receando, com razão, ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade ou opinião política, se encontre fora do país de sua nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio ou por outras razões que não sejam de mera conveniência pessoal, não queira requerer a proteção daquele país; ou quem, não possuindo uma nacionalidade e estando fora do país de residência habitual, não possa ou, em virtude desse receio ou por outras razões que não sejam de mera conveniência pessoal, não queira retornar (ESTATUTO DO ACNUR, 1950, art.6).

Jubilut (2007) aponta os limites existentes na Convenção de 1951. Havia uma limitação temporal, uma vez que foram considerados refugiados, portanto, passíveis de proteção, apenas àqueles que sofreram consequências dos eventos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951, na Europa ou fora dela. Essa restrição era resultado, mais uma vez, da crença de que o deslocamento forçado acabaria com o fim das guerras. Havia também uma limitação geográfica, pois considerava-se refugiados apenas as pessoas provenientes da Europa. Ademais, ignorava-se a existência de outros motivadores para o deslocamento forçado, como os direitos econômicos, sociais e culturais. Estes também são violados na sociedade, porém, em maior escala nos países de menor desenvolvimento que não tinham evidência naquele período.

Para Jubilut (2007) não havia uma aplicação homogênea da Convenção de 1951, porque cada Estado poderia solucionar os problemas de interpretação do documento como bem entendessem. Contudo, a maior crítica à Convenção é a falta de definição sobre obrigatoriedade em conceder direito ao asilo conforme definido na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948). Como a convenção foi escrita sob a lógica do Direito Universal Clássico, foi possível permanecer com a ideia de soberania absoluta dos Estados.

Em 1966, a Assembleia Geral da ONU criou o Protocolo relativo ao Estatuto dos Refugiados que entrou em vigor em 4 de outubro de 1967. Com esse protocolo, foram eliminadas as barreiras de limitações geográficas e temporais presentes na Convenção de

1951. O Protocolo de 1967 foi resultado da pressão da comunidade internacional, principalmente da Organização da Unidade Africana (OUA)¹², porque nos anos 60 a comunidade africana estava insatisfeita com os instrumentos utilizados para atender os refugiados naquele país, visto que os organismos internacionais apenas olhavam para a questão europeia (BARICHELLO; ARAÚJO, 2014; SARTORETTO, 2018; SQUEFF, 2021). Segundo Squeff (2021), nos anos 1960, também ocorriam movimentos como a autodeterminação dos povos, discutindo questões como a descolonização da África.

Esses fatos foram importantes para a construção do novo conceito de refugiado presente no Protocolo de 1967, já que mais pessoas passaram a se deslocar devido aos novos conflitos. É importante ressaltar que a Convenção de 1951 era um documento eurocentrado, uma vez que buscava atender os problemas europeus e não os do resto do mundo. As restrições possibilitavam atender apenas um determinado perfil de refugiado, que era “[...] o homem, branco, europeu, cristão, homossexual e burguês” (SQUEFF, 2021, p.15).

Em 1969, a Assembleia dos Chefes de Estado e de Governo da OUA, elaboraram outro documento para tentar resolver os problemas referentes ao deslocamento forçado de pessoas, desta vez, no contexto africano. Para tanto, criaram a *Convenção que Regula os Aspectos Específicos dos Problemas dos Refugiados na África*, essa traz aspectos da Convenção de 1951 e do Protocolo de 1967, compreende os refugiados como pessoas que precisam de proteção devido à perseguição por raça, religião, nacionalidade, filiação a grupo social e opinião política. Além disso, ela amplia essa definição entendendo o refugiado como:

Qualquer pessoa que, devido a uma agressão, ocupação externa, dominação estrangeira ou a acontecimentos que perturbem gravemente a ordem pública numa parte ou na totalidade do seu país de origem ou do país de que tem nacionalidade, seja obrigada a deixar o seu lugar de residência habitual para procurar refúgio em outro lugar fora do seu país de origem ou de nacionalidade (CONVENÇÃO OUA, 1969, art.1).

É importante enfatizar que a Convenção de 1951 trata-se do primeiro documento criado para resolver o problema dos refugiados, mas apresenta limitações que ainda precisam ser discutidas, como o termo “fundado temor de perseguição”. Sobre isso Madureira (2021) compreende que é necessário estar configurada a existência de uma perseguição, todavia essa não precisa ser necessariamente efetivada, portanto, é possível solicitar refúgio quando ainda há apenas indícios. Todavia, na Convenção, falta uma definição sobre o que é o termo

¹² Trata-se de uma instituição de caráter diplomático, que teve origem em 25 de maio de 1963 na Etiópia. No ano 2000, passou a ser a União Africana. Tinha como objetivo defender a independência dos países africanos colonizados, lutar contra o colonialismo e o neocolonialismo, promover a paz e a solidariedade entre os países africanos. Foi criada pela influência do panafricanismo (DIALLO, 2005).

perseguição. A perseguição no documento é limitada ainda a cinco motivos: a raça, a nacionalidade, a religião, a opinião política e o pertencimento a um grupo social, não incluindo por exemplo questões como perseguição por gênero. Cada país pode ampliar essa lista de motivos conforme necessário.

Na década de 1970, devido aos regimes ditatoriais na América Latina, houve um aumento de pessoas se deslocando nessa localidade, no entanto, com uma nova característica: a violação de direitos humanos. Por esse motivo, em novembro de 1984, foi realizado um colóquio acadêmico com apoio do ACNUR, em Cartagena das Índias, na Colômbia, que teve como resultado a elaboração da Declaração de Cartagena. Segundo Jubilut e Madureira (2014), essa declaração foi um grande avanço, pois ampliou o conceito de refugiado, incluindo a grave e generalizada violação de direitos humanos como motivo para busca de refúgio.

Deste modo, a definição ou o conceito de refugiado recomendável para sua utilização na região é o que, além de conter os elementos da Convenção de 1951 e do Protocolo de 1967, considere também como refugiados as pessoas que tenham fugido dos seus países porque a sua vida, segurança ou liberdade tenham sido ameaçadas pela violência generalizada, a agressão estrangeira, os conflitos internos, a violação maciça dos direitos humanos ou outras circunstâncias que tenham perturbado gravemente a ordem pública (DECLARAÇÃO DE CARTAGENA, 1984, conclusão 3ª).

A declaração de Cartagena trouxe outros aspectos importantes como a busca por respostas coordenadas regionalmente para atender aos refugiados. Além da importância da integração local, da repatriação e do reassentamento, como apontam Jubilut e Madureira (2014).

No *Manual de Procedimentos e Critérios para Determinar a Condição de Refugiado* do ACNUR (2011), apresentam-se outros acordos, convenções e instrumentos regionais importantes para os refugiados. Dentre eles, pode-se destacar na América Latina os documentos que abordam o tema asilo territorial:

Tratado de Direito Penal Internacional (Montevideu, 1889); o Acordo sobre Extradução (Caracas, 1911); a Convenção sobre o Asilo (Havana, 1928); a Convenção sobre o Asilo Político (Montevideu, 1933); a Convenção sobre o Asilo Diplomático (Caracas, 1954) e a Convenção sobre o Asilo Territorial (Caracas, 1954) (ACNUR, 2011, p.8.).

Nota-se que o deslocamento forçado é parte de um processo de transformação das estruturas e instituições, não está descolado das mudanças que ocorreram ao longo dos anos

nas relações sociais, econômicas e políticas. Desde os anos 1970, período em que o capital entrou em crise, tendo como consequências a globalização neoliberal, o aumento das desigualdades econômicas e a centralização das riquezas nas mãos de uma minoria, houve novos impactos no que diz respeito ao deslocamento forçado de pessoas (CASTLES, 2010).

1.2.2.

A crise do capital e o deslocamento forçado na atualidade

Para Mészáros (2011), o capitalismo atualmente vive uma crise que é compreendida como estrutural, profunda e que faz parte do próprio sistema econômico. Netto (2012) compreende que as crises fazem parte do sistema capitalista, o mundo já vivenciou outras antes da que ocorreu nos anos 1970, como a crise na Europa em 1873 que se encerrou em 1896, e a de 1929 que durou cerca de 16 anos em nível mundial.

Harvey (2005) afirma que, no período após o fim da Segunda Guerra Mundial, estabeleceu-se o Estado de Bem-Estar Social nos países europeus, porém, na década de 1970 ele entrou em crise. O Estado de Bem-Estar-Social, baseado no keynesianismo¹³, defendia um Estado com plena ação nas políticas econômicas, a fim de garantir pleno emprego e equilíbrio econômico. Tratava-se da busca de um capitalismo mais “humanizado”, estabelecendo-se um compromisso entre o capital e o trabalho.

Essa forma de organização econômica keynesiana, denominada por Harvey (2005), também como liberalismo embutido, começou a dar sinais de esgotamento no final dos anos 1960. O resultado foi uma grave crise de acumulação, consequentemente cresceu o desemprego e a inflação em níveis globais, as crises fiscais se tornaram reais em vários Estados e as políticas keynesianas não eram consideradas mais efetivas nesse contexto.

Acreditava-se nesse período de crise que a intervenção estatal seria um empecilho para a modernidade, pois a intervenção do Estado resultou em elevados gastos sociais e no aumento da dívida pública. A “era dourada” do capitalismo havia sido marcada pela relação entre consumo em massa, Estado de Bem-Estar Social e acumulação (OSÓRIO, 2018). Para Harvey (2005), a crise de acumulação da década de 1970 tratava-se de uma combinação de desemprego e inflação acelerada. A solução encontrada para a crise foi um conjunto de medidas neoliberais.

¹³ Para o keynesianismo, o Estado deve intervir na economia, defende-se um Estado interventor (BEHRING-BOSCHETTI, 2010).

O capitalismo precisou se renovar. Osório (2018) afirma que uma das mudanças no modo de produção capitalista foi a passagem de uma regulação estatal-intervencionista com bases keynesianas e nacional para a neoliberal, com caráter internacional. Com a crise, houve uma revolução tecnológica de produção e foram elaboradas novas formas de organização do trabalho que priorizam a informalidade e a precarização. Essa crise, que dura até os dias atuais, tem caráter multidimensional, incluindo áreas como a financeira, de superprodução, a ambiental e a social (SANSEN, 2016; WISE, 2016).

Hoje a acumulação primitiva é executada por meio de operações e de muita inovação especializada, que vai desde a logística das terceirizações até o algoritmo das finanças. Depois de trinta anos desse tipo de desenvolvimento, testemunhamos em boa parte do mundo economias em contração, a escalada de destruição da biosfera no mundo inteiro e o ressurgimento de formas extremas de pobreza e de brutalização onde achávamos que já tinham sido eliminadas ou estavam em vias de desaparecer (SANSEN, 2016, p.21).

Para Sansen (2016), nesse contexto em que cresceu a globalização neoliberal, prevalecem as desigualdades geográficas, principalmente entre os países do sul global, chamados “menos desenvolvidos”, onde as pessoas se deslocam mais por causa das guerras, das doenças e da fome. Enquanto isso, o norte global, que concentra os países desenvolvidos, é afetado por maiores taxas de desemprego, emigração, pobreza e suicídios.

Sobre as desigualdades geográficas, Castles (2010) aponta que os fluxos migratórios ocorrem com uma inversão, já que os brasileiros, por exemplo, seguem para países como Portugal, EUA e Japão e os argentinos seguem em direção à Itália e à Espanha. Outra realidade dessa desigualdade geográfica é a fuga de cérebro no sentido sul-norte e um crescimento de trabalhadores em situação de irregularidade, insegurança e exploração. É importante ressaltar os estudos de Standing (2014), no qual o autor afirma que a migração moderna não se resume a sair de países pobres para os ricos, visto que existem também grandes fluxos de emigração e imigração interna em países como a África do Sul.

As pessoas, ao serem expulsas de seu território, buscam sobrevivência em outros países ou se deslocam internamente. O deslocamento forçado nas condições em que tem ocorrido, resulta em vários problemas como a criminalização dos migrantes, a vulnerabilidade, a exclusão social e a exploração, ficando evidentes algumas tendências, como “[...] o agravamento das assimetrias entre países e regiões e o aumento das desigualdades sociais. E embora essa trama seja típica da dinâmica capitalista em geral, sob a globalização neoliberal ela se aguça em graus extremos” (WISE, 2016, p.161).

Nesse contexto, Wise (2016) chama a atenção também para quatro modalidades da migração forçada: migração por violência, conflitos e catástrofes ambientais; contrabando e tráfico de pessoas; migração por desapropriação, exclusão e desemprego; e migração por sobrequalificação relativa da mão de obra. Outra questão importante é apontada por Standing (2014). Para ele, a migração é consequência da globalização, antes, as economias eram mais fechadas e isso mudou. Além disso, o autor aponta a existência de um “precariado”, consequência da transformação global e que possui sete características: uma parte dos migrantes é indocumentada, facilitando o trabalho descartável e com baixos salários; uma parcela é de migrantes temporários em busca de renda; feminização da migração; mobilidade estudantil; movimento dentro das corporações multinacionais; aumento no número de pessoas em busca de refúgio e abrigo devido aos conflitos, degradação e opressão; e, por fim, os refugiados ambientais.

É importante ressaltar o cenário da denominada “crise do refúgio” ganhou destaque em 2014, quando o ACNUR registrou no *Relatório Tendências Globais*, um aumento no número de pessoas se deslocando forçadamente no mundo. No final de 2014, o ACNUR divulgou que, por causa das crises que ocorreram em diversas partes do mundo, resultaram em um total de 59,5 milhões de pessoas fugindo, devido à perseguição, aos conflitos armados, e às graves e generalizadas violações de direitos humanos. Os dados do ACNUR, naquele período, apontaram que uma média de 42,5 mil pessoas se tornaram refugiadas, solicitantes de refúgio ou deslocados internos. Fato instigante é que esse número de pessoas poderia representar a 24ª nação mais populosa do planeta (ACNUR, 2015).

No Relatório de Tendências Globais (2015), afirmava-se também que havia pessoas em deslocamento forçado em todas as regiões do mundo. Uma das motivações foram os inúmeros conflitos armados, diante disso, evidenciou-se aproximadamente 15 conflitos armados que se iniciaram no período mencionado: oito ocorreram na África (Costa do Marfim, República Centro Africana, Líbia, Mali, nordeste da Nigéria, República Democrática do Congo, Sudão do Sul e Burundi, neste ano); três no Oriente Médio (Síria, Iraque e Iêmen); um na Europa (Ucrânia); e três na Ásia (Quirguistão e em diferentes áreas de Mianmar e Paquistão) (ACNUR, 2015).

Destaca-se também a importância da “Primavera Árabe”, devido aos conflitos armados que ocorreram na Síria, que ganhou grande proporção e resultaram e continuam sendo motivadores para o aumento de pessoas em deslocamento forçado. Esse processo, conhecido como “Primavera Árabe”, segundo o ACNUR resultou em um aumento no deslocamento forçado dos cidadãos para os países vizinhos, assim, desde 2011, tunisianos

e líbios seguem para o Mediterrâneo em busca de refúgio no Líbano, Jordânia e no Iraque. Esse processo de luta pela democracia no Oriente também teve influência no norte da África.

Para Ruseishvili (2021), a ideia de “crise” dos refugiados existe desde o final da Primeira Guerra Mundial, porém naquele momento acreditava-se que o deslocamento forçado em massa seria algo temporário. Entretanto, não foi o que aconteceu, pelo contrário, houve um crescimento anual de pessoas se deslocando por diversos motivos. Para a autora, essa ideia de “crise” é um elemento constitutivo de uma formação social que se tornou hegemônica. Ruseishvili (2021) conclui que a figura do refugiado se trata de um produto da nacionalização ocidental.

Moulin (2019) afirma que os dados são importantes para evidenciar o aumento no número de pessoas em deslocamento no mundo, entretanto, a “política de números” assenta uma percepção visual sobre os fluxos, que ganha maior evidência na mídia e nas redes sociais, alimentando a percepção de excesso. Essa imagem acaba por provocar outra visão dessa problemática, assim, “[...] converte a problemática do deslocamento de uma questão de ‘direitos’ para um problema a ser gerenciado/contido; de uma experiência de liberdade para uma dinâmica de transgressão e, via de regra, criminalização” (MOULIN, 2019, p.28).

Há uma ideia propagada pela mídia de uma invasão descontrolada nos países mais ricos como Estados Unidos e Europa, isso acaba por justificar medidas como o aumento das políticas migratórias restritivas. Há um equívoco nessas afirmações, já que a ONU revelou que a Ásia, por exemplo, abriga um terço dos migrantes internacionais, estimou-se 80 milhões de pessoas em 2017 (VENTURA; YURJA, 2019). Zapata e Guedes (2017) afirmam que essa “crise”, demarcada no território Europeu, ocorre juntamente com a politização e criminalização dessa população migrante e refugiada.

Os últimos grandes fluxos de deslocamento forçado não se limitam às guerras, mas ocorrem por outros motivos, como as questões climáticas. Segundo o ACNUR, as crescentes emergências climáticas, tornaram-se motivadores para as pessoas se deslocarem. O aquecimento global é o principal entre eles, assim os desastres relativos ao clima impulsionaram 30,7 milhões de novos deslocados no mundo (ACNUR, 2021).

Sassen (2016) ressalta que as expulsões motivadas por desastres ambientais não ocorrem isoladamente, ademais, estão relacionadas a fatores como a pobreza e os conflitos políticos. O avanço das mudanças climáticas ocasiona diversos problemas como a perda de terra devido à elevação do nível do mar, os que vivem em regiões costeiras são os mais impactados por esses problemas. Juntamente a isso, a elevação do nível do mar provoca enchentes, causa tormentas nos períodos de ciclone, aumenta a salinidade do litoral, prejudica as plantações e estoques de água potável. As mudanças climáticas, conforme

apontou o ACNUR (2021) estão aumentando a pobreza e consequentemente o deslocamento. Estima-se que até 2050 o número de pessoas que precisará de ajuda humanitária por esse motivo pode chegar a 200 milhões.

O direito à mobilidade tornou-se mais seletivo ao longo dos anos, o aumento no controle de fronteiras¹⁴ nacionais tornou-se uma realidade devido aos novos fluxos, necessitando cada vez mais de uma cooperação internacional responsável pela gestão das migrações. Para Castles (2010),

A maioria das pessoas não tem os recursos econômicos nem os direitos políticos necessários para a livre circulação. Apenas 3% da população mundial são migrantes internacionais. A utopia pós-moderna de um mundo de mobilidade sem fronteiras ainda não alvoreceu e, assim, ainda parece apropriado abordar as migrações como processos baseados na desigualdade e discriminação, e controlados e limitados pelos Estados (CASTLES, 2010, p. 15).

Sobre os direitos para as pessoas em deslocamento forçado, Standing (2014), analisa a migração e a cidadania. O autor afirma que os migrantes possuem apenas direitos civis, sociais, políticos, econômicos e culturais. Além disso, Standing (2014), compreende que há uma variedade de habitantes¹⁵, logo podem ser classificados:

Em primeiro lugar, estão os menos seguros, os requerentes de asilo e os migrantes em situação irregular que têm direitos civis (como proteção contra a agressão) - geralmente com base no princípio da territorialidade, que protege a todos quando eles estão no território do país, mas não direitos econômicos ou políticos. Um pouco mais seguros são os residentes temporários legalizados, mas eles também não têm plenos direitos econômicos ou políticos. Os mais seguros são aqueles que adquiriram plenos direitos de cidadania pelo devido processo legal. Esse sistema em camadas surgiu em uma forma *ad hoc* e varia até mesmo dentro de um bloco regional, como a União Europeia (STANDING, 2014, p.146-147).

Evidencia-se no discurso predominante que há duas variantes sobre o deslocamento forçado, segundo Castles (2010), para alguns, é um problema que deve ser corrigido por leis

¹⁴ É importante definir o que é uma fronteira a partir dos estudos de Coser (2016), para esta autora, com bases nos estudos contemporâneos, "fronteira" é um conceito que se refere não só a separação e a diferença entre identidades ou Estados nacionais, tem relação também com duas questões: permeabilidade e contaminação entre os indivíduos e as culturas. Coser (2016, p.153) afirma que historicamente as fronteiras constituem-se como um "[...] divisor de soberanias, disputa de poder, defesa do território nacional, limite das leis do Estado para proteção/punição de seus cidadãos e até mesmo de sua 'produção' [...]". Diante disso, a imagem das fronteiras é de um lugar periférico, logo, as ações que ali ocorrem devem ser reprimidas como as contravenções, o contrabando, a fuga ou da entrada daqueles que violaram a lei e a ordem do seu Estado de origem.

¹⁵ Termo que ele usa para se referir aos migrantes internacionais.

apropriadas com controle das fronteiras, para os liberais é necessário pensar em questões como a pobreza e violência nos países de origem.

A migração faz a tensão entre a democracia liberal e as fronteiras virem à tona. As fronteiras são um paradoxo, visto que de um lado ela vai delimitar o território, espaço onde a soberania democrática é exercida, por outro lado, ela separa os cidadãos, membros da comunidade, daqueles que são estrangeiros e que tentam entrar no país. Consequentemente, há uma dupla função expressa nesse contexto: de um lado aparece a discriminação e exclusão e, por outro lado, viola-se o princípio da igualdade (DI CESARE, 2020).

Neto (2007) afirma que os migrantes se tornam objeto de políticas de Estados cada vez mais radicais como o levantamento de barreiras físicas e os campos para migrantes e refugiados. Para Neto (2007), existem dois tipos de barreiras: as de caráter político-institucional e as de cultural e ideológico. As barreiras de caráter político-institucionais se materializam com políticas migratórias restritivas, buscando qualificar os migrantes e estabelecer limitações temporais à permanência deles. Já pelas barreiras culturais e ideológicas, o migrante é visto como alguém inferior, uma ameaça à segurança e ao bem-estar da sociedade.

As barreiras se concretizam através de “[...] muros, cercas, faixas militarizadas de fronteira, zonas minadas do tipo no *man’s land*, e campos de recolhimento ou confinamento para migrantes e refugiados” (NETO, 2007, p.5). Essas estruturas têm o objetivo de restringir, dificultar e impedir que esse público se desloque (NETO, 2007).

Gomarasca (2017) analisa que, no contexto de “crise de refugiados”, à medida que é preciso conter e controlar os refugiados e migrantes, cresce a violação de direitos humanos. Esse processo que se trata de uma securitização se materializa através da gestão das fronteiras marítimas, da gestão das fronteiras terrestres e da externalização da gestão das fronteiras. Com a gestão das fronteiras marítimas, salva-se pessoas que chegam de forma precária pelo mar, mas também estabelece um maior controle militar. A gestão das fronteiras terrestres, muitas vezes, resulta em um maior controle que empurra as pessoas para ilegalidade, principalmente quando elas usam a ajuda de traficantes para entrar nos países. Com a externalização da gestão das fronteiras, os países que assinaram os tratados a fim de prevenir a imigração ilegal e garantir a repatriação dos ilegais e dos que receberam negação do pedido, acabam violando o princípio *non-refoulement*.

Fica evidente, nessa lógica, que o refúgio e a migração não é para todos, há uma seletividade em quem pode e deve transitar entre as fronteiras. Nem todo deslocamento é bem-vindo e nem os fatores geradores da migração comovem com a mesma intensidade, aquela perspectiva eurocentrada de refúgio ainda prevalece. Para Mezzadra (2020), o

imigrante proveniente de fora da União Europeia é transformado em um “excluído interior”, um cidadão de segunda classe. O resultado disso é um movimento de inclusão seletiva e diferencial dos imigrantes que corresponde a produção permanente de uma pluralidade de *status* (imigrante clandestino).

Nesse cenário, também é importante pensar no racismo e na xenofobia a que os refugiados e migrantes ficam expostos. Há várias crises acontecendo no mundo, porém, nota-se que algumas comovem mais que outras e ganham mais evidência. Truax (2022) ressalta isso, ao analisar o êxodo devido à guerra da Síria iniciada em 2011 e a invasão da Ucrânia em 2022. Para o autor, aos *olhos* da sociedade, alguns merecem refúgio mais digno do que outros. Filippo Grandi, chefe do ACNUR, afirma que é preciso ter respostas positivas para todas as crises mundiais, assim como foi com países como a Ucrânia (TRUAX, 2022).

Há uma seletividade de quem pode migrar baseada em práticas racistas e de xenofobia. Para Faustino e Oliveira (2021), existe um novo conceito de racismo que está relacionado à questão dos refugiados e migrantes, um “novo racismo”, que não está baseado mais nos “códigos de cores”. A xenofobia no atual estágio do capitalismo afeta os migrantes pobres, que são segregados e expulsos dos países centrais. Os autores falam sobre o conceito de “xeno-racismo”, por ele, entende-se que os migrantes são tratados como mercadorias.

Faustino e Oliveira (2021) também analisam que o xeno-racismo explica as “novas expressões do racismo” com a reestruturação produtiva, em um contexto de surgimento do darwinismo socioeconômico, quando separa-se os migrantes qualificados e não qualificados e da separação entre estrangeiros e nacionais, que resulta em práticas como a deportação dos migrantes que não são bem-vindos.

Outra questão relevante ao tratar sobre o racismo e xenofobia é o surgimento da islamofobia que ganhou destaque na Europa com a “Guerra ao Terror”, pós-atentados de 11 de setembro de 2001. Além disso, existem outras práticas que são resultados da identificação entre raça e nação, na Europa, perseguindo por exemplo ciganos.

Este capítulo teve como finalidade apresentar a constituição do sistema de proteção internacional às pessoas refugiadas, a partir das discussões dos autores notou-se que há limites para o desenvolvimento da cidadania e dos direitos humanos, no que diz respeito a inclusão protetiva de migrantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Diante disso, no próximo capítulo busca-se analisar o deslocamento feminino apresentando a situação das mulheres refugiadas congolesas.

2.

Deslocamento feminino: a situação das refugiadas congolesas

Este capítulo tem como objetivo analisar o deslocamento feminino, apresentando a situação particular das mulheres refugiadas congolesas. Para tanto, primeiramente, apresenta-se a Constituição dos Direitos Humanos e dos direitos das mulheres, como consequência. Compreendeu-se que, nesse contexto, foi desenvolvida a Proteção Internacional para Mulheres Refugiadas, ressaltando a relação entre gênero e refúgio.

Também buscou-se trazer o tema da feminização do refúgio, entendendo que o deslocamento forçado feminino ocorre por diversos motivos, como a fuga de culturas violentas, os conflitos armados e por questões econômicas, logo, durante o processo de busca por refúgio, as mulheres ficam vulneráveis a diversas violências, o que evidencia a violência de gênero e suas expressões. Neste estudo, buscou-se também relacionar a violência contra mulheres refugiadas com as múltiplas intersecções existentes. Por fim, apresentou-se a situação das mulheres na República Democrática do Congo, compreendendo o contexto histórico e econômico do país e como as mulheres são afetadas.

2.1.

Direitos Humanos e o desenvolvimento dos direitos das mulheres no mundo

A Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 foi o marco na luta pelos direitos, pois trouxe a concepção contemporânea de Direitos Humanos. Consagrada no período pós-Segunda Guerra Mundial, foi responsável por inspirar a construção de um sistema normativo global de proteção fundamentado no princípio da dignidade, que deve ocorrer independente de raça, cor, língua, nacionalidade, idade, convicções sociais, política ou religiosa (PIOVESAN, 2012; PIOVESAN, 2009). “O sistema internacional de proteção dos Direitos Humanos constitui o legado maior da chamada “Era dos Direitos”, que tem permitido a internacionalização dos Direitos Humanos e a humanização do Direito Internacional contemporâneo” (PIOVESAN, 2012, p.77).

Essa nova concepção parte da premissa de que os Direitos Humanos devem ser materializados em nível internacional e não mais restritos ao Estado, ou seja, eles não são mais um problema de jurisdição doméstica e somente da soberania Estatal. O sistema normativo existente passou a ser composto por instrumentos de alcance geral, como os Pactos Internacionais de Direitos Cíveis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e

Culturais de 1966, além de outros instrumentos que especificam as diversas violações de Direitos Humanos, como as praticadas contra as mulheres, as crianças, devido à raça, entre outras (PIOVESAN, 2012; PIOVESAN, 2009; TOMAZINE & GOMES, 2015). Segundo Kyrillos (2016), ao fazer uma separação em dois pactos, o objetivo não era realizar uma fragmentação dos Direitos Humanos, na Declaração Universal entendia-se que ambos são uma unidade interdependente, inter-relacionada e indivisível.

Nos dois tratados, marcos dos Direitos Humanos, a igualdade entre o homem e a mulher “no gozo dos direitos” ali reconhecidos vem consignada logo no art. 3º. Em consideração a especial situação da mulher na sociedade, nada mais é reconhecido ou garantido, a não ser, em relação ao primeiro pacto, o direito da mulher grávida de não ser executada, quando condenada a em pena de morte (art. 6º, 5), além do direito de se casar e constituir família “em idade núbil” (art. 23); quanto ao segundo, é reconhecido o direito social da mulher de receber, por trabalho idêntico, remuneração igual à do homem, e o de não ser submetida a condições inferiores de trabalho em relação aos trabalhadores do sexo masculino (CARNEIRO, 2017, p.13).

Com as mudanças na sociedade tornou-se necessário especificar os sujeitos de direitos, olhando os grupos que sofrem violações e estabelecendo proteções mais efetivas. Diante das graves violações, é insuficiente realizar ações genéricas, gerais e abstratas, logo, torna-se necessário ter respostas específicas e diferenciadas. Nota-se que, com essa nova concepção de Direitos Humanos, foram estabelecidos princípios internacionais universais, ainda que muitas vezes não se concretizem como um todo. O direito interno dos países e o Direito Internacional passaram a constituir um sistema de proteção jurídica dos Direitos Humanos (AZAMBUJA & NOGUEIRA, 2008; PIOVESAN, 2012).

Azambuja e Nogueira (2008) analisam a situação das mulheres no contexto de assinatura da Declaração de Direitos Humanos de 1948. Embora as mulheres tivessem alcançado o direito ao voto em 31 países, ainda eram tratadas de forma desigual, como “cidadãs de segunda classe”. A condição de inferioridade era expressa na própria declaração que carregava um título no masculino: Declaração Universal de Direitos do Homem, reforçando o caráter excludente. A discussão sobre gênero, por exemplo, só ganhou visibilidade na década de 1960 com o movimento feminista.

A primeira declaração de direitos da era constitucional, a *Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão*, de 1789, referencia-se no único gênero digno de ser nominado como sujeito de direitos: o homem, enquanto *homo*, vocábulo pretensamente neutro, mas que indica exclusão da mulher dessa moldura jurídica de direitos fundamentais, o que motivou a reação de Olympe de Gouges. A invisibilidade da mulher, ou a evidência de sua

despersonalização ou incapacidade jurídica, são mantidas em documentos oficiais produzidos dois séculos depois pelas Nações Unidas, apesar dessas normas reconhecerem, formalmente, a igualdade de direitos entre o homem e a mulher (CARNEIRO, 2017, p.12.).

Ademais, é importante apontar que os Direitos Humanos foram alcançados com a Revolução Francesa, porém, as mulheres ainda não haviam ganhado destaque. Elas foram excluídas das revoluções burguesas. A exemplo disso, o Código Napoleônico de 1804 afirmava que as mulheres casadas eram incapazes juridicamente. O machismo presente na Revolução que seguiu sendo implantada com o liberalismo, foi denunciado por Olympe de Gouges e outras sufragistas francesas, em 1791, quando publicaram a Declaração dos Direitos da Mulher Cidadã. Porém, por muitos anos, os direitos das mulheres ainda permaneceram invisíveis. O direito ao voto, por exemplo, só foi alcançado na França, em 1944, e nos outros países europeus nas décadas seguintes (TOMAZINE & GOMES, 2015; SANTOS, 2013).

Tomazine e Gomes (2015) afirmam que a ONU teve um papel importante no desenvolvimento dos direitos das mulheres, que teriam sido alcançados em quatro fases distintas. A primeira fase foi no período de 1945 a 1962; a segunda, de 1963 a 1975; a terceira fase foi de 1975 a 1986; e a quarta fase compreende o período de 1986 até os dias atuais.

No período de 1945 a 1962, a ONU buscou garantir a equidade entre mulheres e homens. Nesse contexto, o objetivo era atender às necessidades das mulheres, isso ficou evidente com os primeiros documentos de caráter internacional como a Carta das Nações Unidas, em 1945, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. Para Guarnieri (2010), a carta da ONU foi um instrumento importante para o desenvolvimento dos direitos das mulheres em nível internacional, nela, ficaram expressas as questões de gênero, antes invisíveis.

Na Carta das Nações Unidas de 1945 e na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, afirmava-se a importância dos direitos fundamentais, buscando a igualdade de direitos entre homens e mulheres. No artigo 8º da Carta das Nações Unidas, aborda-se o desejo de estabelecer igualdade entre os homens e as mulheres, ressalta-se que isso deve acontecer dentro dos organismos da ONU. Já na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, no artigo 16º, evidencia-se que homens e mulheres gozam de direitos iguais em relação ao casamento, na sua duração e na dissolução. Para Piovesan (2009), o movimento feminista liberal¹⁶ tinha como lema a igualdade formal, geral e abstrata.

¹⁶ Existem várias vertentes do feminismo, uma delas é a liberal. Trata-se da vertente mais antiga, que nasceu no período da Revolução Francesa, tem como nome importante Mary Wollstonecraft. O feminismo liberal cujo objetivo

Na década de 1950 e 1960, segundo Tomazine e Gomes (2015), foram elaboradas convenções internacionais que trouxeram a categoria gênero como tema. Foram elaboradas, nesse contexto, a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher (1952), a Convenção sobre a Nacionalidade da Mulher Casada (1957) e a Convenção Sobre o Consentimento para o Casamento, a Idade Mínima para o Casamento e o Registro de Casamentos (1962).

Essas convenções tinham em comum o fato de garantir os direitos políticos das mulheres, conforme aponta Carneiro (2017). Na Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher (1952), afirmava-se que todos têm direito a participar dos assuntos públicos do país e, diante disso, estabelece que as mulheres terão direito ao voto sem restrições, em condições iguais às dos homens. Com a Convenção sobre a Nacionalidade da Mulher Casada (1957), definiu-se que a nacionalidade da mulher não poderia ser afetada pela celebração ou dissolução do matrimônio nem por causa da mudança de nacionalidade do marido durante o casamento. Já na Convenção Sobre o Consentimento para o Casamento, a Idade Mínima para o Casamento e o Registro de Casamentos (1962), afirmava-se que é preciso consentimento dos contraentes para realizar o matrimônio, além disso os Estados que assinarem a Convenção devem determinar a idade mínima para contrair casamento¹⁷.

Para Guarnieri (2010), na década de 1950, os organismos da ONU passaram a preocupar-se com questões como os costumes e as tradições que causavam algum problema para o bem-estar das mulheres e das meninas, como mutilação genital, testes de virgindade, violência relacionada ao dote, práticas desumanas (GUARNIERI, 2010). O Conselho Econômico e Social (ECOSOC) da ONU estabeleceu a Comissão sobre o Status das Mulheres (CSW) e, assim, buscavam abolir os costumes que violassem os direitos das mulheres.

Tomazine e Gomes (2015) afirmam que a segunda fase dos direitos das mulheres ocorreu no período de 1963-1975. Nesse momento, um maior número de governos buscava a adoção de leis voltadas para proteger os direitos das mulheres. Em tal período, destacou-se a elaboração da Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres de 1967. Essa declaração tinha caráter meramente recomendatório, como afirma Guarnieri (2010), e não coercitivo.

era promover a igualdade entre homens e mulheres, porém, para esse grupo, isso deve ser feito por vias institucionais de forma gradativa (REVISTA AZMINAS, 2020).

¹⁷ Segundo a UNICEF, o Brasil ocupa o 4º lugar em casamentos infantis no mundo, ficando atrás de Índia, Bangladesh e Nigéria. No Brasil, diferentemente dos outros países, isso ocorre por opção dos adolescentes e não devido a questões culturais como nos outros países, um dos motivadores é a pobreza. Segundo os dados, em 2016, foram contabilizados 1,09 milhão de casamentos ou de união nessas condições com pessoas de até 19 anos, sendo 28.379 meninos e 109.594 meninas (AGÊNCIA BRASIL, 2022).

A Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres de 1967 foi um avanço. Nela, afirmava-se que a discriminação contra mulheres é injusta e ofende a dignidade humana. Essa declaração tinha o objetivo de abolir leis, costumes, regulamentos e práticas discriminatórias em relação às mulheres. Nela, também se ressaltou a importância de garantir a proteção jurídica para as mulheres. No artigo 4º, por exemplo, afirma-se que:

Serão adotadas todas as medidas adequadas a fim de garantir às mulheres, em condições de igualdade com os homens e sem qualquer discriminação:

- a) O direito de votar em todas as eleições e de ser elegíveis nas eleições para todos os organismos públicos eletivos;
- b) O direito de votar em todos os referendos públicos;
- c) O direito de desempenhar cargos públicos e de exercer todas as funções públicas. Estes direitos serão garantidos por lei (ONU, 1967, art. 4º).

Em 1975, houve dois eventos importantes para o desenvolvimento dos direitos das mulheres, ressalta-se que a ONU considerou como o Ano Internacional da Mulher e acontecia a I Conferência Mundial sobre a Mulher, no México. Foi aprovado o Plano de Ação, um importante norteador que direcionou os governos no período de 1976-1985, cujas diretrizes podem ser resumidas à igualdade plena de gênero e à eliminação da discriminação por razões de gênero, à plena participação das mulheres no desenvolvimento e a maior contribuição das mulheres para a paz mundial (GUARNIERI, 2010; PIOVESAN, 2009, ONU MULHERES, 2013).

Para Tomazine e Gomes (2015), ao instituir o ano voltado para as mulheres, foi possível fortalecer o entendimento sobre o que é o feminino coletivamente. Além disso, diversos problemas referentes às mulheres no mundo ganharam visibilidade. Nessa conjuntura, destacava-se a importância da discussão sobre o público e o privado e das questões de gênero.

Em 1979, foi elaborada a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Esse documento trouxe uma mudança importante, pois tinha caráter de obrigatoriedade e possuía um mecanismo de controle, a fim de acompanhar as ações dos Estados referentes à discriminação jurídica e cultural contra as mulheres. Com isso, ao receber os relatórios, é possível que o Comitê CEDAW faça recomendações e instaure inquéritos (TOMAZINE & GOMES, 2015; CARNEIRO, 2017; PIOVESAN, 2009).

Piovesan (2009) compreende que na Convenção ficou instituído que as mulheres deveriam ser titulares de todos os direitos e oportunidades que os homens podem exercer. A

Convenção foi assinada por 183 Estados-partes, no primeiro momento. Nela, pela primeira vez, definiu-se o que seria discriminação contra mulher:

[...] toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos Direitos Humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (ONU, 1979, art.1º).

Segundo Carneiro (2017), a CEDAW apresentou pontos importantes para a luta das mulheres por direitos, uma vez que trouxe as obrigações dos Estados-partes de incorporar o princípio da igualdade de gênero nas Constituições, além disso, deve-se punir as práticas discriminatórias em relação às mulheres, em diferentes esferas da sociedade. Para tanto, ações como a proteção à maternidade são definidas no art.4º e no art.5º, que trazem a importância de modificação de padrões culturais, práticas e costumes que menosprezam as mulheres.

Jelin (1994) apresenta, em seus estudos, uma análise sobre a ideia de igualdade que reforça a concepção liberal, a qual defende que todos são iguais por natureza. No entanto, essa compreensão acaba por manter uma ilusão, ao formalizar o direito e não levar em conta as estruturas sociais.

Piovesan (2009) analisa que, para alcançar a igualdade proposta na CEDAW, é preciso que sejam adotadas ações afirmativas pelos Estados. Essas ações podem ter caráter de discriminação positiva.

Desse modo, a Convenção objetiva não só erradicar a discriminação contra a mulher e suas causas, como também estimular estratégias de promoção da igualdade. Combina a proibição da discriminação com políticas compensatórias que acelerem a igualdade enquanto processo para garantir a igualdade, não basta apenas proibir a discriminação, mediante legislação repressiva. São essenciais estratégias capazes de incentivar a inserção e inclusão social de grupos historicamente vulneráveis, alia-se à vertente repressiva-punitiva a vertente positiva-promocional (PIOVESAN, 2009, p.210).

A década de 1990 foi considerada, pela ONU, como a “Década das Mulheres”, pois naquele momento as mulheres estavam buscando incluir as suas pautas dentro dos Direitos Humanos, ressaltando que elas tinham particularidades que deveriam ser pensadas, conforme sinaliza Hundertmark et al. (2019).

Para Piovesan (2009), em 1993, foi realizada a Conferência de Direitos Humanos de Viena¹⁸. Nesse evento, foi definida a importância do direito à igualdade de gênero, ratificando a CEDAW, buscando incentivar todos os Estados a assinarem a Convenção. Em março de 1999, a 43ª Sessão da Comissão do Status da Mulher da ONU adotou o Protocolo Facultativo à Convenção, instituindo mecanismos de monitoramento nos Estados, um deles permite encaminhamento de denúncias para o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação à Mulher e um procedimento para denúncias de grave violações de direitos das mulheres.

Nos anos seguintes à Década das Mulheres, foram realizados outros eventos importantes que merecem destaque, como as Conferências de Copenhague, em 1985; Nairóbi, em 1985; e Pequim, em 1995. Vale ressaltar que a Conferência de Viena teve como resultado a Declaração de Viena para Eliminação da Violência Contra as Mulheres, importante por trazer a classificação sobre as formas de violência contra mulheres.

Diante disso, nota-se que as convenções e tratados elaborados nessa época, segundo Carneiro (2017), possibilitaram colocar em evidência a vulnerabilidade da mulher na sociedade, no entanto, não asseguravam que seus direitos seriam cumpridos, havia problemas como as situações de discriminação cultural e a subordinação jurídica. A década de 1990 trouxe muitos avanços para os direitos das mulheres. Nesse período, o movimento trouxe o seguinte tema: *Os direitos das mulheres são Direitos Humanos*. Passava-se a entender que as mulheres deveriam ter seus direitos reconhecidos (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Nesse contexto, de desenvolvimento dos Direitos Humanos das mulheres, começou-se a pensar nos direitos de mulheres refugiadas e migrantes, nesse período, desenvolveu-se a legislação referente à Proteção Internacional para mulheres refugiadas, sobre a qual se dissertará a seguir a fim de compreender quais as relações disso com a feminização do refúgio.

2.1.1.

Proteção Internacional para mulheres refugiadas e a feminização do refúgio

No final da década de 1960 e meados de 1970, foram elaborados mecanismos institucionais, a fim de possibilitar melhorias nas condições de vida das mulheres em nível mundial, conforme foi apontado por Azambuja e Nogueira (2008). Nesse contexto, as

¹⁸ Em 1995 a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim reforçou que os direitos das mulheres são parte inalienável integral e indivisível de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais (PIOVESAN, 2009).]

mulheres refugiadas alcançaram uma maior visibilidade com a elaboração da noção e formulação jurídica dos Direitos Humanos.

Azambuja e Nogueira (2008) afirmam que, com a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979), a violência contra mulher passou a ser definida como um crime contra humanidade. Tal convenção é considerada como uma “carta dos Direitos Humanos das mulheres”. Nessa convenção, evidenciou-se a preocupação com os grupos minoritários de mulheres que estão vulneráveis às violências, entre as quais destacou-se as refugiadas e migrantes.

Preocupada pelo fato de alguns grupos de mulheres, tais como mulheres pertencentes a grupos minoritários, mulheres indígenas, mulheres refugiadas, mulheres migrantes, mulheres residentes em comunidades rurais ou remotas, mulheres indigentes, mulheres internadas em instituições ou detidas, crianças do sexo feminino, mulheres com deficiências, mulheres idosas e mulheres em situações de conflito armado, serem especialmente vulneráveis à violência (ONU, 1993, p.1).

O contexto dos anos 1980 foi essencial para o desenvolvimento da legislação referente à discussão sobre gênero e refúgio. A situação da violência sexual foi abordada pela primeira vez, conforme afirma Abreu (2018), na Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher, realizada no México em 1975, ano que foi declarado pela ONU como Ano Internacional da Mulher, momento também de avanço do movimento feminista da década de 1970.

Outra questão importante foi a realização da Primeira Pesquisa Mundial sobre o Papel da Mulher em Desenvolvimento, que resultou no trabalho publicado pelo ACNUR, na Conferência da Metade da Década da Mulher em Copenhague, no ano de 1980, com o título “Situação da Mulher Refugiada ao Redor do Mundo” (ABREU, 2018). Após a divulgação das pesquisas mencionadas, Abreu (2018) aponta que, nos anos 1980, houve outras conferências expressivas que colocaram em evidência a situação das mulheres refugiadas. Na Conferência Mundial do Final da Década da Mulher, no Quênia, em 1985, foi aprovado o documento denominado como: Estratégias Encaminhadas para o Futuro do Avanço da Mulher. Nesse momento, também foi criado o Grupo de Trabalho sobre a Mulher Refugiada, no Canadá.

No que diz respeito à violência e à perseguição de gênero e à sua correlação com o direito ao asilo, pode-se observar que no Estatuto dos Refugiados, há uma omissão, pois entre as discriminações protegidas não se faz menção às discriminações cometidas contra as mulheres, em razão do gênero (LEITE, 2018).

Segundo Abreu (2018), o conceito de “refugiada” foi desenvolvido a partir de uma perspectiva europeia e que não abordava o conceito de gênero, assim levava em consideração apenas as seguintes razões: temor baseado na raça, religião, nacionalidade,

pertencimento a um grupo social específico ou opinião política. A autora afirma também que as Diretrizes do ACNUR, em Relação à Perseguição em Razão da Violência de Gênero, configuram um *soft law*, que não tem força vinculante, visto que são maleáveis e não obrigatórias. Além disso, há uma lacuna jurídica, pois nem todos os países signatários do Estatuto dos Refugiados assinaram o documento, esse fato é mais uma forma de violentar as mulheres.

A partir de 1999, a ONU e o ACNUR notaram que era preciso interpretar a definição de refugiado identificando as dimensões de gênero. Logo, passou a adotar como estratégia a perspectiva de gênero nas políticas de refúgio, regulações e práticas nos seus programas e relatórios de atividades. A partir desse momento, passaram a desenvolver, promover e implementar diretrizes, códigos de condutas e programas de treinamento com a temática gênero (ACNUR, 2017).

Os avanços sobre a inserção da discussão de gênero podem ser vistos no ano de 2002, quando ocorreu o Segundo Grupo de Consultas Globais sobre a Proteção Internacional na Itália, sendo publicadas as Diretrizes sobre Proteção Internacional n.01: Perseguição baseada no Gênero, no artigo 1ª da Convenção de 1951 e/ou Protocolo de 1967, relativos ao Estatuto dos Refugiados (ACNUR, 2012). Essas diretrizes têm como objetivo complementar o Manual de Procedimentos e Critérios para a Determinação da Condição de Refugiado do ACNUR, com base na Convenção de 1951 sobre o Estatuto dos Refugiados e no Protocolo de 1967 sobre o Estatuto dos Refugiados (ACNUR, 2012).

Nesse documento, entendeu-se que as experiências de refúgio ao longo dos anos sempre foram masculinas, por isso, mulheres e homossexuais, muitas vezes tiveram seu direito negado ao solicitar refúgio. O gênero passou a ser reconhecido como um fator que influencia na busca por refúgio, todavia, tal afirmação não havia sido incluída na Convenção de 1951, buscou-se, com o documento, fazer uma abordagem holística. Além disso, ao trazer à luz a problemática das mulheres, incluía-se também as meninas.

Sobre as meninas refugiadas (0 a 17 anos), Santos e Martuscelli (2017) analisam que se trata de um grupo duplamente invisível dentro das categorias mulheres e crianças. É importante ressaltar que alguns grupos sofrem múltiplas invisibilidades, por exemplo, as crianças do sexo feminino, que possuem a questão do gênero, refúgio e a faixa etária, que impactam na condição de risco. Os dados sobre refúgio infantil não abordam a questão das meninas. A Convenção dos Refugiados não traz a análise sobre gênero, nem sobre idade.

No caso das meninas, elas seriam duplamente prejudicadas por serem do sexo feminino e menores de 18 anos, o que minaria sua credibilidade e a capacidade de as autoridades reconhecerem que o fato de serem meninas

poderia levar a perseguições específicas, conforme analisaremos a seguir (SANTOS; MARTUSCELLI, 2017, p.49).

No manual, afirma-se que a busca por refúgio ocorre devido ao fundado temor de perseguição, como é apontado na Convenção de 1951. Assim, quando em determinado país uma pena ou punição tiver alguma relação com gênero deverá ser compreendida também como perseguição. Entende-se, por exemplo, que punições às quais as mulheres são submetidas, em determinados países, podem ser entendidas também como perseguição (ACNUR, 2011).

Sobre esse assunto é importante apontar os estudos de Fassin (2012). O autor, ao discutir “ajuda humanitária”, aponta um caso que ocorreu na França, quando uma jovem, em 2000, solicitou refúgio no país. Marie, vivia no Haiti e, após seu pai ser assassinado e sua mãe desaparecer, provavelmente, por perseguição política, teve sua residência invadida e foi vítima de estupro coletivo por membros de uma gangue. A jovem de 23 anos, conseguiu deixar o país junto com seu namorado e, ao realizar pedido de asilo na França, a *Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides* (Ofpra) rejeitou o requerimento, pois julgou que o estupro coletivo não tinha motivação política, logo, seria uma violência comum que não caberia nos moldes da Convenção de 1951. Embora tenha recorrido, seu caso foi encerrado.

Fassin (2012) afirma que Marie permaneceu na França de forma ilegal. Ao adoecer procurou ajuda médica pela primeira vez, sendo diagnosticada com depressão severa. Na segunda vez que procurou o serviço de saúde foi identificado que fora contaminada pelo vírus HIV, provavelmente durante a violência sexual que sofreu no Haiti. Com este diagnóstico, concederam seu direito ao asilo na França. Com a situação apresentada por Fassin (2012), percebe-se como muitas vezes as mulheres tiveram seus direitos violados e negados, pois as instituições que regulam o direito ao refúgio não entendendo que o fato de ser mulher, muitas vezes, coloca alguém em risco em seu país sendo, portanto, um motivador para busca por refúgio.

Em 2011, o ACNUR publicou o documento “Ação contra a Violência Sexual e de Gênero: Uma Estratégia Atualizada”. Entende-se que a violência sexual e de gênero são questões de proteção urgentes e centrais. A igualdade de gênero seria um princípio fundamental e importante nas abordagens de violência sexual e de gênero, cujas estratégias visam prevenir, identificar e responder à violência sexual e de gênero (ACNUR, 2011).

Esse documento trouxe uma definição de gênero e sexo, a fim de possibilitar uma compreensão sobre a diferenciação dos conceitos e como eles interferem na vida dos refugiados e das refugiadas. Entretanto, mesmo com os avanços na articulação entre gênero e refúgio, as discussões ainda não são suficientes (ACNUR, 2011).

Não é possível determinar um momento específico na história que defina quando as mulheres começaram a busca por refúgio em maior número. Silva (2021) afirma que as mulheres sempre estiveram presentes nos deslocamentos forçados, porém, não tinham destaque nos dados oficiais e não eram vistas com importância. O principal motivo para as mulheres buscarem refúgio era a necessidade de reunião familiar, seu papel era acompanhar seus maridos. Os homens eram o alvo principal da busca por proteção, pois, muitas vezes, eles se deslocavam primeiro e depois as mulheres.

O refúgio ocorre de forma diferente para os homens e para mulheres, isso fica evidente nas formas de violações e nas representações visualizadas. Assis (2007) ressalta como as mulheres foram representadas no processo migratório, usando o exemplo das imagens que reconstroem a passagem de migrantes no serviço de imigração nos EUA, expostas no Museu *Ellis Island*. Nas fotos que retratavam a chegada dos homens, havia uma legenda com os seguintes dizeres: “Você tem trabalho?”, enquanto as imagens de mulheres eram acompanhadas da seguinte pergunta: “Você é casada?”. Isso demonstra que as mulheres eram reduzidas a acompanhantes dos maridos e filhos, sem protagonismo, já os homens eram vistos como aqueles que saíam de seu país em busca de emprego e de melhores condições de vida.

O aumento de mulheres em busca de refúgio começou a ganhar mais visibilidade durante a década de 1970, conforme aponta Silva (2021). Nesse período, elas começaram a ser objeto de estudos, e apareciam de forma mais expressiva nos dados, configurando uma feminização no refúgio. Tudo isso caminhava junto às mudanças que aconteciam na sociedade, dentre elas destacam-se “[...] a feminização da pobreza e a repressão social engendrada por diversas culturas machistas, nas quais se predomina a dominação do gênero masculino” (SILVA, 2021, p.81).

Para Góes e Borges (2021) as mulheres refugiadas são vitimadas pela violência de gênero, seja em seus países ou durante a busca por refúgio, isso ocorre devido à falta de proteção legal, juntamente com o fato de ser mulher sozinha ou acompanhada de crianças em um país diferente. Segundo a ONU Mulheres, as mulheres refugiadas são as principais cuidadoras das crianças e dos membros da família, fato que torna cada vez maior a necessidade de proteção e apoio. Os riscos para essas mulheres aumentam à medida que elas estão desacompanhadas, grávidas ou são idosas durante a travessia (ONU, 2017).

Nota-se que as mulheres buscam refúgio em outros países por vários motivos, entre eles, pode-se destacar a violência sexual, violência doméstica ou familiar, mutilação genital feminina, punição por não cumprir os costumes sociais, exploração sexual e discriminação pela orientação sexual (ONU, 2017).

A Fundação Thomson Reuters, em 2018, divulgou uma lista com os piores países para ser mulher, nela, é possível perceber que a violência de gênero está ligada a questões culturais, políticas e econômicas, afetando principalmente os grupos mais vulneráveis como as mulheres e as crianças. Esses dados também são relevantes para entender o porquê da busca por refúgio em países considerados mais seguros pelas mulheres, conforme afirmou Lisboa (2006).

Em 2021, o estudo *Women Peace and Security Index*, criado pelo Instituto para Mulheres da Universidade de Georgetown, analisou a qualidade de vida das mulheres em 170 países. Com ele, ficou evidente que houve avanços nos direitos das mulheres, porém, nos países da África e do Oriente Médio, a condição de vida das mulheres ainda permanece muito precária. O estudo abordou três dimensões para definir o bem-estar das mulheres: inclusão (econômica, social, política), acesso à justiça (leis formais e discriminação informal) e a segurança (níveis familiar, comunitário e social).

Nos dados apresentados, no estudo da *Women Peace and Security Index*, identificou-se que os piores países para as mulheres viverem são respectivamente: Afeganistão, Síria, Iêmen, Paquistão, Iraque, Sudão do Sul, Chade, República Democrática do Congo, Sudão e Serra Leoa. Esses países foram classificados pelo Banco Mundial como “Estados frágeis”. Observa-se que nesses países as mulheres tiveram menor acesso à educação, pois apenas conseguiram acessar à escola primária, sofreram violência doméstica e poucas tiveram acesso à conta bancária.

Identificou-se que os 10 melhores países para as mulheres viverem foram respectivamente: Noruega, Finlândia, Islândia, Dinamarca, Luxemburgo, Suíça, Suécia, Áustria, Reino Unido e Holanda. O relatório evidencia que os países que estão no topo da lista continuam a melhorar, enquanto os que estão nas bases seguem em decadência, tal fato tem como motivadores as desigualdades e divisão das riquezas socialmente produzidas. É importante ressaltar que o Brasil ocupa o 80º lugar, considerado algo ruim nesse estudo, sua pontuação foi a pior entre os países da América e Caribe, principalmente quando se trata da participação das mulheres na política (*Women Peace and Security Index*, 2021/2022).

Em resumo, no relatório *Women Peace and Security Index*, notou-se que, no Afeganistão, com a retomada do Talibã ao poder, em 2021, houve muitos retrocessos para os direitos das mulheres, que hoje são impedidas de frequentar a escola, trabalhar e terem vida pública. Nesse país, um terço das mulheres está vulnerável à violência doméstica, além de 37% delas sofrerem com o analfabetismo. Na Síria, a situação das mulheres foi agravada com o início da guerra em 2011, aumentaram os estupros e a violência de gênero, existem outros problemas como os crimes de honra que só foram criminalizados em 2020. No Iêmen,

identificou-se que as mulheres têm barreiras para acessar ao mercado de trabalho, já que precisam de autorização dos seus maridos, também não existe nesse país legislação que as proteja de assédio sexual no trabalho ou de violência doméstica (Women Peace and Security Index, 2021/2022).

Os direitos das mulheres também foram afetados no Paquistão devido à retomada do Talibã ao poder. Um forte exemplo da violação de direitos das mulheres no país é a experiência vivida pela ativista dos Direitos Humanos Malala Yousafzai, que aos 15 anos foi baleada pelos terroristas por lutar pelo direito à educação das mulheres e meninas paquistanesas. No Iraque, as mulheres sofrem com a guerra interminável, violência doméstica e abusos. O Sudão do Sul foi considerado o pior país africano para as mulheres viverem, o país possui uma das maiores taxas de mortalidade materna no mundo, além disso, a ONU (2022) apontou que, nesse país, as mulheres são “sistematicamente usadas como espólios de guerra”¹⁹. O Chade, também é um país com altos índices de mortalidade materna, uma das piores do mundo. Nele, a mortalidade materna ainda é elevada, e o casamento infantil ainda é um costume que afeta as mulheres (Women Peace and Security Index, 2021/2022).

No Sudão, identificou-se que as mulheres ainda têm baixa participação na política, tal fato havia melhorado nos últimos anos já que o parlamento era composto por aproximadamente 40% de mulheres, no entanto, após a pandemia de COVID-19 houve um retrocesso e, em 2021, apenas 22% de mulheres ocupavam o parlamento. Serra Leoa, possui alta mortalidade materna, as mulheres recebem baixos salários, e segundo o estudo, menos da metade das mulheres sentem-se seguras nas ruas à noite, um dos motivadores que dificultaram os avanços nos direitos das mulheres nesse país foi a epidemia de Ebola²⁰ (Women Peace and Security Index, 2021/2022).

Outro estudo importante sobre as mulheres é o *Global Gender Gap Report* (2021), produzido pelo Fórum Econômico Mundial (FEM). Constatou-se que a pandemia de COVID 19 teve impactos significativos para a igualdade de gênero no mundo, segundo os estudos, será preciso 135,6 anos para ser conquistada. As grandes economias sofreram uma estagnação no que diz respeito à paridade de gênero, pois as mulheres frequentemente são empregadas nos setores mais afetados, além de haver outras demandas para as mulheres como o cuidado doméstico.

¹⁹ Em 2022 a presidente da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas no Sudão do Sul, Yasmin Sooka, lançou um apelo após ter acesso às sobreviventes de violência sexual. Sooka adverte que seja realizada uma ação urgente das autoridades, recomendando que os homens do Sudão do Sul “devem parar de considerar o corpo feminino como 'território' a ser possuído, controlado e explorado”. A impunidade que afeta o país seria um motivador para a constante violação dos direitos das mulheres (ONU, 2022).

²⁰ Denise Pimenta produziu a tese: O cuidado perigoso: tramas de afeto e risco na Serra Leoa (a epidemia de Ebola contada pelas mulheres, vivas e mortas).

Já no relatório Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5, produzido pela ONU, afirmou-se que, no ritmo atual de progresso, será preciso 300 anos para que a igualdade de gênero seja alcançada. Os principais desafios globais levantados foram a pandemia de COVID-19, os conflitos violentos, as mudanças climáticas e a perda de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. As crises globais têm causado significativas regressões na renda, segurança, educação e saúde (ONU, 2022).

Outra questão importante ao pensar na situação das mulheres foi apontada por Lisboa (2006). Segundo a autora, há uma feminização da pobreza, visto que, segundo a ONU, 70% dos pobres no mundo são mulheres, isso também é um dos motivadores do fluxo migratório, pois as mulheres migram internamente e externamente em busca de melhores condições de vida.

Segundo a ONU (2022) até o final de 2022, estima-se que aproximadamente 383 milhões de mulheres e meninas viverão em extrema pobreza com menos de US\$ 1,90 por dia. A África Subsaariana, por exemplo, terá mais mulheres e meninas na extrema pobreza. A feminização da pobreza vem se agravando com a guerra entre Ucrânia e Rússia, que provocou uma crise nos alimentos, na oferta de trigo, nos fertilizantes e combustíveis.

A busca por refúgio é atravessada por diversas situações, homens e mulheres são afetados por esse momento e têm seus direitos violados, ficam vulneráveis, sofrem preconceito, e enfrentam as dificuldades na fronteira. No caso das mulheres, é importante ressaltar que elas ficam expostas a um tipo de violência, que é peculiar a elas, a violência de gênero.

Em seguida, aponta-se os estudos sobre violência de gênero, ressaltando como o fenômeno influencia no processo de refúgio para mulheres.

2.2.

Violência de gênero contra a mulher no processo de refúgio

Segundo Minayo (2006), Guimarães e Pedroza (2015), a violência é um fenômeno complexo e múltiplo, não é neutra, pois, ao ser analisada é possível ver que tem relação com os conflitos de autoridade, a luta pelo poder, a vontade de domínio, de posse e aniquilamento do outro. A violência deve ser analisada a partir do contexto histórico e cultural, ocorre de forma diferente conforme muda a sociedade. Está associada também ao excesso de ação, portanto, é sentida quando um dos sujeitos ultrapassa os limites, configurando uma objetificação do outro.

Segundo Minayo (2006), por ser um fenômeno de ordem do vivido e com manifestações que têm forte carga emocional de quem sofre e quem a comete, é difícil conceituar o que é violência. Compreende-se que a etimologia da palavra “violência” se refere à força e ao constrangimento com o uso da superioridade física sobre o outro. Chauí (2011) afirma que a violência se opõe à ética, pois liga-se aos sujeitos em sua racionalidade, as práticas violentas tratam o outro como se fosse um não humano.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), a violência é definida a partir de uma relação entre intencionalidade e prática do ato, e independe do resultado. Trata-se do uso intencional da força física ou do poder, incluindo as ameaças contra si mesmo, contra outras pessoas ou determinado grupo. Entende-se que a violência pode causar lesões, morte ou dano psicológico.

A definição da OMS (2002) inclui as relações de poder, como as ameaças e intimidações. Ao trazer esse conceito de “poder”, é possível pensar nos atos de negligência, de omissão e das ações violentas usadas para perpetração do agressor. A OMS (2002) também compreende como violência a negligência, abuso físico, sexual, psicológico, suicídios e autoabuso. Outra questão importante é que a violência nem sempre resultará na morte da vítima, entretanto, pode ter outras consequências imediatas ou a longo prazo.

Uma das formas de violência que afeta a sociedade é a praticada contra mulheres, segundo Luiz (2017), ela é estruturante na vida e faz parte do cotidiano das mulheres, na medida em que se materializa, silenciando-as. Segundo Bandeira (2014), “[...] a violência contra a mulher constitui-se em fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral e física” (BANDEIRA, 2014, p.460). Segundo a Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1993), a violência contra mulher é definida como:

[...] qualquer ato de violência baseado no gênero do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, a coação ou a privação arbitrária de liberdade, que ocorra, quer na vida pública, quer na vida privada (ONU, 1993, art.1º).

Segundo a Declaração, as mulheres devem ter direitos como a proteção, igualdade de todos os Direitos Humanos e liberdades fundamentais nos domínios político, econômico, social, cultural, civil ou em qualquer outro domínio. Estes direitos se materializam com o direito à vida, direito à igualdade, direito à liberdade e à segurança pessoal, direito à igual proteção da lei, direito de não sofrer qualquer discriminação, direito de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir, e direito a condições de trabalho justas e favoráveis. Na

Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1993), a violência contra mulheres abrange os seguintes atos.

- a) violência física, sexual e psicológica ocorrida no seio da família, incluindo os maus tratos, o abuso sexual das crianças do sexo feminino no lar, a violência relacionada com o dote, a violação conjugal, a mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais nocivas para as mulheres, os atos de violência praticados por outros membros da família e a violência relacionada com a exploração;
- b) violência física, sexual e psicológica praticada na comunidade em geral, incluindo a violação, o abuso sexual, o assédio e a intimidação sexuais no local de trabalho, nas instituições educativas e em outros locais, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada;
- c) violência física, sexual e psicológica praticada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra (ONU, 1993, art. 2º).

Almeida (2007) aponta, que o conceito violência contra mulher direciona um alvo para ação, a mulher, que seria o objeto, a vítima. A violência contra mulher é considerada um ato unilateral, pode ocorrer de diferentes formas, sendo classificadas de duas formas: familiar e doméstica.

A *violência doméstica* está relacionada à noção de espaço, que traz a esfera privada como campo, é uma dimensão da vida que é contrária ao público e ao político. Nessa classificação, a violência ocorre independente dos sujeitos, do objeto ou do vetor da ação, o sujeito e o objeto não são restritos à estrutura de poder familiar. A violência doméstica também é utilizada como um sinônimo de violência familiar e da violência de gênero. Nesse contexto, o homem, que, na maioria das vezes, é o que pratica violência, reina sobre os outros ocupantes de um determinado território, geograficamente e simbolicamente (ALMEIDA, 2007; SAFFIOTI, 1999).

A violência doméstica se aproxima da violência intrafamiliar, com pontos de sobreposição, segundo Saffioti (1999). Contudo, a violência intrafamiliar não se limita ao espaço físico, pois trata-se da produção e reprodução endógena da violência, ela se processa no núcleo familiar e nas relações que são construídas (ALMEIDA, 2007). A violência intrafamiliar, também compreendida como uma das formas de violência de gênero, pode acontecer dentro do domicílio ou fora dele, extrapolando o lugar físico, conforme aponta Saffioti (1999).

Já a violência de gênero ganha força em um contexto de desigualdades de gênero. Está situada dentro de um conjunto de desigualdades sociais estruturais que podem ser devido à classe, à raça, ao gênero, à geração, ao contexto histórico e à cultural, trata-se de um conjunto complexo e contraditório de relações. As desigualdades de gênero se fundamentam a partir dos processos de reprodução social nas instituições sociais e na divisão

sexual do trabalho, nas diversas esferas da vida social. Nesses espaços, Almeida (2007) aponta que se reatualizam e naturalizam os mecanismos de subordinação, as desigualdades, as hierarquizações, as jornadas extensivas de trabalho para as mulheres, menos acesso à educação e a maior cobrança para responsabilidade na reprodução familiar.

[...] ao escolher o uso da modalidade *violência de gênero*, entende-se que as ações violentas são produzidas em contextos e espaços relacionais e, portanto, interpessoais, que têm cenários sociais e históricos não uniformes. A centralidade das ações violentas incide sobre a mulher, quer sejam estas violências físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais, tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços de trabalho e públicos. Não se trata de adotar uma perspectiva ou um olhar vitimizador em relação à mulher, o que já recebeu críticas importantes, mas destacar que a expressiva concentração deste tipo de violência ocorre historicamente sobre os corpos femininos e que as relações violentas existem porque as relações assimétricas de poder permeiam a vida rotineira das pessoas (BANDEIRA, 2014, p.451).

Gomes (2003) afirma que é importante entender o conceito de gênero quando se fala sobre violência contra mulheres. Para o autor, nos anos de 1960, o movimento feminista denunciava os casos de violência contra mulher, momento no qual esse problema sai da esfera privada e passa a ser uma questão pública. Assim, o termo gênero passou a ser utilizado a fim de traduzir as diversas formas de interação humana, sendo conceituado como uma forma de legitimar e construir as relações sociais.

Atualmente, essa abordagem de gênero, que segundo Gomes (2003) surgiu há mais de três décadas, é um modelo explicativo para a violência contra mulher. Portanto, a violência de gênero é explicada como um tipo de violência que é praticada contra as mulheres pelo fato de serem mulheres.

Segundo Saffioti (2001), a violência de gênero é uma categoria mais central e não deve ser confundida com os outros tipos de violência. Gomes *et al.* (2005) compreendem que a violência de gênero pode ser praticada pelos homens contra as mulheres e por mulheres contra os homens, isso está relacionado com a necessidade de afirmação das identidades masculinas e femininas a partir de relações violentas. Em geral, as mulheres, tanto no Brasil quanto no mundo, são as principais vítimas da violência.

[...] A diferença nas relações entre homens e entre mulheres é que essa desigualdade de gênero não é colocada previamente, mas pode ser construída com frequência. Nestes termos, gênero concerne, preferencialmente, às relações homem-mulher. Isto não significa que uma relação de violência entre dois homens ou entre duas mulheres não possa figurar sob a rubrica de violência de gênero [...], todavia, o vetor mais amplamente difundido da violência de gênero caminha no sentido homem

contra mulher, tendo a falocracia como caldo de cultura (SAFFIOTI, 1999, p.83).

Além disso, a violência de gênero: “[...] trata-se de relações permeadas de poder, força e coerção, ou seja, um processo de dominação expresso por inúmeras formas de violência praticada pelo homem contra mulher” (CASSAB, 2015, p.377). É importante apontar que Bandeira (2014) entende a violência de gênero como uma categoria analítica.

Bandeira (2014) também chama atenção para o fato de que a violência contra as mulheres é um tipo de violência apreendida nos processos primários de socialização e deslocada para a esfera da sociedade nos momentos secundários nas relações sociais na vida adulta. Seria assim, uma “permissão social”, portanto, não pode ser compreendida como uma patologia ou desvio individual.

Para Bandeira (2014), a luta contra violência de gênero inclui desde o questionamento à dominação simbólica masculina até outros elementos que colaboram para a permanência desses tipos de violência. A luta do movimento feminista foi essencial para tornar pública a violência sofrida pelas mulheres, reconhecendo-a como um problema geral, e que ocorre de forma silenciosa dentro das famílias, à medida que prevalece a ideia de que “*em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher*”.

Macedo (2015), compreende que o espaço público e o espaço familiar são lugares sociais articulados, neles, as relações de poder se imbricam e materializam-se. A violência social, por exemplo, ocorre em um espaço mais amplo, com diversas manifestações. Assume diversas dimensões da vida das mulheres como o racismo, a desvalorização das capacidades, as questões culturais, e a discriminação pela classe social.

A violência de gênero se expressa de diversas formas e uma delas é a violência sexual, conforme afirma Oliveira (2015). Essa, por sua vez, é considerada uma das mais graves formas de violência que afetam as mulheres e uma forma de violação de Direitos Humanos, segundo a autora, é também um grave problema de saúde pública. Violência sexual é

[...] qualquer conduta que constranja a pessoa a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; que a impeça de usar método contraceptivo ou que 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, 2015, p.395).

Bezerra *et al.* (2016) afirmam que a violência sexual se trata de um tema que traz preocupação em nível mundial, além disso, tem impactos na saúde das mulheres e na

economia dos países. Ao sofrer uma violência sexual, na maioria das vezes, a mulher também é vitimada por outras violências.

Mastropaolo (2021), compreende que a cultura do estupro acaba por justificar a violência sexual, logo, a sociedade culpa as vítimas de assédio sexual e normaliza o comportamento e violência praticados pelos homens. Essa cultura está em todos os espaços da sociedade. Mastropaolo (2021) ressalta que, para ONU, a cultura do estupro afeta as mulheres, porém, é preciso pensar em outros públicos como homens e homossexuais, que não realizam denúncias. Portanto, os dados permanecem invisíveis.

Segundo os dados da ONU Mulheres (2017), estima-se que uma em cada cinco refugiadas sofreram violência sexual nos últimos anos, no entanto, esses números ainda são subnotificados. Em 2017, o ACNUR relatou que recebeu informações sobre 622 sobreviventes de violência sexual e violência baseada no gênero, nas Ilhas Gregas de Aegean, 28% sofreram tal violência ao chegar à Grécia. Segundo a ONU, as mulheres refugiadas relataram que os principais tipos de violência foram: comportamento inapropriado, assédio sexual e tentativa de ataques sexuais (ACNUR, 2017).

Sobre a violência sexual, Araújo *et al* (2018) apresentam uma síntese sobre a sua prevalência em mulheres refugiadas. Segundo os autores, a violência sexual é um problema frequente ao longo do percurso migratório. Tal violência é praticada principalmente contra mulheres e crianças, mas também ocorre entre homens de forma subnotificada. Os principais agressores identificados foram os parceiros íntimos, militares, guardas e policiais. A maior parte dos crimes de violência sexual, na forma de estupro, forma de violência mais notificada, ocorreram na África, em locais que deveriam ser espaço de proteção, como os campos de refugiados na Uganda e República dos Camarões.

Outra forma de violência de gênero é a praticada durante conflitos armados, conforme aponta Flores (2006). Segundo a autora, as mulheres e crianças, durante conflitos armados, ficam suscetíveis à violência externa, praticada por grupos armados e dentro do núcleo familiar. Segundo Oliveira e Junior (2019, p. 105) “[...] em conflitos armados, os corpos das mulheres tornam-se campos de batalhas, acarretando em resultados devastadores para as vítimas”. Para o autor, o estupro é usado como uma dinâmica de poder, pois se trata de uma violação sobre poder e não de sexo.

Já para Solyszko (2021), no contexto dos conflitos armados, o corpo das mulheres é considerado um território de conquista. Os grupos armados utilizam o corpo da mulher para impor medo e terror na população, demonstrando poder e capacidade de disciplinamento, características do sistema de dominação masculina na sociedade.

[...] é possível afirmar que “nos conflitos armados existe uma reinstalação da dominação masculina na estrutura social em que se insere a guerra, uma exacerbação das relações de subordinação entre homens e mulheres que sustentam as sociedades patriarcais (SOLYSZKO, 2021, p.155).

Ainda sobre esse assunto Segato (2016) discute as novas formas de guerra e como isso influencia no corpo de mulheres. Para a autora, existem novas formas de guerras caracterizadas pela informalidade, sob um controle de empresas armadas, com participação de tropas estaduais e paraestatais. Nesse contexto, é importante pensar em algumas questões, visto que a violência contra mulheres é um objetivo estratégico desse novo cenário de guerra. Além disso, há aumento da vulnerabilidade das mulheres e de crianças, e isso chega até o último limite com tráfico e comercialização dos corpos.

Em 2016, a ONU realizou um estudo denominado *La violencia sexual relacionada con los conflictos*, o relatório abrange 13 situações de conflitos, 5 países emergentes de conflitos e mais 1 situação que gera preocupação e destaca as medidas tomadas pelos estados para proteção das vítimas. Os países que compõem a lista são: Afeganistão, República Centro-africana, Colômbia, República Democrática do Congo, Iraque, Líbia, Mali, Mianmar, Somália, Sudão do Sul, Sudão, República Árabe da Síria e Iêmen. O relatório também aponta outros países que são alvos de preocupação para a ONU, como é o caso da Nigéria (ONU, 2023).

Outra questão importante do relatório *La violencia sexual relacionada con los conflictos* é que a violência sexual ocorre em contexto de crise como uma tática de terror por grupos radicais. Entre as práticas de violência, estão também o estupro, a escravidão sexual, o casamento forçado, a gravidez forçada e o aborto forçado. Tal violência está relacionada às questões com base na discriminação e na desumanização com base em gênero, orientação sexual, identidade étnica, ideologia política ou identidade religiosa, em particular, a subordinação de mulheres e meninas.

No Relatório Mulheres em Fuga da Acnur (2015), afirma-se que 160 mulheres fugiram de El Salvador, Guatemala e Honduras, Triângulo Norte da América Central e México, a fim de fugir do aumento da violência local. Nas entrevistas, as mulheres ressaltam que os grupos armados aterrorizam a população, logo, as mulheres são submetidas, principalmente, à violência de gênero, como os abusos físicos e sexuais, fato que as leva a fugir de seus países. Juntamente com a violência praticada pelos grupos armados, elas ainda eram submetidas à violência doméstica, já que muitos parceiros são membros dos grupos criminosos.

No mais recente conflito armado, que acontece com a invasão da Rússia na Ucrânia, já é possível identificar relatos de violência contra as mulheres. Segundo a ONU (2022), à

medida que as mulheres se deslocam, aparecem relatos de estupro, praticados por soldados mercenários que atuam no país, além disso, há relatos de tráfico de mulheres.

Góes e Borges (2021) afirmam que a violência contra mulheres refugiadas também ocorre no processo de fuga. Isso ocorre quando elas procuram *coiotes* ou traficantes de pessoas para facilitar o deslocamento, nesse contexto, são submetidas, por exemplo, a violência financeira, pois pagam altos valores para esses serviços.

Sobre esse aspecto, as mulheres entrevistadas pelo ACNUR relataram ter pagado vultuosos valores aos traficantes de pessoas e, mesmo assim, foram vítimas de violência financeira (extorsão, na maior parte das vezes) durante o percurso, principalmente nos casos das mulheres que se dirigiam aos Estados Unidos. Muitas afirmaram que tomavam remédios contraceptivos antes das viagens de fuga, buscando reduzir as possibilidades de gravidez em casos de estupros, e, apesar de várias precauções, muitas delas relataram terem sido vítimas de abusos físicos e sexuais (GÓES; BORGES, 2021, p.329).

Outro tipo de violência que afeta as mulheres refugiadas é o tráfico de pessoas, nesse sentido Santos (2020) afirma que o tráfico de mulheres ocorre quando essas são submetidas a situações como a servidão por dívida, casamento servil, trabalho escravo e exploração sexual, durante o processo de refúgio. Para Santos, e Giacomini (2012) é importante ressaltar que “[...] o tráfico de pessoas ocorre no contexto da migração, mas não deve se confundir com a migração em si” (SANTOS; GIACOMINI, 2012, p.107). É uma forma de violação de Direitos Humanos, pois a pessoa passa a viver uma condição irregular forçadamente.

Segundo Santos e Giacomoni (2012), existe uma diferença entre tráfico e contrabando. Tal distinção está definida nos protocolos da Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional. Contrabando é definido como a facilitação de pessoas em um Estado, em que elas não são nacionais ou residentes, nessa definição há uma dimensão econômica presente já que se ressalta a presença de benefícios financeiros ou materiais, trata-se de um crime contra o Estado. O tráfico de pessoas é definido como recrutamento, transporte, transferência ou acolhimento de pessoas, utiliza-se a ameaça ou uso da força, as mulheres ficam mais vulneráveis a esse tipo de violência e inclui exploração sexual, prostituição, trabalho ou serviço forçado, escravidão e até remoção de órgãos, trata-se de um crime contra pessoa.

Segundo a ONU (2021), o tráfico de pessoas movimenta anualmente 32 bilhões de dólares no mundo. Estima-se que 85% são provenientes da exploração sexual. As Nações Unidas apontam que em 2018 foram recebidas denúncias de 50 mil pessoas nessas condições, as principais vítimas são os migrantes, devido à vulnerabilidade que se encontram.

As meninas são traficadas para exploração sexual. Com a precarização das condições de vida após a COVID - 19 e a crise econômica, mais mulheres ficaram mais vulneráveis a essa condição.

Os dados da ONU (2021) evidenciaram que as principais vítimas dos traficantes foram as mulheres, 20% eram meninas e aproximadamente 20% homens adultos, enquanto 15% eram meninos. Estima-se que nos últimos 15 anos houve uma redução de 70% de mulheres adultas vítimas do tráfico humano, entretanto, notou-se um aumento de 10% para mais 30%. Identificou-se que 1% das vítimas foram submetidas à mendicância, além disso, há índices de mulheres obrigadas a casar e a remover órgãos. A maioria das mulheres e meninas sofreu exploração sexual. Há casos de vítimas que são inseridas nos setores da agricultura, da construção, da pesca, da mineração e do trabalho doméstico.

Sobre esse problema, que está inserido no contexto da violência de gênero, é importante apontar também que devido à guerra entre Ucrânia e Rússia ampliou-se o alerta, já que muitos traficantes se disfarçam de voluntários e têm recrutado mulheres e crianças para tráfico de pessoas (ACNUR, 2022).

Brandão e Tavares (2018) trazem uma discussão importante sobre o mercado de trabalho para as mulheres refugiadas, o tema está relacionado às múltiplas questões que essas mulheres vivenciam no país onde buscam abrigo. Segundo as autoras, as mulheres refugiadas - principalmente as africanas, que são a maioria no Rio de Janeiro – enfrentam maior dificuldade do que os homens para serem inseridas no mercado de trabalho. Logo, as questões que são enfrentadas pelas mulheres brasileiras também se tornam um problema para as refugiadas, pois faz parte das desigualdades estruturais do sistema capitalista. Dentre essas problemáticas, Brandão e Tavares (2018) apontam: a maternidade e as mudanças nas relações de poder de acordo com a sociedade de destino.

Diante desta problemática referente ao deslocamento forçado de mulheres e a violação de Direitos Humanos que as acomete, é importante compreender esse fenômeno a partir de conceitos como: o gênero, a violência de gênero e a interseccionalidade. Assim, primeiramente é deve-se compreender que gênero é definido como um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos, dada entre homens e mulheres.

2.2.1.

A violência contra mulheres refugiadas e suas múltiplas intersecções

Entende-se que o aparato de convenções e legislações elaboradas durante a década de 1980 e 1990 foram muito importantes para as mulheres, além da luta pelos Direitos Humanos desse público. Todavia deve-se pensar nas especificidades das mulheres, pois, entre elas, existem desigualdades de condição econômica, racial e de gênero, mulheres negras, indígenas, refugiadas e migrantes têm vivências diferentes na sociedade. A interseccionalidade possibilita realizar análises mais complexas sobre raça, classe e gênero.

Nesse sentido, é importante trazer a interseccionalidade para os estudos sobre refúgio, pois como afirmam Pereira e Vial (2020), essas mulheres são submetidas a diversas opressões devido à cor da pele, já que refugiadas negras, latino-americanas e muçulmanas nem sempre são bem-vindas.

Diante disso, é importante compreender a origem do conceito de interseccionalidade. Na concepção de Nogueira (2017), existiram três *ondas*²¹ no movimento feminista. A primeira ocorreu no meio do século XIX e durou até os anos de 1960; a segunda, ocorreu até a segunda metade dos anos 1980; e a terceira onda está em curso, e pode ser designada como pós-feminismo.

A primeira *onda* do feminismo foi essencial para que as mulheres alcançassem direitos civis e políticos, assim, foram adquiridos direitos como o de votar. Destacou-se, nesse período, o movimento sufragista, a luta por melhores condições de vida, por direitos sociais e trabalhistas. As mulheres tiveram uma maior inserção no mercado de trabalho formal, embora na Segunda Guerra Mundial isso já fosse uma realidade, elas substituíram a mão de obra masculina, já que os homens foram lutar na guerra. Destacou-se também, naquele período, segundo Nogueira (2017), o entendimento das várias opressões que as mulheres viviam, principalmente no âmbito familiar.

Durante a segunda *onda*, Nogueira (2017) afirma que se destacaram as diferentes teorias feministas. Para as feministas liberais, a mudança de leis e das atitudes seriam suficientes para que as mulheres alcançassem emancipação social. Já o feminismo marxista, entendia que o capitalismo seria o causador das opressões, portanto, a solução seria o seu

²¹ Segundo Nogueira (2017) os estudos feministas mediante a compreensão por ondas não são consensuais. Diante disso, é importante apontar dois problemas nesta compreensão, o primeiro diz respeito ao reducionismo e simplismo da diversidade das perspectivas. O segundo problema é porque essa abordagem pode levar a compreensão de que uma dessas ondas foi ultrapassada pela outra, além disso, pode-se levar ao obscurecimento de outras agendas feministas importantes. Entretanto, aponta-se a partir dos estudos de Nogueira (2017) que a ideia de ondas contribui para compreender a diversidade e diferenças nas posições adotadas ao longo dos anos. Logo, com este entendimento pretende-se apenas evidenciar o fluxo de massas, de pessoas, de grupos e de movimento, possibilitando uma coerência em termos temporais.

fim, já que nesse sistema, as mulheres são usadas como força de trabalho, servem aos homens e são reduzidas à reprodução e aos cuidados maternos. Além disso, Nogueira (2017) aponta a existência do feminismo cultural, ou feminismo da diferença, o foco desse movimento tinha como objetivo capacitar as mulheres para serem líderes e assumir posições de poder. Compreende-se que as mulheres estariam mais capacitadas para assumir tais posições, pois seriam mais humanizadas e executavam o trabalho com qualidade superior.

Nogueira (2017) afirma que não existe um consenso entre os autores sobre a terceira *onda* do feminismo, entende-se que ela ocorreu no final dos anos 80. Na terceira *onda*, ganharam destaque o feminismo pós-moderno e pós-estruturalista. Nessa, ficaram evidentes a crítica ao essencialismo da segunda onda, apresentava-se a desconstrução à diversidade e às identidades fragmentadas, desse modo, entendia-se que o feminismo poderia incorporar questões referentes à globalização, à cultura e ao capitalismo, sendo interdisciplinar e interseccional.

O feminismo negro, que ganhou evidência durante a segunda onda, foi responsável por trazer a abordagem interseccional. Para Akotirene (2019) e Hirata (2014), o termo interseccionalidade teve destaque através da intelectual Kimberlé Crenshaw, jurista afro-americana. O termo dá nome às relações entre raça, sexo e classe. As discussões em torno desse conceito tiveram início após a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, em Durban, na África do Sul, em 2001.

Segundo Crenshaw (2015)²², o termo nasceu para atender a uma lacuna na legislação antidiscriminação, na década de 1970, quando mulheres negras foram demitidas e o Poder Judiciário se recusou a entender que havia questões de raça e gênero na situação retratada, predominava uma recusa às diferenças intergrupais. Ao trazer à luz esse conceito, a autora evidenciou a necessidade de discutir questões como a opressão racial e de gênero, o que possibilita entender as relações de poder na sociedade.

Já para Collins e Bilge (2020), a interseccionalidade ganhou destaque nos primeiros anos do século XXI, passando a fazer parte do vocabulário de acadêmicos, militantes, profissionais e diversos ativistas. Ademais, Collins e Bilge (2020) afirmam que a interseccionalidade é uma ferramenta analítica, e não foi usada exclusivamente na América do Norte e na Europa, nem se tratava de uma novidade. Na Índia, por exemplo, foi utilizada por ativistas indianas para atender às questões referentes à divisão social como casta, gênero,

²² Collins e Bilge (2020) discordam da afirmação de Crenshaw de que interseccionalidade começou a partir do momento em que foi nomeada.

religião, desvantagem econômica e classe. Já entre os estudantes do ensino superior, Collins e Bilge (2020) sinalizam que a interseccionalidade tinha uma finalidade política.

Para Nogueira (2017), as mulheres negras afirmavam que suas particularidades não eram vistas, a agenda política e as lutas existentes excluía as experiências das mulheres africanas, das hispânicas, das indianas e das pobres, existia uma centralização nas questões das mulheres brancas. Grande parte das teorias do feminismo negro desenvolveram-se nos EUA. Collins e Bilge (2020) afirmam que a interseccionalidade ganhou destaque nesse contexto, sendo uma ferramenta analítica utilizada pelas feministas estadunidenses, nas décadas de 1960 e 1970, útil para compreender uma gama de problemas sociais.

Hooks (2018) afirma que a “branquitude” é uma categoria privilegiada, embora haja uma negação disso. Há uma diferença de *status* entre as mulheres brancas e negras e isso ficou evidente no movimento feminista, principalmente, quando as mulheres lutavam por direitos civis. A questão racial no movimento feminista foi deixada de lado por muitos anos, somente nos anos 1970 e 1980, o racismo feminino branco começou a ser questionado, como apontou Collins e Bilge (2020). Para Hooks (2018), a sororidade, entre mulheres brancas e negras só seria possível se as mulheres brancas renunciassem à sua supremacia branca e aderissem à luta antirracista.

Na narrativa hegemônica das lutas pelos direitos das mulheres, um esquecimento em particular evidencia a recusa de considerar os privilégios atribuídos à branquitude. Essa narrativa põe em cena mulheres privadas de direitos que passam a adquiri-los progressivamente, até que se beneficiem daquele que é o emblema das democracias europeias, o direito ao voto. Ora, se por um longo tempo as mulheres brancas não puderam gozar efetivamente de inúmeros direitos civis subsidiários, essas mesmas mulheres tinham o direito de possuir seres humanos; elas possuíam escravos e plantações e, após a abolição da escravidão, estiveram à frente de plantações coloniais onde prevalecia o trabalho forçado. O acesso à propriedade de seres humanos não lhes era negado e esse direito foi concedido porque eram brancas (VERGÊS, 2019, p.49).

Para Davis (2016), desde a escravidão é possível visualizar que as mulheres negras foram submetidas à exploração, abusos físicos e sexuais. Não existia uma diferenciação de gênero quando se tratava de trabalho nas fazendas, mulheres e homens eram mão de obra explorada. O que diferenciava as mulheres era a sua possibilidade de reprodução, porém, eram tratadas apenas como geradoras de mais escravos.

Davis (2016) compreende que a condição de subalternidade das mulheres sempre existiu. No movimento antiescravagista, por exemplo, questões como a violência de gênero eram invisíveis. Em 1833, apenas quatro mulheres participaram da fundação da Sociedade

Antiescravagista Estadunidense, as figuras mais importantes que integraram esse movimento eram mulheres brancas, que não exerciam trabalho remunerado, provenientes da classe média e da burguesia emergente. No contexto de desenvolvimento do capitalismo, essas mulheres passaram a ter tempo para organizarem a campanha abolicionista. Para Davis (2016), foi no movimento abolicionista que as mulheres passaram a ter um maior conhecimento da opressão a que eram submetidas.

Trabalhando no movimento abolicionista, as mulheres brancas tomaram conhecimento da natureza da opressão humana – e, nesse processo, também aprenderam importantes lições sobre sua própria sujeição. Ao afirmar seu direito de se opor à escravidão, elas protestavam – algumas vezes abertamente, outras de modo implícito – contra sua própria exclusão da arena política. Se ainda não sabiam como apresentar suas reivindicações coletivamente, ao menos podiam defender a causa de um povo que também era oprimido (DAVIS, 2016, p.55).

Em maio de 1851, durante a Convenção de Akron em Ohio, Sojourner Truth²³, proferiu o discurso *Não Sou Uma Mulher?* Para Akotirene (2019), nos fragmentos desse discurso, é possível visualizar a articulação entre raça, classe e gênero, além de um questionamento à categoria mulher universal.

Em 1867, Sojourner Truth realizou outro discurso, *Keeping the Thing Going While Things Are Stirring* (Mantendo a coisa funcionando enquanto as coisas estão se mexendo). Nesse discurso Truth aumentou a ênfase na sua crítica ao machismo promovido também pelos homens negros. Para a autora, eles conquistaram o sufrágio, porém, as mulheres negras foram omitidas dessa conquista (AKOTIRENE, 2019).

A escravidão acabou e os direitos civis²⁴ foram conquistados, no entanto, os negros continuaram em condições de subalternidade e as mulheres negras em situações piores. Davis (2016) aponta que, para as mulheres negras nos EUA, restou apenas o trabalho doméstico, onde eram submetidas a abusos, a violências e à exploração. As mulheres brancas reafirmavam essa condição das mulheres negras quando diziam que elas eram as melhores executoras daquele tipo de trabalho. Entre as feministas havia dificuldade de reconhecer os direitos das trabalhadoras domésticas.

Nesse contexto das décadas de 1960 e 1970, foram elaboradas as principais ideias sobre interseccionalidade. Segundo Collins e Bilge (2020), no final da década de 1960,

²³ Tratava-se de uma mulher afro-americana analfabeta, escravizada no século XIX, que defendia a abolição e os direitos das mulheres. Em 1828, ela se tornou a primeira mulher negra a ganhar um caso na justiça contra um homem branco quando foi reivindicar o resgate de seu filho que era escravo (AKOTIRENE, 2019).

²⁴ A segregação racial nos EUA termina oficialmente em 1964, com a assinatura da Lei dos Direitos Civis.

creciam movimentos importantes para luta pela segregação racial, porém, as mulheres negras nesse meio eram subordinadas aos homens. As mulheres negras ou de cor, juntaram-se a movimentos como *Black Power*, de libertação dos chicanos, *Red Power* e movimentos asiático-americanos, em bairros raciais e etnicamente segregados.

Segundo Vêrges (2019), o feminismo civilizatório, que ganhou força no final dos anos de 1980, foi responsável por diversos apagamentos na luta das mulheres negras que foram ativistas contra o racismo nos EUA no contexto de segregação racial. Vêrges (2019) afirma que, com o desenvolvimento e as transformações que o capitalismo sofreu na década de 1970, as mulheres foram afetadas mundialmente pela precarização das relações de trabalho, pois cresceram os empregos subqualificados e a economia informal. Conforme aumentou a feminização dos empregos, também cresceram as desigualdades.

Hirata (2014) aponta em seus estudos, ao analisar sexo e raça, que os homens brancos possuem melhores salários na sociedade ao serem comparados com os homens negros e com as mulheres brancas, as mulheres negras possuem salários inferiores e vivem as maiores taxas de desemprego. Os imigrantes estrangeiros ficam abaixo quando se trata de analisar o mercado de trabalho na França.

Também é importante apresentar o debate sobre o conceito de consubstancialidade. Para Garcia (2022) a consubstancialidade tem como fim trazer a discussão sobre as relações sociais e os traços que dizem respeito aos conflitos e abstrações presentes. Tal conceito, implica pensar no conjunto das diferentes relações sociais, no entanto, deve-se entender que elas possuem diferenças. Nessa discussão, aborda-se que as relações sociais são inseparáveis, trata-se de uma forma de leitura da realidade, na qual as relações de classe, gênero e raça formam um nó dinâmico, como afirma Garcia (2022). Assim, as relações sociais

A consubstancialidade reside, portanto, no reconhecimento da inseparabilidade das relações sociais. É, assim, uma “forma de leitura da realidade social” (KERGOAT, 2010, p. 100) que pressupõe que as relações sociais de classe, gênero e raça formam um nó dinâmico. Além de consubstanciais, são coextensivas, pois se reproduzem e coconstituem mutuamente, de forma que “a classe ao mesmo tempo cria e divide o gênero e a raça, o gênero cria e divide a classe e raça, a raça cria e divide o gênero e a classe” (GARCIA, 2022, p.113).

Segundo Garcia (2022), a consubstancialidade tem origem diversa da interseccionalidade, já que sua origem está relacionada ao feminismo materialista francês, ganhando um maior destaque na literatura. Abreu (2018) aponta que o feminismo materialista francês discutia na década de 1970 que o conceito de relações sociais possui centralidade. Esse debate foi produzido por feministas como: Christine Delphy, Colette Guillaumin, Nicole-

Claude Mathieu e Monique Wittig. Garcia (2022), acrescenta que a interseccionalidade tem bases no feminismo negro e trata-se de um conceito mais restrito aos estudos marxistas.

Vergès (2019) afirma que o feminismo decolonial opõe-se ao feminismo liberal. Nessa vertente, critica-se a limitação a demandas como liberação sexual e igualdade no mercado de trabalho. Além disso, entende-se a necessidade de olhar as desigualdades entre as próprias mulheres. A vertente decolonial também critica o feminismo civilizatório, o qual seria responsável pela opressão às mulheres racializadas, a partir de organismos internacionais.

Diante da exposição, percebe-se que as mulheres, como um todo, são vítimas de diversas violências, já que ao longo da história sempre foram submetidas à diversas violações de Direitos Humanos, afetadas pela violência de gênero que se expressa de diversas formas. Ao analisar a condição das mulheres à luz da interseccionalidade, observa-se que a cor, a raça e o gênero influenciam muito e evidenciam as desigualdades entre as mulheres. Por exemplo, uma mulher refugiada não está na mesma condição de uma mulher que é nacional em seu país, ela vivenciará outras formas de violações.

Quando se trata de uma refugiada branca proveniente de países europeus não é possível comparar com uma refugiada africana ou do oriente médio, todas estão vulneráveis, porém, de formas diversas, pois uma refugiada europeia não é submetida por exemplo ao racismo ou ao preconceito contra mulçumanos.

A partir disso, busca-se analisar a situação das refugiadas congolesas, compreendendo o contexto político e econômico da República Democrática do Congo (RDC), a situação das mulheres nesse país, a condição de deslocamento para essas mulheres e quais as lacunas jurídicas na proteção para mulheres, e as principais formas de proteção.

2.3.

A situação das mulheres na República Democrática do Congo

A RDC é um país que foi colonizado por Leopoldo II, segundo Rei dos belgas em 1865, explorador da região, com ações consideradas desumanas e um *braço* forte do imperialismo no país. A RDC sofreu um processo de colonização que durou do século XIX até a primeira década do século XX (LUZ, 2014).

A população desse país foi submetida a um regime de exploração com ritmo de trabalho intenso. No período de 1891-1892, iniciou-se a exploração da borracha, utilizando a mão de obra local, conseqüentemente, intensificou-se a exploração e a violência contra a população (LUZ, 2014). Valenzola (2013) afirma que a RDC foi controlada pelos belgas durante o final do século XIX e início do século XX, período que compreendeu as duas grandes guerras mundiais.

Em 1903 Roger Casement, um diplomata que atuava no Serviço Colonial Britânico, foi enviado para investigar os abusos e violações de Direitos Humanos na RDC. O relatório elaborado por ele colocou em evidência o que ocorria naquela região e denunciou o rei Belga, diante disso, foi exigido ações em relação ao que ocorria. O país somente se tornou livre da colonização da Bélgica em 1960. Embora tenha alcançado independência, a RDC ainda não alcançou estabilidade, o local é afetado pela existência de milícias congoleesas que tentam derrubar o governo local, também existem as guerras entre os países vizinhos. Tudo isso resultou em uma intensa e longa guerra civil (LUZ, 2014).

Valenzola (2013) ressalta que a RDC alcançou sua independência no contexto da Guerra Fria, nesse período, os países vizinhos também sofreram com o processo chamado “descolonização”, quando a Europa imperialista perdia forças para os EUA, e a URSS que passaram a ser as potências na época. A RDC foi afetada pela influência norte-americana²⁵, já que as duas grandes potências buscavam expandir-se com suas ideologias.

Costa (2022), ressalta que, na Guerra Fria, a RDC era disputada por muitos fatores, como a sua posição territorial devido às fronteiras com a África Central e oriental e ao acesso para o mar. Assim, o país sempre foi afetado pela intervenção internacional. Valenzola (2013) aponta que,

A declaração da independência, em 1960, foi marcada pelo confronto interno entre os representantes do movimento nacionalista, o qual, no entanto, refletia os interesses externos das potências. Após seguidos golpes de Estado, o Congo se aliou ao bloco capitalista e, somente cinco anos após a independência, o país já entrou em regime ditatorial, sob o poder de Joseph-Desiré Mobutu, ditador que permaneceria na presidência entre os anos de 1965 e 1997 (VALENZOLA, 2013, p.62).

Segundo Pereira e Aguilar (2014), após a conquista da independência, a ONU criou um órgão chamado *United Nations Operation in The Congo (ONUC)*, sua finalidade seria a prestação de assistência militar ao país, no entanto, o Conselho de Segurança (CSNU), com

²⁵ Para Costa (2022) até a década de 1990, os EUA tiveram grande influência no governo congolês, acredita-se que havia atuação até mesmo da CIA no país.

o objetivo de evitar uma guerra civil, autorizou o uso da força e da violência, deportando militares, paramilitares e assessores estrangeiros do país. Isso não resolveu o problema na região, em 1996, teve início a Primeira Guerra do Congo, e em 1998, a Segunda Guerra do Congo.

Em 1994 a guerra civil em Ruanda²⁶, protagonizada entre duas minorias étnicas²⁷ do país, os *tutsis* e os *hutus* agravaram ainda mais a situação. Tratou-se de um dos maiores massacres étnicos da história mundial. Nesse contexto, a maioria que era formada por *hutus* atacou os *tutsis*, a finalidade era protestar pela insatisfação com as políticas do governo. O resultado desse conflito foram 800 mil mortes no período de 06 de abril até 4 de julho. Além disso, houve um aumento no número de pessoas se deslocando para Kivus, que fica na fronteira da RDC com Ruanda. Esse fluxo de migração interna já era intenso, desde a década de 1920, pois as pessoas se deslocavam em busca de emprego nas minas congoleesas. Esse foi o contexto da Primeira Guerra do Congo, embora em 1997 o presidente Laurent Kabila, com o apoio dos rebeldes tenha tomado o poder, os conflitos continuaram (PEREIRA & AGUILAR, 2014; VALENZOLA, 2013).

A Segunda Guerra do Congo, ocorreu sob o governo de Laurent Kabila, que, ao assumir o poder, trouxe uma possível estabilidade econômica, com o apoio internacional, e promulgou uma nova Constituição no país. Todavia, ao não cumprir todas as suas promessas, perdeu legitimidade com os congolese, as decisões políticas resultaram em uma nova guerra. A Guerra foi encerrada quando se estabeleceu o Acordo de Lukasa, em 1999, entre os países envolvidos: Congo, Angola, Zimbábue, Namíbia, Ruanda e Uganda. Tal acordo não teve resultados significativos (PEREIRA & AGUILAR, 2014; VALENZOLA, 2013; COSTA, 2022). Nessa conjuntura, surgiram diversos grupos como: “[...] a União Congoleza pela Democracia (RCD), que seria apoiada por Ruanda, e o Movimento pela Libertação do Congo (MLC), apoiado por Uganda, enquanto o Zimbábue e Angola permaneciam suportando Kabila” (VALENZOLA, 2013, p. 65).

A RDC nunca conseguiu ter estabilidade política e econômica ao longo da história. Segundo Valenzola (2013), em 16 de janeiro de 2001, o presidente Laurent Kabila foi assassinado, tal fato reacendeu os conflitos na região. Seu filho, Joseph Kabila, assumiu o poder no país, acredita-se que o assassinato foi cometido por um dos oficiais que tinha

²⁶ O filme Hotel Ruanda foi lançado em 2005. Nele, retratou-se a história de Paul Rusesabagina, gerente do Hotel des Milles Collines, que fica localizado na capital de Ruanda. Paul ficou conhecido por abrigar mais de 1.200 refugiados que fugiam do conflito. Em 2021, Paul foi acusado de fazer parte de um grupo de terroristas e foi condenado no tribunal de Kigali. Sua família pede apoio internacional, já que consideram o julgamento injusto. Em 2023 ele foi solto (G1, 2023).

²⁷ Essa relação conflituosa entre os Tutsis e Hutus, segundo Costa (2022), é resultado da história do domínio belga no país, as relações sempre foram desiguais socioeconomicamente, entretanto, com a colonização, os tutsis recebiam mais privilégios dos colonizadores.

proximidade com o presidente. Em 2003, a ONU auxiliou a transição de poder, quando foi assinado um acordo, *Global and All Inclusive Agreement*. Estabeleceu-se que Joseph Kabila assumiria o país com mais quatro vice-presidentes que deveriam ser representantes do MLC, da RCD, da oposição política e da sociedade civil.

Sobre a estrutura econômica, social e histórica do país, a RDC é um país que está localizado no meio da África Central, tem um estreito acesso ao Oceano Atlântico, trata-se do segundo maior país da África (o maior é a Argélia), além disso, é o 11º maior país do mundo. Nota-se que 46% da população vive nas cidades. A RDC tem fronteiras nacionais com 9 Estados: Angola, Burundi, Centro-Africana, República do Congo, Ruanda, Sudão do Sul, Tanzânia, Uganda e Zâmbia. A capital da RDC é Kinshasa. O idioma oficial no país é o francês e a moeda é o franco congolês (DADOS MUNDIAIS, s/d).

A população da RDC, em 2021, era composta por 95.894.118 pessoas. Sobre a economia, em 2020, o país possuía um Produto Interno Bruto (PIB)²⁸ de 45.308, o PIB per capita²⁹ era de 506. Parte do PIB do país é composto pelo comércio internacional de minerais (PAÍSES IBGE, s/d). A RDC ocupa 179ª posição na lista dos 191 países no Índice de Desenvolvimento Humanos (IDH), em 2020, o valor era de 0,479, sendo classificado no Relatório de Desenvolvimento Humano como baixo. Nota-se que entre 1990 e 2021, o IDH do país aumentou de 0,386 para 0,479, contabilizando uma variação de 24,1%.

Nota-se que a RDC é um dos países mais pobres do mundo, embora seja reconhecido como uma das localidades com mais recursos minerais no planeta, fato que motivou o interesse da exploração dos colonizadores. Na RDC, há grandes reservas de cobalto, cobre, estanho, coltan, níquel, tântalo, tungstênio e ouro, além de cádmio, petróleo, diamantes, prata, zinco e manganês. O ambiente, permeado por diversos conflitos, é crucial para exploração desses recursos no país (VALENZOLA, 2013).

A RDC é um dos maiores depósitos de cobalto do mundo, esse tipo de metal raro é utilizado para produção de aparelhos de alta tecnologia. Cerca de 60% do cobalto está nessa localidade, todavia, a China o produz de forma refinada. A RDC é o maior fornecedor de cobalto do mundo, tal metal é usado, por exemplo, para produção de smartphone e carros elétricos. Se por um lado esse produto financia o acesso à tecnologia mundialmente, por outro

²⁸ Segundo o IBGE o PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano.

²⁹ O PIB *per capita* é um indicador que representa o que cada pessoa do local analisado teria do total de riquezas que são produzidas no país.

lado, o cobalto é utilizado para financiar os grupos de rebeldes, além disso, as águas e o solo congolês estão contaminados (SCHLINDWEIN, 2018).

A corrida mundial pelos depósitos de cobalto no mundo é um dos motivadores para a intensificação da exploração no país. Aproximadamente 300 empresas seguem em busca de depósitos desse produto, impulsionando a produção na RDC. Em 2018, esperava-se que o consumo excedesse 122 mil toneladas, consequentemente o preço do produto triplicou (BBC, 2018). Segundo a reportagem publicada na BBC (2018), há uma crescente preocupação com a exploração infantil e a corrupção nas minas da RDC, e isso faz com que os compradores busquem fontes em outros países para extração.

Nesse contexto de crise na RDC, mulheres, crianças e idosos sofrem violações de Direitos Humanos, as mulheres são vitimadas principalmente pela violência de gênero. Nesse contexto, o corpo da mulher é usado como “arma de guerra”, segundo Mukwege (2022)³⁰, essa violência ocorre de forma massiva, metódica e sistemática. Massiva pois, em menos de 24 horas, centenas de mulheres são violentadas em vilarejos, muitas vezes, publicamente. Metódica, pois os grupos armados têm formas de deixar suas assinaturas no corpo da mulher ou submetendo-as à escravidão sexual. E ocorre de forma sistemática, pois não diferenciam idade ou gênero das vítimas, há casos de abuso sexual contra homens também.

Para Mukwege (2022), as consequências da violência sexual para as mulheres congolesas são inúmeras, entre elas, pode-se destacar: a destruição do sistema reprodutivo da mulher, devido à tortura; a contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); a contaminação por HIV/AIDS; a destruição do tecido social, principalmente com a perda da autoestima; e a rejeição das crianças que nascem do estupro, chamadas como “crianças cobras” na comunidade onde vivem.

Segundo o relatório *do American Journal of Public Health*, a RDC é um país que tem uma das maiores incidências de estupro no mundo, estima-se que cerca de 48 mulheres são estupradas a cada hora³¹. A prática violenta de estupro coletivo é utilizada por milícias locais rivais, juntamente com a escravidão sexual.

As mulheres congolesas sofrem outros problemas no país. Sobre o Índice de Desenvolvimento de Gênero (GDI)³², o país ocupava o grupo 5 em 2021 (países que têm

³⁰ Professor Dr. Denis Mukwege é um ginecologista que fundou o Hospital Panzi em Bukavu (RDC), onde ele tratou milhares de sobreviventes mutilados e agredidos sexualmente. Devido a sua atuação, foi ameaçado e sofreu uma tentativa de assassinato. O Hospital Panzi atua com base em 4 pilares: tratamento médico, psicossocial, apoio, programas de inserção socioeconômica e assistência jurídica. Recebeu, em 2008, prêmios como o Prêmio Olof Palme (2008) e o Prêmio dos Direitos Humanos das Nações Unidas (2008), em 2018, recebeu o Prêmio Nobel da Paz (DR. MUKWEGE FOUNDATION, s/d).

³² O GDI mede as desigualdades de gênero em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: saúde, medida pela expectativa de vida feminina e masculina ao nascer; educação, medida pelos anos de escolaridade

maior disparidade de gênero). O GDI foi de 0,879, entre os 170 países, estava na 151ª posição. A expectativa de vida, ao nascer, para as mulheres em 2021, era de 61,5 anos; enquanto a dos homens, era de 57,0 anos, a diferença de gênero foi de 3,9 anos. Em relação aos anos esperados de escolaridade, os dados evidenciam uma média de 9,6 anos para as mulheres e 10,1 para homens, a diferença entre os gêneros foi de -0,4 anos. Sobre os anos médios de escolaridade foram 5,6 anos para as mulheres e 8,5 anos para homens, a diferença foi de -2,9 anos. A Renda Nacional *Per Capta* no país, em 2021, era de \$896 para mulheres e \$1.259 para homens, conforme observa-se na Figura 2.

Figura 2 - Índice de Desenvolvimento de Gênero RDC



Fonte: Relatório de Desenvolvimento Humano, 2021.

Sobre o Índice de Desigualdade de Gênero (GII)³³ do país em 2021, os dados do Relatório de Desenvolvimento Humanos, evidenciaram que a RDC tem um valor de GII de 0,601, assim, o país ocupa a 151ª posição entre os 170 países. Há uma alta taxa de mortalidade materna, chegando há 220,2 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. Já a taxa de natalidade, 42,8 nascimentos/1.000 mulheres de 15 a 19 anos. Sobre os dados referentes à política, no parlamento, apenas 25% são mulheres, enquanto 74,1%, são homens, a diferença

esperados de mulheres e homens, para crianças; e anos de escolaridade médios de mulheres e homens, para adultos com 25 anos ou mais; e domínio sobre os recursos econômicos, medidos pela renda estimada feminina e masculina.

³³ O GII mede as desigualdades de gênero (a perda no desenvolvimento humano devido à desigualdade entre conquistas femininas e masculinas) em três dimensões principais – saúde reprodutiva, empoderamento e mercado de trabalho.

é de -49,3%. Sobre a escolaridade referente à população com 25 anos ou mais: 64,2% são mulheres e 70,3% é composta de homens. Ao calcular a taxa de participação na força de trabalho de pessoas com 15 anos ou mais, as mulheres compõem 46,2% e os homens 71,7%, a diferença entre os gêneros é de -25,5%, de acordo com a Figura 3.

Figura 3 - Índice de Desigualdade de Gênero RDC

Mundo			
valor GII 2021			0,465
Mudança GII a partir de 2020			0,000
Taxa de Mortalidade Materna	225,4 óbitos/100.000 nascidos vivos		
Taxa de natalidade na adolescência	42,5 nascimentos/1.000 mulheres de 15 a 19 anos		
	Fêmea	Macho	diferença de gênero
Quota de assentos no parlamento	25,9%	74,1%	-48,2%
População com pelo menos algum nível de ensino médio (25 anos ou mais)	64,2%	70,3%	-6,2%
Taxa de participação na força de trabalho (15 anos ou mais)	46,2%	71,7%	-25,5%

Fonte: Relatório de Desenvolvimento Humano, 2021.

Segundo Souza (2016), a RDC atualmente vive uma crise humanitária, que motivou o deslocamento de mais de um milhão de pessoas para países vizinhos. Ainda nos anos 1990, aproximadamente 300 mil congoleses já se deslocavam internamente na África, principalmente para Angola, Burundi, República Central Africana, República do Congo, Ruanda, Sudão, Tanzânia, Uganda e Zâmbia. Nesse período, o país também recebeu 650 mil pessoas, dentre elas, destaca-se aquelas que fugiram do massacre em Ruanda. Souza (2016) ressalta que nos anos 2000, o deslocamento de congoleses foi ampliado, estima-se que 1,2 milhões de pessoas transitaram no país, em 2008, chegou a 3,8 milhões de pessoas deslocando-se internamente no país.

Segundo o Conare, no período de 2007 a 2017, os congoleses foram o segundo maior grupo a ter solicitação de refúgio acolhido pelo governo brasileiro, o equivalente a 953 (13 %) pedidos. A maior parte dos refugiados congoleses foge para nações vizinhas, como Uganda e Burundi, ou também para Angola (BBC BRASIL, 2018). Em 2018, segundo o Acnur, havia

mais de 735.000 refugiados da RDC na África Subsaariana, 4,5 milhões de deslocados internos na RDC e mais 541.000 refugiados de outros países africanos na RDC³⁴.

A crise humanitária na RDC vem crescendo anualmente, segundo a ONU (2022), o Acnur afirma que houve um aumento de ataques a civis deslocados nas províncias. Os conflitos entre o grupo de rebeldes chamado M23 e o Exército congolês, resultaram em um total de 1000 mortes e aproximadamente 188 mil deslocados, um total de 5,6 milhões de pessoas encontram-se desalojadas.

Diante da exposição é possível observar que a população que vive na RDC sofre com a grave e generalizada violação de Direitos Humanos, isso tem relação com o processo de colonização e exploração dos países imperialistas que ao longo da história continuam a saquear as riquezas do país. As mulheres, assim como crianças e idosos ficam expostos nesse contexto de uma interminável guerra civil, tal fato é motivador para que as pessoas busquem refúgio em outros locais a fim de sobreviverem, um dos destinos tem sido o Brasil. No próximo capítulo apresenta-se a discussão sobre o refúgio no Brasil e a proteção às mulheres.

³⁴ Na classificação da UNCTAD, os países menos desenvolvidos do mundo são Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Djibouti, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Kiribati, Laos, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Mianmar, Nepal, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Tanzânia, Vanuatu, Iêmen e Zâmbia (ONU, 2016).

3. Refúgio no Brasil e a proteção às mulheres refugiadas

Neste capítulo, buscou-se apresentar a discussão sobre o Estatuto do Refúgio no Brasil e a Lei de Migração, compreendendo a historicidade e a importância dessas legislações no país para a proteção aos sujeitos que se deslocam, sejam imigrantes ou emigrantes. Em seguida, discute-se a necessidade de proteção às mulheres refugiadas, entendendo que, no Brasil, existe um aparato jurídico de proteção às mulheres conquistado ao longo dos anos, mas que ainda enfrenta dificuldades para se materializar.

Entende-se que as mulheres migrantes e as que possuem solicitação ou já o status de proteção do refúgio devem ter garantidos os mesmos direitos sociais que as brasileiras, dentre eles, destaca-se o direito à saúde. Os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) são essenciais para pensar no direito à saúde de refugiadas e migrantes, além disso apresenta-se a discussão sobre o acesso à saúde e suas barreiras. Por fim, apresenta-se a Política de Saúde da mulher no Brasil, quais as dificuldades esse público enfrenta nos serviços de saúde e os desafios para possibilitar o acesso universal à saúde para refugiadas e migrantes.

3.1. Estatuto do Refúgio no Brasil e a Lei de Migração

Milesi e Andrade (2010) afirmam que, na década de 1960, o Brasil aderiu à Convenção de 1951 e assinou o Protocolo de 1967. Esse período tratava-se do contexto de ditadura militar no país, logo, as legislações foram aderidas, mas com cláusula geográfica, que permitia receber apenas refugiados da Europa.

Nesse período da ditadura militar, no Brasil (1964-1985), havia um forte apoio à Doutrina de Segurança Nacional, e os países vizinhos também viveram sob regime ditatorial: Paraguai (1954), Bolívia (1964), Chile (1973), Uruguai (1973) e Argentina (1976). Por isso, havia um certo temor em receber refugiados que pudessem estar fugindo de seus países por questões políticas (Idem).

Segundo Sales (2010), no período de 1976 a 1982, foram recebidas aproximadamente 5 mil pessoas refugiadas no Brasil. Ressalta-se que não era funcional divulgar o trabalho realizado com esse público nesse período, uma vez que o ACNUR não era reconhecido oficialmente no país. A história da proteção ao refúgio no Brasil contou também com o

protagonismo da Igreja Católica, que teve como voz importante a do Dom Eugenio Sales, que usava de seu prestígio com os militares para atuar nessa área.

Segundo Sales (2010), a Cáritas Arquidiocesana realizava um trabalho de caráter esporádico e, portanto, não conseguia atender a todos os refugiados, buscava dar apoio e proteção para os refugiados políticos, principalmente da América Latina, que tinham medo de ser repatriados em seus países. Muitos dos refugiados vinham dos países vizinhos e eram acolhidos pela Cáritas, havia cerca de 70 apartamentos alugados para abrigar essas pessoas. Sales (2010) e Jubilut (2007) destacam que, nesse período, as principais instituições parceiras foram a Comissão de Justiça e Paz da CNBB e a Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro e de São Paulo. Arns (2010)³⁵ ressalta, que, em 1981, o Arcebispado de São Paulo recebeu como missão do ACNUR, acolher refugiados também de países do Cone Sul.

Segundo Barreto (2010), com o processo de redemocratização no Brasil, houve um aumento no número de refugiados no país. Com isso, o ACNUR instalou seu escritório no Rio de Janeiro, em 1982, e foi responsável por iniciar as conversas que buscavam suspender a cláusula de reserva geográfica. Vale ressaltar, que existia um escritório *ad hoc* do ACNUR no Brasil, ou seja, com uma finalidade temporária, criado em 1977, quando foi firmado um acordo entre o país e a agência.

Em 1987, o Conselho Nacional de Imigração (CNIg) editou a Resolução nº17, a qual possibilitou que fossem recebidos estrangeiros temporariamente, todavia, eles não seriam reconhecidos como refugiados. Barreto (2010) e Jubilut (2007) afirmam que somente em 1989, quando foi instituído o decreto nº 98.602 o Brasil aderiu à Declaração de Cartagena, colocando fim à reserva geográfica. Nesse período, o escritório do ACNUR passou a ser localizado em Brasília.

Claro (2020) afirma que a Lei nº 6.815 de 19 de agosto de 1980, conhecida como “Estatuto do Estrangeiro”, foi criada ainda no período de ditadura militar, portanto, seu objetivo era garantir a soberania nacional e proteger o Brasil das ameaças dos “estrangeiros”, tinha base na Doutrina da Segurança Nacional, e buscava disciplinar os que chegavam ao país, como afirma Kenicke e Lorenzetto (2017). O Estatuto do Estrangeiro foi revogado pela Lei nº 13.445 de 2017. Segundo o Estatuto do Estrangeiro, no artigo 65, os não nacionais eram passíveis de expulsão

[...] o estrangeiro que, de qualquer forma, atentar contra a segurança nacional, a ordem política ou social, a tranquilidade ou moralidade pública e

³⁵ Dom Paulo Evaristo Arns recebeu a Medalha Nasen, conferida aos que defendem a causa dos refugiados.

a economia popular, ou cujo procedimento o torne nocivo à conveniência e aos interesses nacionais.

É passível, também, de expulsão o estrangeiro que:

- a) praticar fraude a fim de obter a sua entrada ou permanência no Brasil;
- b) havendo entrado no território nacional com infração à lei, dele não se retirar no prazo que lhe for determinado para fazê-lo, não sendo aconselhável a deportação;
- c) entregar-se à vadiagem ou à mendicância; ou
- d) desrespeitar proibição especialmente prevista em lei para estrangeiro (LEI 6.815 de 19 de agosto de 1980).

Em 1991, foi editada pelo Ministério da Justiça a Portaria Interministerial nº 394 de 29 de julho, responsável por trazer definições sobre a situação de refugiados que chegavam ao Brasil, mas sob a proteção do ACNUR. Com esta portaria, foi possível uma ampliação dos direitos para refugiados. Assim, a gestão do refúgio passou a ser um procedimento jurídico composta por instituições como o ACNUR e o governo brasileiro (MILESI; ANDRADE, 2010; JUBILUT, 2007).

Em 1997, o Brasil adotou a Lei 9.474, conhecida como “Estatuto do Refugiado”, tal legislação é considerada uma das mais avançadas no mundo. O Estatuto do Refugiado teve influência da Declaração de Cartagena, de 1984, possibilitando que o Brasil implementasse a normativa internacional sobre refúgio, além disso, ampliou-se a definição presente na Convenção de 1951 (SARTORETTO, 2018).

No artigo 1^a do Estatuto do Refugiado, define-se que será reconhecido como refugiado aquele que se encontra fora do seu país de nacionalidade e esteja impedido de retornar ou não queira retornar devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas. No Estatuto, ampliou-se a compreensão ao afirmar que também é refugiado os que deixam seu país por motivo de grave e generalizada violação de Direitos Humanos (BRASIL, 1967).

No artigo 2º da lei, compreende-se que esse direito deve ser estendido ao cônjuge, aos ascendentes e descendentes, incluindo os demais membros do grupo familiar. Além disso, aborda-se que é importante ampliar os efeitos do direito ao refúgio para aqueles que dependem do refugiado economicamente, desde que se encontrem em território nacional.

Segundo Jubilut (2007), ao compreender a grave e generalizada violação de Direitos Humanos como um motivador para que o direito ao refúgio seja reconhecido, denota-se que existe uma vontade política de proteção a pessoas que tiveram seus direitos fundamentais violados. Todavia, é importante ressaltar que o direito ao refúgio não inclui, por exemplo, aqueles que tenham cometido crime contra a paz, crime de guerra, crime contra a humanidade, crime hediondo, participado de atos terroristas ou tráfico de drogas e os que sejam considerados culpados de atos contrários aos fins e princípios das Nações Unidas.

Jubilut (2007) ressalta que a entrada irregular não impede a possibilidade de solicitação de refúgio, uma vez que a pessoa está sem condições de sair de seu país de forma regular e devida para buscar a proteção em outro país. A legislação brasileira não permite a deportação para o país de origem e garante que a pessoa tenha informações sobre como solicitar o direito ao refúgio na fronteira, o que configura o princípio *non-refoulement*.

O Estatuto do Refugiado também apresenta a organização do Conselho Nacional para Refugiados (Conare), este órgão compõe a gestão tripartite do refúgio no Brasil, representando o governo. A gestão tripartite é composta pelo governo, organizações internacionais e entidades da sociedade civil (PERIN, 2014). O CONARE está vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), que é responsável por deliberar as ações sobre as solicitações de refúgio no Brasil, além de orientar e coordenar as ações necessárias para proteção, assistência e apoio jurídico aos refugiados (CONARE). O CONARE atua em consonância com a Convenção de 1951, com o Protocolo de 1967 e com as demais fontes de Direito Internacional do Refugiado. Uma de suas atribuições, conforme aponta Sartoretto (2018), é realizar a análise, em primeira instância, dos pedidos de refúgio, juntamente com a atuação da Polícia Federal. Segundo Perin (2014),

A gestão realizada em âmbito estatal se dá, principalmente, em duas instituições: na Polícia Federal e no CONARE. A relação entre os funcionários e essas organizações é bastante diferente da que é estabelecida com o Acnur. Nos regimes de valores que estão em jogo na relação entre essas agências não está mais marcado o “humanitarismo”, mas principalmente as noções de “segurança nacional” e de “administração” (PERIN, 2014, p.310).

O CONARE é formado por um colegiado, segundo o artigo 14º da referida lei, ele é composto por: representante do Ministério da Justiça (1), que o presidirá; representante do Ministério das Relações Exteriores (1); representante do Ministério do Trabalho (1); representante do Ministério da Saúde (1); representante do Ministério da Educação e do Desporto (1); representante do Departamento de Polícia Federal (1); e representante de organização não-governamental (1), que se dedique a atividades de assistência e proteção de refugiados no país. Segundo Jubilut e Pereira (2022),

Há críticas constantes à composição do CONARE; sobretudo pela não expansão a mais entidades da sociedade civil e não inclusão de outros ministérios e órgãos públicos cuja atuação impacta diretamente a vida das pessoas refugiadas no país (como o Ministério das Cidades, e a Secretaria de Direitos Humanos); além da falta de representação de órgãos estaduais e municipais, o que pode não impactar a RSD em si, mas tem reflexos na proteção integral dessa população. Além disso, a representação de pessoas refugiadas no CONARE vem sendo reivindicada, o que pode se justificar a

partir da perspectiva do direito de participação, da representatividade, e da titularidade de direitos, e como forma de respeito aos direitos humanos. Tal presença auxiliaria sobremaneira sobretudo na busca de proteção integral em função da mencionada competência do CONARE para políticas públicas para pessoas refugiadas no Brasil (JUBILUT; PEREIRA, 2022, p.184).

A Coordenação Geral (CG-CONARE) fica em Brasília, ela dá suporte para o Comitê no que diz respeito às decisões. O CG-CONARE é composto por um coordenador geral, além disso, possui três áreas: a Coordenação de Elegibilidade (CEL), a Coordenação de Políticas de Refúgio (CPR) e o Núcleo de Apoio à Gestão do Sistema de Refúgio (NARE). Existem três núcleos regionais do CONARE no Brasil, estão situados em São Paulo (SP), Campinas (SP) e Rio de Janeiro (RJ), estes foram regulamentados pela Portaria nº 821, de 31 de outubro de 2019. Tal portaria regulamenta a Estrutura Regimental MJSP, e ainda detalha o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança.

Figura 4 - Coordenação-Geral do Comitê Nacional para Refugiados (CG-Conare)



Fonte: Gov.br (2023).

Ao realizar o pedido de refúgio, há duas respostas, uma delas é o deferimento, que é quando a pessoa passa a ter os direitos previstos no Estatuto do Refugiado, sendo colocada sob a proteção do ACNUR e do Estado brasileiro. A solicitação também pode ser negada, logo, a questão pode ser direcionada para o CNIg. Ao ter o pedido negado, o solicitante também pode apelar para o Ministro da Justiça em 15 dias. Fato interessante é que se a

solicitação de refúgio for negada, a pessoa não será obrigada a retornar para o local que ele está em risco (SARTORETTO, 2018).

Para Facundo (2014), o CONARE é um dos instrumentos contemporâneos para implementar o Estatuto dos Refugiados no Brasil. A organização é reconhecida como uma figura central e com grande poder de decisão nas ações sobre refúgio, no entanto, para os que buscam refúgio, a relação que fica mais evidente é a que ocorre com a Polícia Federal.

Segundo Perin (2014), a gestão do refúgio no Brasil também é composta pela presença do ACNUR, responsável pelas questões financeiras e pelo repasse de subsídios à Cáritas. Nos dias atuais, o ACNUR também tem convênios com outras organizações não governamentais. No Estatuto do Refugiado, afirma-se que o ACNUR será sempre membro convidado para as reuniões do CONARE, possui direito à voz, porém, sem voto. Perin (2014) aponta, em seus estudos, que a atuação do ACNUR tem pouca visibilidade, sua presença é mais evidente nas campanhas e indiretamente no financiamento de projetos.

O processo de solicitação de refúgio no Brasil é realizado em nove etapas. A primeira etapa consiste no cadastro pelo sistema denominado “Sisconare”, para tanto, o solicitante já deve estar no Brasil, acessar ao sistema online e fazer o cadastro. A segunda etapa é fazer o pedido preenchendo o formulário de solicitação de refúgio. Em seguida, a terceira etapa é realizada na Polícia Federal, quando o solicitante leva o chamado número de controle a uma das unidades, onde são coletadas as impressões digitais e faz-se o registro. Com este procedimento, o solicitante recebe o Protocolo de Refúgio ou Documento Provisório de Registro Nacional Migratório (DPRNM), documento de identificação. Ao realizar o registro na Polícia Federal, o solicitante entra na fila do CONARE e fica aguardando a análise (MJSP).

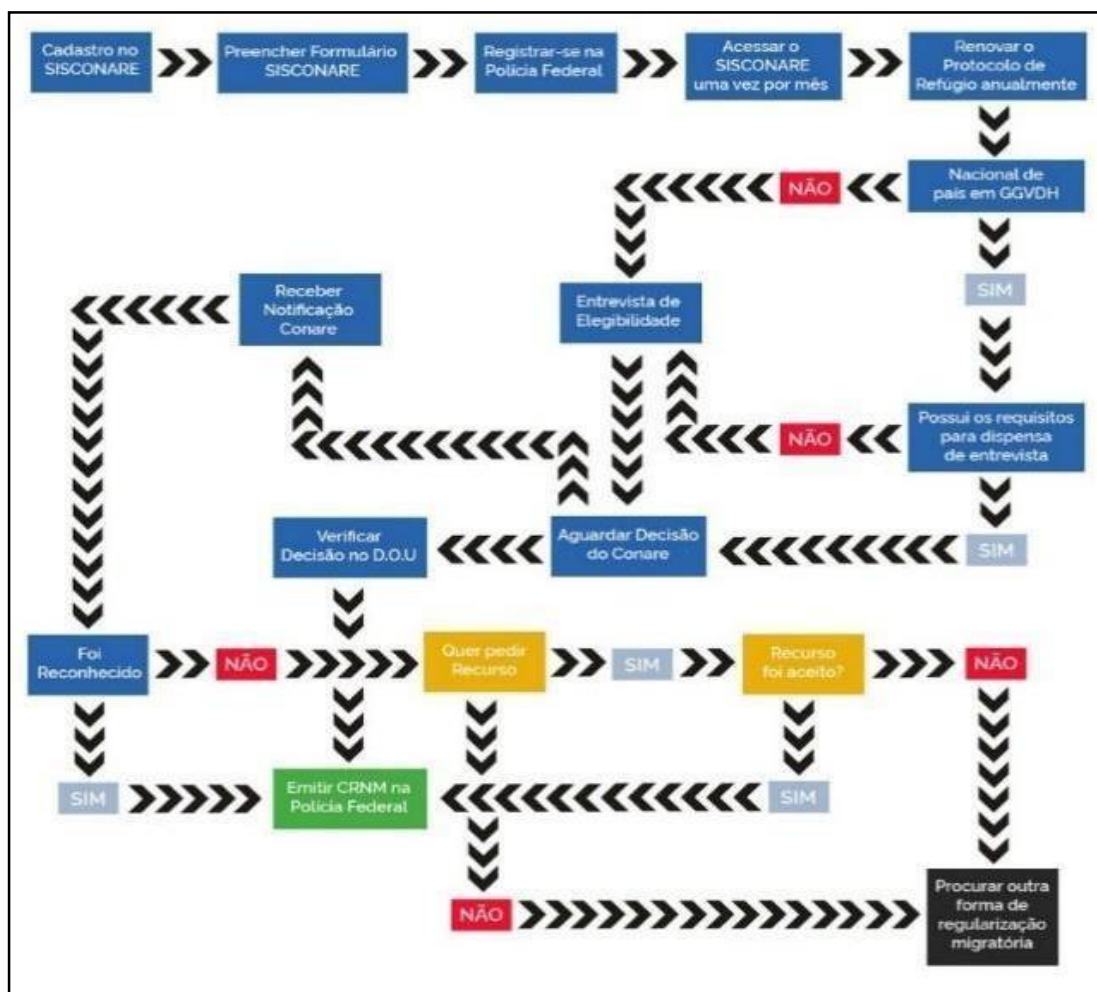
Feito isso, o solicitante de refúgio deve acessar ao Sisconare, segundo as orientações referentes a solicitação de dados pelo MJSP, pelo menos mensalmente, para acompanhar se houve mudanças. É importante mencionar que, muitas vezes, a pessoa que busca refúgio não tem condições de acessar à internet, principalmente em sites como o Sisconare e as informações estão apenas em português, o que pode ser uma dificuldade para tal procedimento. O Protocolo de Refúgio precisa ser renovado anualmente, este procedimento é feito na Polícia Federal. Dois pontos são relevantes, pois se a renovação não ocorrer em seis meses o processo será extinto, logo, precisa-se fazer um novo pedido e a expiração da validade acarreta uma situação irregular no país, com perda de direitos (MJSP).

A sexta etapa trata-se da entrevista de elegibilidade. Nesse momento, a pessoa apresenta os motivos de sua solicitação e o porquê da necessidade de proteção internacional. Segundo Waldely e Figueira (2018), essa etapa do processo de solicitação de refúgio implica a necessidade de uma narrativa que seja verossímil e que seja condizente com o que o órgão

decisório sabe a respeito do país de origem. Nesse momento, analisa-se a consistência da narrativa, além de fazer uma comparação das informações apresentadas durante o relato e as informações existentes sobre o seu país. Jubilit e Pereira (2022) ressaltam que há poucos intérpretes voluntários disponíveis para atuar nas entrevistas, por isso, muitas vezes, outros refugiados, que já vivem no país, acabam participando para fazer essa tradução.

Feita a entrevista, é preciso esperar a decisão do CONARE e não há prazo para a espera. Quando é decidido, o solicitante recebe uma notificação pelo Sisconare, com a notificação de reconhecimento da condição de refugiado, dirige-se à Polícia Federal e recebe a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), sendo reconhecida como pessoa refugiada (MJSPA).

Figura 5 - Etapas do processo de refúgio



Fonte: Gov.br (s/d).

Segundo as informações do Ministério da Justiça, pode-se solicitar também a extensão dos efeitos da condição de refugiado para familiares. Isso é feito através de documentos, após

a decisão do processo de solicitação de refúgio. Esse tipo de solicitação pode ter problemas, principalmente, se houver dificuldade para comprovar o vínculo familiar ou a dependência econômica. Se deferido o pedido, os familiares também recebem a CRNM na Polícia Federal.

Waldely e Figueira (2018) afirmam que, no governo brasileiro, há um controle para evitar a entrada de grandes grupos de migrantes. O processo denominado como elegibilidade define que somente aquele que for realmente refugiado receberá o direito, assim, a condição de refúgio é construída pelo Estado e validada por ele. O CONARE seleciona as histórias e classifica-as de acordo com os indícios de verdade ou mentira. Para Jubilut e Pereira (2022), por muito tempo, houve negligência do CONARE em fundamentar as decisões negadas para o direito ao refúgio. Atualmente, houve melhorias em detalhar as razões, mas ainda é preciso mudanças para que o solicitante de refúgio compreenda o porquê do deferimento ou indeferimento.

Observa-se que o Estado atua para garantir o direito ao refúgio através das instituições da sociedade civil, porém, ele também pode ser o agente que vai retirar direitos daqueles que solicitam refúgio no país. Segundo Facundo (2014), o caráter “humanitário” das ações de refúgio incluem também um cálculo de contenção, sendo assim algumas solicitações serão negadas enquanto outras serão aceitas.

Assim, “o humanitário” não é só a “parte social do atendimento”, mas também esse jogo complexo e esse ajuste permanente entre, de uma parte, “os serviços de acolhida e a defesa dos direitos humanos” e, de outra, os cálculos de contenção e as medidas para filtrar os indesejados (FACUNDO, 2014, p.118).

É importante mencionar que no Brasil existem alguns conselhos e comitês locais e regionais para refugiados, para elaboração e implementação de políticas, além do CONARE. Dentre eles, pode-se destacar o Comitê Estadual para Refugiados e Migrantes no Estado de Paraná (Cerm); Conselho Estadual dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná (Cerma); Comitê Estadual de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas no Rio Grande do Sul (Comirat-RS); Comitê Estadual de Atenção à Migração, Refúgio e Apátridas, Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e Erradicação do Trabalho Escravo de Minas Gerais (Comirate-MG); Comitê Estadual Intersectorial de Políticas de Atenção aos Refugiados Migrantes (Ceiparm/RJ). Em São Paulo, tem o Comitê Estadual para Refugiados (CER) e o Conselho Municipal de Imigrantes; Plano Estadual para Atenção aos Migrantes e Refugiados; Comitê Estadual para Refugiados, Migrantes e Apátridas. No Estado do Mato Grosso do Sul, Comitê Estadual para Refugiados Migrantes e Apátridas no

MS (Cerma/MS) e Comitê Intersetorial de Política Estadual para Migração e Vítimas de Tráfico de Pessoas no Estado de Goiás (ACNUR, [s/d]).

Segundo Jubilut e Pereira (2022), o procedimento de refúgio é feito de forma individual, entretanto, a partir de 2019, o Brasil, devido à situação que vem ocorrendo na Venezuela, passou a reconhecer o direito de refúgio em grupo por causa do intenso fluxo de pessoas dessa região. Assim, os procedimentos ocorrem de forma mais simplificada. Esse tipo de reconhecimento é denominado *prima facie*, no qual dispensa-se a realização de entrevistas. Tal direito também foi estendido para outros países, onde se considera que há grave violação de Direitos Humanos, como a Síria e Afeganistão. Na nota Técnica n.º 3/2019 do CONARE, que garantiu esse direito para Venezuelanos, o Comitê decide:

- a) Adotar procedimentos simplificados para a tramitação dos processos de reconhecimento da condição de refugiado de nacionais venezuelanos;
- b) Que seja mantida a indispensabilidade de entrevista de elegibilidade, devendo esta ocorrer ainda que de maneira simplificada;
- c) Que seja mantida a indispensabilidade de verificação de excludentes, com base no art. 3º da Lei nº 9.474/97. Sobre este ponto, mister recordar também que a nota de orientação do Acnur reconhece que a condição de refugiado conforme Cartagena não se aplicaria a membros de grupos e megabandas, entre outros grupos de guerrilha urbana, bem como membros de grupos criminosos organizados e pessoas que se beneficiam materialmente das circunstâncias na Venezuela;
- d) Que seja mantida a indispensabilidade de verificação de óbices, por parte de qualquer instituição ou de indivíduo;
- e) Que seja mantida a indispensabilidade de verificação de permanência em território nacional, inclusive podendo ser provada por meio de entrevista complementar; e
- f) Por fim, considerando as mudanças no contexto interno do país, que a atualização da decisão seja feita, no mínimo, após transcorridos 12 meses, a contar da data de decisão inicial pelo Comitê Nacional para os Refugiados, com a ressalva de que pode ser feita a qualquer momento caso haja mudança no contexto fático do país (CONARE, 2019).

Ademais, conforme já mencionado no início do capítulo, outra legislação importante no âmbito do refúgio e da migração é a Lei de Migração, nº 13.445/2017, que foi regulamentada pelo Decreto nº 9.199 de 20 de Novembro de 2017, conforme aponta Rezende(2021). Tal lei teve como objetivo definir os direitos e deveres dos migrantes (tanto dos imigrantes, quanto dos emigrantes brasileiros e apátridas) e dos visitantes no país, além disso, ela regula a entrada e estadia dessas pessoas no país, evidenciando os Direitos Humanos. Nessa lei, foi apresentada uma inovação, ao substituir o termo estrangeiro, a qual tinha caráter preconceituoso e excludente. Na Lei de Migração, define-se quem é imigrante, emigrante, residente, visitante e apátrida. Como pode se observar a seguir:

1º Para os fins desta Lei, considera-se:

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

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

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

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

VI - Apátrida: pessoa que não seja considerada como nacional por nenhum Estado, segundo a sua legislação, nos termos da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas, de 1954, promulgada pelo Decreto nº 4.246, de 22 de maio de 2002, ou assim reconhecida pelo Estado brasileiro (LEI Nº 13.445, 2017, art. 1º).

Na Lei de Migração, define-se no artigo 4º, que o migrante no território nacional deve viver em condições de igualdade com os nacionais, sendo garantida a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, além de outros direitos que também estão definidos na Constituição Federal de 1988, no rol direitos fundamentais. Rezende (2021) afirma que são garantidos também direitos como o acesso aos serviços públicos de saúde, assistência social e previdência social, justiça, educação, entre outros.

Nos últimos anos, vem ocorrendo um processo de feminização do refúgio, que se verifica nos dados internacionais de deslocamentos e no Brasil, tal fato traz um novo desafio, pois é preciso que as refugiadas e migrantes tenham acesso aos direitos sociais. Todavia, no Brasil, mesmo com direitos e proteções previstos nas leis, as mulheres ainda vivem com problemas como a violência de gênero, pobreza e desigualdade.

3.2.

Direito sociais para as mulheres refugiadas no Brasil

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo período na sociedade brasileira. Definiu-se que os direitos fundamentais, conforme aponta o Supremo Tribunal Federal (STF), devem ser estendidos também para os que não são brasileiros. Os direitos fundamentais são indisponíveis e essenciais aos cidadãos, estão distribuídos em direitos individuais; direitos coletivos; direitos sociais; direitos à nacionalidade, e direitos políticos, este último não é garantido aos migrantes e refugiados (SIMÕES, 2012).

Entre os direitos que devem ser estendidos aos refugiados estão também os chamados direitos sociais, que estão inscritos no artigo 6º da Constituição Federal e, como

afirma Simões (2012) possuem relação com os direitos da seguridade social, “[...] são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, art. 6º).

As mulheres também conquistaram direitos específicos com a Constituição Federal de 1988, muitos deles foram resultados das lutas que se estabeleceram nos anos 70 com os movimentos feministas. As principais conquistas, segundo Piovesan (2008), são no âmbito da família, o reconhecimento da união estável como uma entidade familiar; a proibição da discriminação no mercado de trabalho devido ao sexo e por seu estado civil³⁶; além da proibição de práticas abusivas como atestado de gravidez e esterilização; a proteção à mulher no mercado de trabalho com incentivos específicos, estabelecendo regras sobre o acesso delas no mercado de trabalho; o Planejamento Familiar³⁷ como uma decisão do casal; e o dever do Estado de proteger e coibir a violência nas relações familiares.

Para Piovesan (2008), muitas dessas proteções às mulheres têm influência de documentos internacionais como Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, de 1979; a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena, de 1993; o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994 e; a Declaração e a Plataforma de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim, de 1995.

Vale destacar que uma das importantes conquistas referentes à proteção à mulher no Brasil foi a Lei Maria da Penha. Lisboa e Zucco (2022) apontam que a Lei 11.340/2006, chamada “Lei Maria da Penha”, trata-se uma das leis voltadas para proteção à mulher melhor elaboradas em nível mundial. É uma Lei punitiva, mas que também, como apontam as autoras, traz a construção de uma rede de políticas sociais públicas para proteção, prevenção e enfrentamento às violências de gênero contra mulheres.

Para Lisboa e Zucco (2022), algumas questões importantes devem ser analisadas na Lei Maria da Penha. Nela, compreende-se “gênero” a partir de uma perspectiva relacional, portanto, não se limita às relações entre homens e mulheres, inclui também outras orientações sexuais. A Lei traz a ideia de educação para os agressores que, muitas vezes, serão encaminhados para programas de ressocialização. Para o combate à violência de gênero,

³⁶ Em 2023, o PL 1.085/2023 estabelece que a igualdade salarial é obrigatória e deverá ser garantida por meio de mecanismos de transparência salarial e de remuneração a serem seguidos pelas empresas, pelo aumento da fiscalização e pela aplicação de multa (MINISTÉRIO DAS MULHERES, 2023).

³⁷ A Lei 14.443 de 2022 definiu que não é mais necessário o aval do cônjuge para a realização dos procedimentos de laqueaduras e vasectomias.

segundo Lisboa e Zucco (2022), deve haver envolvimento de diferentes setores da sociedade. A violência passa a ser entendida como algo da esfera pública, portanto, deve ter intervenção da segurança pública, do judiciário, da assistência social e da saúde. Para o combate e atendimento às vítimas, aponta-se que deve ter uma rede de serviços.

Embora exista um aparato de leis para proteção às mulheres no Brasil, o país está em 80º lugar no ranking do *Women, Peace and Security Index (WPS Index)*, em 2022, ocupando a pior pontuação entre os países da América e Caribe nos temas como representação parlamentar, por exemplo, além de justiça e segurança. No Atlas da Violência (2022), constatou-se que houve um aumento de 6,1% na taxa de homicídios de mulheres na residência e uma diminuição de 28,1% fora dele, logo, a residência passou a ser um lugar de maior insegurança para as mulheres.

Em 2019, 66% das mulheres assassinadas eram negras, o risco de uma mulher negra ser vítima de homicídio era de 1,7%, portanto, para cada mulher branca morta, morrem quase duas negras. Assim, denota-se que a violência contra mulher no Brasil possui uma dimensão relacionada à classe e à raça, com resquícios da construção histórica do país, baseada em uma economia escravista.

Segundo o Atlas da Violência (2022), estima-se 822 mil casos de estupro por ano. Desses, apenas 8,5% foram registrados na polícia e 4,2% atendidos pelos serviços de saúde. Os principais registros sobre o perfil dos agressores foram respectivamente: cônjuge ou companheiro(a); parceiro(a) ou namorado(a) (atuais ou ex) (45,6%); amigo(a), colega ou vizinho(a) (15,4%); pessoa desconhecida (21,8%) e; outro (17,1%). As maiores vítimas são mulheres de 11 a 20 anos de idade.

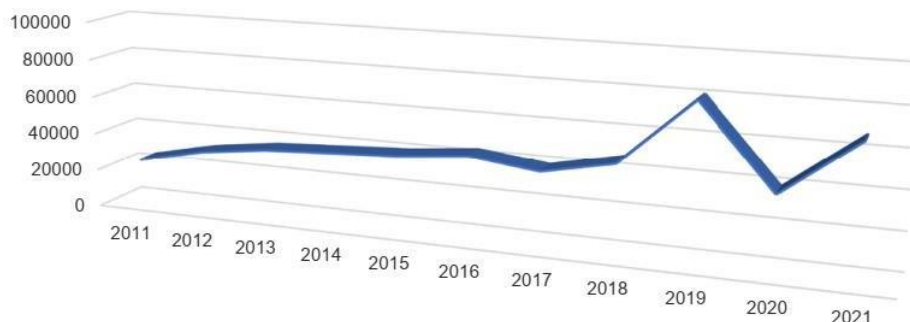
O que existe no Brasil, atualmente, são resquícios do período de escravismo que o país viveu (1535 – 1888). Embora tenha acabado a escravização o instinto opressor do senhor de escravos permaneceu, a ideia de superioridade imposta ao negro, ao mestiço e ao indígena são heranças do passado colonial escravista. O Brasil foi colonizado para facilitar os interesses mercantilistas, transformando o país num imenso galpão fornecedor de riquezas para os outros países e isso nos afeta até hoje. Durante a escravidão, já era possível ver que as relações tinham caráter de classe, raça e gênero, quando se analisa as relações sexuais que ocorriam entre o colono branco com a mulher escrava, relações que estavam muito longe de elevarem essa mulher a uma condição de dignidade e ascensão moral. A função sexual da mulher escrava não ultrapassava o nível “primário” e puramente animal do contato sexual. Essa sociedade colonial se manteve por esses laços econômicos e sexuais (MAZZEO, 2015; PRADO JR, 2011).

Costa (2017), afirma que, com o fim da escravidão, os negros tiveram uma “liberdade cativa”, ou seja, vítimas da pobreza, sem acesso ao ensino básico, ou a de outros mecanismos de mobilidade social, como o acesso ao crédito, à terra ou mesmo à proteção legal. A população negra, em especial as mulheres, vivem cada vez mais precarizadas.

Se por um lado as mulheres no Brasil têm seus direitos definidos juridicamente, o que não acontece em alguns países do mundo, e isso configura-se como um avanço, por outro, vive-se muitas violações dos direitos das mulheres, como é possível observar nos dados apresentados. Essas violações ultrapassam a esfera da violência contra mulher e das desigualdades de gênero e podem ser vistas também com o empobrecimento feminino e a falta de acesso às políticas públicas. Como mostram os dados, no Brasil, 63% das casas são chefiadas por mulheres negras que vivem abaixo da linha da pobreza, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (CARTA CAPITAL, 2019).

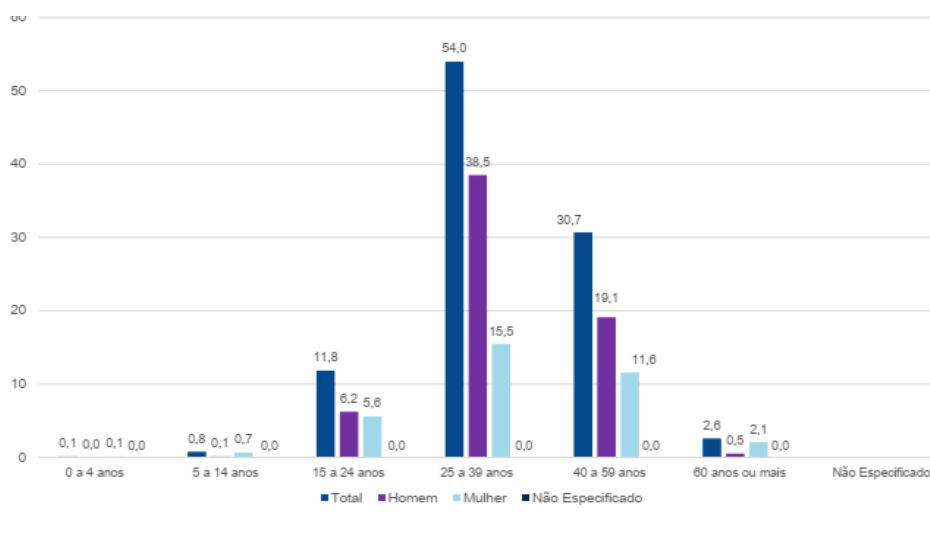
Com a chegada de mulheres refugiadas e migrantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, no Brasil, nos últimos anos, um novo desafio foi colocado para aqueles que atuam com políticas públicas, pois elas estão inseridas nesse contexto de pobreza, desigualdades e violência. A partir disso, Cavalcanti et al. (2022) afirmam que, no período de 2010 a 2015, as migrações no Brasil ainda eram predominantemente masculinas, já os últimos sete anos foram marcados pelo processo de feminização do refúgio e isso vem crescendo anualmente. Em 2020 e em 2021, houve uma redução das migrações femininas e isso pode estar relacionado à pandemia da COVID 19. A femininização da migração no Brasil tem relação com o aumento de mulheres provenientes do Sul Global.

Sobre os dados analisados nos últimos anos obtidos pelo OBMigra, Cavalcanti et al. (2022) apontam que, em 2011, contabilizou-se 74.339 registros de pedidos de refúgio no SisMigra, desses 24.262 (32%) eram mulheres. Em 2021, dez anos depois, foram contabilizados 151.155 imigrantes, entre esses, os registros de mulheres correspondiam a 67.772 (44,8%), quase o dobro do que se contabilizou em 2011. Vale ressaltar que 2019 foi o ano com o maior número de registro de mulheres solicitando refúgio, 80.711, conforme apontado no Figura 6.

Figura 6 - Número total de mulheres imigrantes registradas no Brasil - 2011 a 2021

Fonte: CG-CONARE/MJSP (2021 apud OBMigra, 2022, p.3).

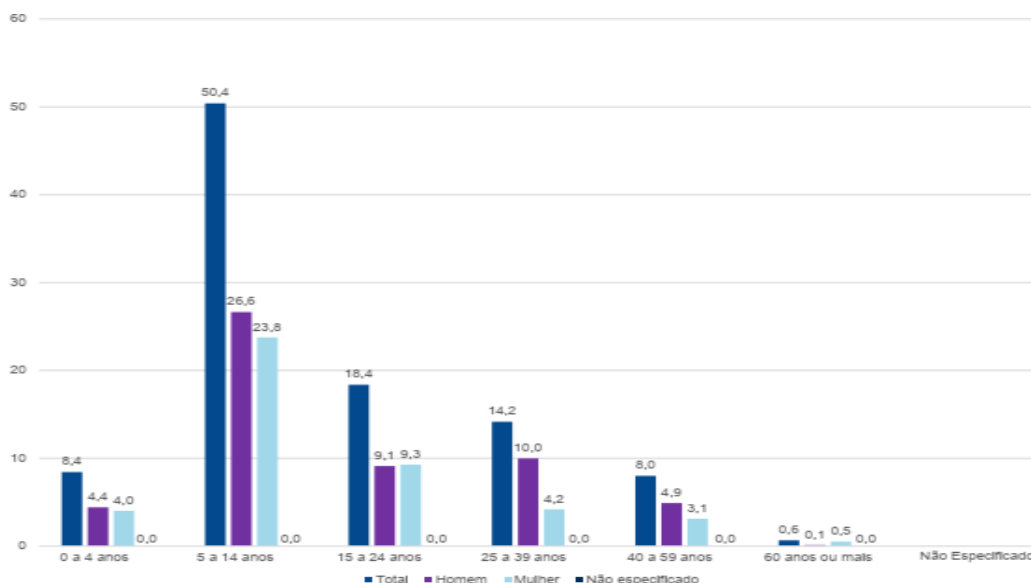
Sobre distribuição relativa dos processos de solicitação de reconhecimento da condição de refugiado deferidos, por sexo, segundo grupos de idade, Junger et al. (2022) afirmam que foram reconhecidas 38,5% solicitações de homens e 15,5 % de mulheres. Em relação às mulheres, o maior número tinha a faixa etária de 25 a 39 anos (15,5%), 40 a 59 anos (11,6%) e 15 a 24 anos (5,6%). O maior número dos processos, em 2021, era composto de mulheres adultas, como é possível visualizar no Figura 7.

Figura 7 - Distribuição relativa dos processos de solicitação de reconhecimento da condição de refugiado deferidos, por sexo, segundo grupos de idade, Brasil - 2021

Fonte: CG-CONARE/MJSP (2021 apud OBMigra, 2022, p.33).

Em conformidade com Junger et al. (2022), ao analisar a proporção de refugiadas reconhecidas por sexo, segundo o grupo de idade em 2021, notou-se que, diferentemente dos processos de solicitação de reconhecimento da condição, a maior parte dos reconhecimentos de refúgio entre as mulheres foi na faixa etária de 5 a 14 anos (23,8%); 15 a 24 anos (9,3%) e na faixa etária de 25 a 39 anos (4,2%), isso fica evidente no Figura 8.

Figura 8 - Proporção de refugiados reconhecidos, por sexo, segundo grupos de idade, Brasil – 2021



Fonte: CG-CONARE/MJSP (2021 apud OBMigra, 2022, p.35).

O principal motivo para a busca de refúgio, tanto de homens quanto de mulheres, foi devido à opinião política (46,9%), à Grave e Generalizada Violação dos Direitos Humanos (GGVDH) (31,5%), ao Grupo Social (12,9%) e à Religião (3,5%). As principais solicitações eram de iraquianas (76,4%) e nicaraguenses (58,8%) e havia outras nacionalidades com quantidade inexpressiva. Um fato que merece destaque, foram os indeferimentos de pedidos de refúgio, observou-se que a maioria foi de refugiados provenientes de países da África: Angola (24,6%), Guiné Bissau (12,2%), Cuba (9,9%), Líbano (8,4 %) e República Democrática do Congo (4,5%). Estes dados não possuem análise de sexo e idade (JUNGER ET AL., 2022).

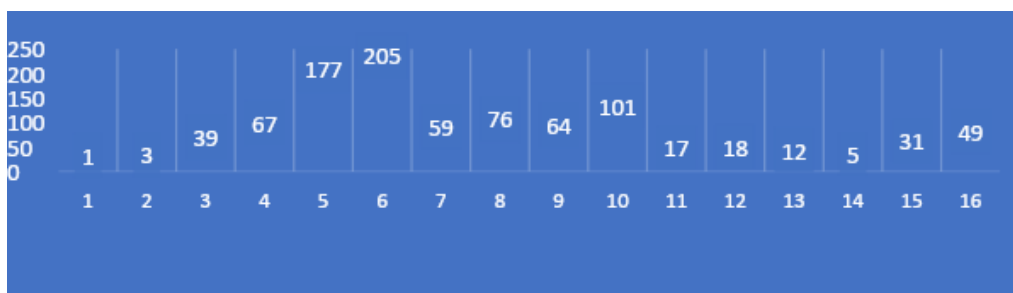
No que concerne aos congoleses³⁸, Junger et al. (2022) afirmam que, entre 2011 até 2021, foram reconhecidas 1.078 solicitações de refúgio. Ao analisar os dados sobre

³⁸ Embora os direitos estabelecidos na legislação brasileira sejam garantidos também para os migrantes e refugiados, na prática, isso não tem se materializado. Nascimento (2021). ao apresentar um estudo sobre diásporas congolesas: o acesso às políticas públicas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro aponta algumas questões. A autora afirma que os refugiados e migrantes congoleses ainda sofrem com desinformação sobre os direitos trabalhistas, assim acabam sendo submetidos à condição de trabalho análoga à escravidão; alguns congoleses têm nível superior, mas não ocupam os cargos em sua formação; a pandemia resultou na ausência de

solicitações de refúgio de congoleses por sexo, no período de 2015-2022, a partir do DataMigra, é possível notar que, nos últimos sete anos, houve um período com mais solicitações de congolesas e que há uma redução nos últimos anos.

O ano de 2017 foi o que teve maior número de solicitações de refúgio por congolesas (177); em 2018, ano de eleição para Presidente da República no Brasil, houve uma redução nas solicitações femininas (59); nos anos de pandemia, 2020 e 2021, houve uma contração ainda maior e; em 2022, voltou a ter um crescimento nas solicitações de refúgio das congolesas (DataMigra, 2022).

Figura 9 - Solicitações de refúgio de congoleses por sexo - 2015-2022



Fonte: DATA MIGRA, 2022.

Ao observar os dados apresentados, confirma-se a continuidade do processo de feminização do refúgio, que vem crescendo no país, e parece ser uma realidade que continuará no futuro, embora os homens ainda sejam a maioria. Também se entende que há várias nacionalidades, o que implica em especificidades das mulheres conforme o país de origem.

Diante disso, os organismos internacionais, como o ACNUR, têm realizado ações que buscam atender às mulheres refugiadas e migrantes que vivem no Brasil. Trata-se de medidas ainda focalizadas, mas que buscam, de alguma forma, proteção e trabalham com a ideia de empoderamento junto às mulheres, cujo objetivo é dar poder e garantir que as mulheres estejam cientes dos seus direitos. A finalidade das ações do ACNUR é garantir acolhimento emergencial, moradia segura, acesso a direitos e assistência às mulheres, meninas e população LGBTQIA+, que se encontram em situação de risco (ACNUR).

renda de muitos refugiados; há dificuldade ao acesso à habitação; a política de assistência tem sido essencial para que eles acessem a direitos como o auxílio-emergência; e o racismo e o preconceito aparecem principalmente durante o trabalho.

Tais ações têm como alvo também possibilitar que as mulheres refugiadas acessem a serviços como o SUS, as delegacias, a assistência social, os serviços de saúde mental e abrigos. Uma questão importante é o direito ao auxílio chamado *Cash Based Intervention*, recurso financeiro para refugiados. Outras medidas importantes identificadas são a Plataforma Empresa com Refugiados e o Programa Empoderando Refugiadas³⁹, que possuem parceria com o Pacto Global. Além disso, as ações promovidas pelas instituições ligadas ao ACNUR têm buscado capacitar as mulheres refugiadas para que elas possam realizar denúncias sobre violações de direitos, como a violência doméstica, compreendendo principalmente a importância de leis como a Maria da Penha.

Cabe ressaltar que as mulheres refugiadas ou migrantes, além das diversas formas de violência que elas são submetidas no país de origem e durante o processo de busca por refúgio, deparam-se com as desigualdades (outra forma de violência) no país em que se dirigem. Segundo as informações da reportagem na revista “AzMina”, cujo título é “Mulheres que correm o mundo”, em 2019, as mulheres refugiadas e migrantes provenientes de países africanos quando chegam ao Brasil, precisam lidar com uma nova realidade ao descobrir-se negra, estrangeira, imigrante, desempregada e vulneráveis (AZMINA, 2019).

Ademais, em 2023, foi criada a portaria MJSP nº 290, em 23 de Janeiro, responsável por criar o Grupo de Trabalho (GT) que tem como o objetivo regulamentar o art. 120⁴⁰ da Lei de Migrações Brasileira. Busca-se com essa medida construir uma política migratória plural, abrangente e acolhedora, que vá além de um atendimento emergencial. O GT foi dividido em 5 eixos de trabalho: Regularização Migratória; Integração local; Promoção e proteção de Direitos, combate à xenofobia e ao racismo; Participação Social e Relações Internacionais e Interculturalidade. No eixo 3, “Promoção e proteção de Direitos, combate à xenofobia e ao racismo” é possível observar ações mais direcionadas para as mulheres, entre os temas do GT, destacam-se a violência de gênero no contexto das situações de migração, refúgio e apátrida; e raça, gênero e classe no contexto dos fluxos migratórios do antropoceno (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, ano).

³⁹ Trata-se de uma iniciativa que envolve o ACNUR, a Rede Brasil do Pacto Global e a ONU Mulheres, criado em 2015. O foco é a empregabilidade das mulheres refugiadas, solicitantes de refúgio e das migrantes. As primeiras iniciativas atenderam mulheres provenientes da Síria, RDC e após 2019, que conta com uma turma em Boa Vista, devido ao aumento do fluxo de venezuelanas. Conta ainda com apoio da Operação Acolhida. O objetivo do programa é promover capacitação das participantes, a fim de que elas tenham acesso ao mercado de trabalho brasileiro, facilidade com a adaptação cultural e laboral no país, promoção da contratação formal de refugiadas, sua educação financeira e empoderamento econômico, além de fomentar a sensibilização do setor privado (ACNUR).

⁴⁰ “Art. 120. A Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apátrida terá a finalidade de coordenar e articular ações setoriais implementadas pelo Poder Executivo federal em regime de cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com participação de organizações da sociedade civil, organismos internacionais e entidades privadas, conforme regulamento” (Brasil, 2017). (Lei nº 13.445 de 24 de Maio de 2017, art. 120).

Outra medida importante para as mulheres refugiadas e migrantes foi realizada em 2023. O CONARE aprovou o reconhecimento *prima facie* da condição de refugiadas meninas e mulheres nacionais de países com alta prevalência de prática de Corte ou Mutilação Genital Feminina (C/MGF). A medida tem relação com o Programa de Aceleração de Políticas de Refúgio para Afrodescendentes⁴¹, lançada em janeiro de 2023, já que as mulheres negras são as maiores vítimas deste tipo de violência (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICOS, s/a).

O ACNUR afirma que os refugiados, tanto homens como as mulheres devem ter direitos assegurados no Brasil, como a: não devolução, não ser discriminado, trabalho, livre trânsito pelo território brasileiro, não sofrer violência sexual ou de gênero, saúde, educação, praticar livremente sua religião, flexibilização nas exigências para apresentação de documentos do país de origem, documentação, residência permanente e reunião familiar (ACNUR). A partir disso, no próximo item, busca-se analisar a política de saúde no Brasil apontando a importância da universalidade e do acesso das pessoas refugiadas aos serviços de saúde.

3.2.1.

Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade e o acesso de pessoas refugiadas à saúde

O SUS configura-se como um grande avanço na história da política de saúde no Brasil, Giovanella et al. (2018) ressaltam que o Brasil é o único país capitalista da América Latina que possui um sistema de saúde cujo modelo é público-universal. Trata-se de uma política que foi resultado do processo de luta, conhecido como movimento de Reforma Sanitária, que buscava um sistema universal de saúde para atender toda a população, e teve início nas décadas de 1970 e 1980.

Segundo Paim (2015), a saúde está definida na Constituição Federal de 1988. No artigo 196, afirma-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, deve ser garantida através de políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de doenças e outros

⁴¹ O Programa de Atenção e Aceleração de Políticas de Refúgio para Pessoas Afrodescendentes é uma medida promovida pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública em 2023, que busca acelerar políticas de refúgio voltadas para migrantes, especialmente de países da África, Haiti e Cuba. Foi lançado juntamente com o Observatório Moïse Kabagambe – Observatório da Violência contra Refugiados (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2023; MIGRAMUNDO, 2023).

agravos. Nesse artigo, definiu-se que a saúde é um direito universal e igualitário com três finalidades: promoção, proteção e recuperação.

O conceito ampliado de saúde foi uma conquista alcançada na VIII Conferência de Saúde, em 1986, que configura um grande avanço, visto que a doença não é mais compreendida como um conceito meramente biológico. Deve-se levar em consideração as condições materiais de vida da população, pois essas interferem na saúde dos indivíduos, causando o surgimento de doenças ou o agravamento da saúde.

Em seu conceito mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (RELATÓRIO DA VIII CNS, 1986, p.4).

O SUS começou a ser implantado na década de 1990, com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, formada pela Lei n.8.080 de setembro de 1990, que dá materialidade ao SUS, e pela lei n.8.142 de 28 de dezembro de 1990, que define como a comunidade deve participar da gestão do SUS. Essa última, aborda também as transferências de recursos da saúde entre os governos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Segundo a Lei 8.080/1990, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. O SUS é composto por serviços públicos e pela rede privada, que deve atuar apenas de forma complementar, com serviços privados, formados principalmente por hospitais, unidades de diagnose e terapia, os quais são remunerados através de tributos destinados a saúde (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2012).

Nesse contexto, é importante compreender o que são os princípios e as diretrizes definidos na Lei 8.080/1990. Para Matta (2007), princípios são definidos como aquilo que serve de base, um alicerce e representa os valores, os preceitos e as bandeiras que sustentam o SUS. Já as diretrizes são os meios, as normas que o SUS utiliza para atingir seus objetivos. Os princípios e diretrizes são articulados. O SUS fundamenta-se nas diretrizes que são definidas como descentralização, participação da comunidade, regionalização e a hierarquização. Os princípios doutrinários do SUS são definidos como equidade, integralidade das ações de saúde e a universalidade.

A descentralização tem como objetivo a garantia de que o SUS esteja em conformidade com as diversidades do país. A gestão do sistema de saúde é realizada em cada Município e Estado; o Distrito Federal tem o poder de tomar as decisões juntamente com as Secretarias de Saúde, enquanto o Ministério da Saúde tem o papel de coordenar a atuação do sistema em nível Federal. A descentralização possui um comando único em cada esfera do governo e os recursos financeiros também devem ser descentralizados (PAIM, 2009).

Noronha, Lima e Machado (2012) apontam que a ênfase é na descentralização dos serviços para os Municípios e na regionalização e hierarquização da rede de saúde. Essa diretriz possibilitou que a importância dos Municípios e Estados fossem reforçadas. Com a descentralização tornou-se possível “[...] promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, P.368).

Matta (2007) afirma que na Norma Operacional Básica 1998 (NOB/98) foram definidas as responsabilidades de cada esfera do governo. Embora essas definições estejam na Lei 8.080, na NOB 98, houve uma maior especificação, trazendo mais detalhes das atribuições de cada ente. Vale ressaltar que a descentralização no SUS é diferente daquela proposta pelo ideário neoliberal.

[...] Apesar de todos os mecanismos de desconcentração política e administrativa do SUS, o papel da União na indução de políticas e organização do modelo de atenção, por meio, principalmente, de incentivos financeiros, tem concentrado poder e decisão nessa esfera de governo. O papel dos estados na gestão do processo de municipalização tem-se tornado mais burocrático que aglutinador de estratégias de negociação e fortalecimento por meio de pactos e convênios que fortaleçam a rede de ações e serviços de seus municípios (MATTA, 2007, p.74).

A diretriz de participação da comunidade, foi recomendada pela OMS e elaborada a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata em 1978. Segundo Matta (2007) a participação popular é considerada um dos marcos históricos da Reforma Sanitária brasileira, tem como horizonte a garantia da democratização dos serviços e das decisões relativas à saúde e busca assegurar o controle social sobre a política. A comunidade deve então ocupar os espaços referentes à identificação de problemas e a participar das soluções propostas (MATTA, 2007; TEIXEIRA, 2011). Para Noronha, Lima e Machado (2012) essa diretriz se materializa também através da realização das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, que são canais que possibilitam diálogo e interação entre os gestores, profissionais e a população.

Já a regionalização e a hierarquização, segundo Matta (2007), preconizam a territorialização das ações de saúde, desse modo, é preciso ter foco no território, olhando o perfil populacional, os indicadores epidemiológicos e as condições de vida, esses fatores nortearão as ações e os serviços de saúde executados em uma determinada região. Portanto, essa diretriz vai trabalhar com a ideia de que é necessária uma aproximação com a Gestão Municipal, no que tange os problemas de saúde da população, é preciso que os serviços de saúde estejam cada vez mais próximos ao território.

A regionalização e hierarquização estão articuladas, logo, a regionalização deve ser norteadada pela hierarquização dos níveis de complexidade, conforme aponta Matta (2007). Destarte, Noronha, Lima e Machado (2012) e Matta (2007), analisam que essa diretriz aborda que os usuários devem ser encaminhados aos serviços de promoção e prevenção até para os de maior complexidade, com recursos de diagnósticos, internações e cirurgias, mas também é preciso que eles possam retornar à unidade básica de origem, fazendo a contrarreferência para acompanhamento.

[...] Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, p.369).

Sobre os princípios, a equidade tem como objetivo compreender as desigualdades presentes na saúde. Segundo Matta (2007), a equidade não significa igualdade, mas sim, tratar desigualmente o desigual, de modo que haja um olhar para as necessidades coletivas e individuais. Devido às desigualdades sociais em saúde, é preciso distribuir os serviços, priorizando os grupos cujas condições de vida e saúde são mais precárias. A solução que o sistema de saúde encontra é criar programas direcionados para determinados grupos mais específicos da sociedade como os indígenas, a população negra, a população LGBTQIA+, os refugiados, entre outros (TEIXEIRA, 2011).

Travassos e Castro (2012) afirmam que há duas dimensões na equidade. Uma refere-se à equidade horizontal, base para as normas do SUS, que busca a igualdade entre os iguais, nessa dimensão é importante estabelecer igualdade de utilização nos serviços de saúde para grupos cujas necessidades são iguais. A outra dimensão é a equidade vertical, que aborda a desigualdade entre os desiguais, as normas do SUS seguem essa abordagem principalmente quando se trata de financiamento, como aponta Escorel (2008). Segundo Paim (2010)

É possível distinguir a equidade horizontal e a equidade vertical baseadas na ideia aristotélica de justiça. A primeira diz respeito ao igual tratamento para iguais e a segunda supõe tratamento desigual para desiguais. Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (PAIM, 2010, p.4).

Para Escorel (2008), a equidade em saúde⁴² é um conceito que possui relações também com a noção de justiça social. Ao falar desse princípio é importante trazer à luz a discussão sobre as iniquidades em saúde, que diz respeito às diferenças consideradas injustas e indesejáveis, para a autora o termo possui uma dimensão ética e social. Travassos e Castro (2012) apontam que as iniquidades estão relacionadas às desigualdades, porém, nas condições de saúde e acesso aos serviços.

O princípio da integralidade é definido como “[...] um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Noronha; Lima; Machado, 2012, p.368). Para Pinheiro (2008), a integralidade visa a materialização da saúde como um direito e um serviço.

Para concretizar esse princípio, torna-se necessário investir em projetos e ações direcionados à população idosa, a portadores do HIV, a gestantes, à pessoa dependente de drogas, à pessoa com deficiência, e outros. Há também um enfoque na articulação dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde (alta, média e baixa complexidade), tendo como horizonte a racionalização do sistema e possibilitando a absorção das demandas da população que busca atendimento. A humanização passa a ser uma necessidade para o cumprimento desse princípio (TEIXEIRA, 2011).

Pinheiro (2008) aponta que a integralidade possui 3 sentidos. O primeiro diz respeito à boa medicina, logo, esse princípio seria importante para responder o sofrimento dos pacientes que buscam os serviços de saúde. As respostas não devem ser reduzidas às questões meramente biológicas, deve-se pensar nos usuários para além das demandas que aparecem explicitamente. O segundo sentido, entende refere-se à integralidade como uma forma de organizar as práticas, para tal propósito é preciso superar a fragmentação do sistema. Por último, a integralidade é compreendida como definição legal e institucional, sendo configurada como um “[...] conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e

⁴² Segundo Escorel o termo foi formulado por Margaret Whitehead.

curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (PINHEIRO, 2008, p.256).

No que diz respeito ao princípio da universalidade, de acordo com Teixeira (2011), entende-se que com a criação do SUS, todos passaram a ter o direito de acessar aos serviços de saúde sem exceções, isso inclui os brasileiros, refugiados, migrantes e até mesmo uma pessoa que está de passagem no país. Para compreender a discussão sobre a universalidade no SUS é importante retomar suas bases.

O direito universal à saúde está relacionado com a concepção de Estado de Bem-estar Social, baseado no modelo Beveridgiano, no qual o Estado desempenha um papel importante na administração e no financiamento, pois as despesas são pagas com os recursos arrecadados periodicamente. Há um compromisso geracional, já que os futuros usuários terão seu direito à Saúde assegurado, devido à contribuição dos mais velhos. Esse tipo de modelo de seguridade social tem relação com a cidadania universal, garantindo o direito à Saúde a todos os necessitados (MATTA, 2008; FLEURY; OUVERNEY, 2012). Segundo Fleury e Ouverney (2012), esse modelo trouxe, pela primeira vez, o entendimento de que a saúde é um direito universal de cidadania, assegurado pelo Estado, sendo base para a construção da ideia de universalidade do SUS.

Serapioni e Tesser (2019) afirmam que o modelo Beveridgiano⁴³ é representado na saúde pelo *National Health Service (NSH)*, instituído no Reino Unido, em 1948, após a Segunda Guerra Mundial e no contexto de desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social. Para Amorim e Perillo (2014), é um dos modelos de saúde mais antigos e que serviu de base para países como Brasil, Inglaterra, Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales.

Para Teixeira (2011), o cumprimento da universalização está relacionado também à eliminação de barreiras jurídicas, barreiras econômicas, sociais e culturais. Essas são colocadas entre os usuários da política de saúde e as instituições que disponibilizam serviços.

Assis e Jesus (2012) afirmam que, embora a Constituição de 1988 e a Lei 8.080/1990 assegurem Saúde como um direito universal garantido pelo Estado, é preciso compreender que a legislação foi apenas uma etapa alcançada para a construção do SUS. Logo, para que esse direito seja concretizado é necessário ter como alicerce um modelo social que tenha como fundamentos solidariedade humana e a igualdade social. Nota-se que existem fatores que são limitantes para a concretização do acesso universal à saúde, como a “[...] baixa

⁴³ Segundo Fleury e Ouverney (2012), o modelo Beveridgiano, foi resultado do chamado “Relatório Beveridge”, produzido em 1942, em que se recomendou que os cidadãos tivessem acesso ao sistema de segurança social. Esse modelo trouxe, pela primeira vez, a necessidade de entender que a Saúde é um direito universal de cidadania assegurado pelo Estado.

acessibilidade, sistema fragmentado, focalizado, ausência de hierarquia, descentralização e regionalização da rede de assistência, ausência de equidade, de acolhimento e permeando estes diversos fatores, a excludente capacidade financeira” (ASSIS; JESUS, 2012, p.2669).

Diante disso, é importante trazer à luz a análise sobre o conceito de acesso. O acesso segundo Giovanella e Fleury (1996); Starfield (2002); Travassos e Martins (2004) é a capacidade de um grupo buscar e obter atenção ou, como analisa Starfield (2002, p.225), “[...] o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”, sendo importante, assim, a efetividade do serviço. Starfield (2002) afirma que a acessibilidade, outro conceito, é o que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, é uma perspectiva da estrutura do sistema ou da unidade, ela é necessária para atingir o que se almeja no primeiro contato.

Na discussão internacional, Andersen (1995) aponta duas questões ao analisar o acesso aos serviços médicos: as características da população (rendimento familiar, cobertura de seguro, atitudes em relação aos cuidados médicos) e; o sistema de entrega (a distribuição e organização da mão de obra e das instalações, por exemplo). Para o autor, ao falar sobre acesso deve-se analisar os resultados e indicadores da passagem do indivíduo através do sistema, tais como a utilização, as taxas ou os índices de satisfação.

Os estudos sobre o acesso apontam a importância da disponibilidade financeira e os recursos do sistema de saúde em uma área, diante disso, é importante ressaltar que há desigualdades entre a área urbana e a rural. Para Andersen (1995), o acesso é sinônimo de disponibilidade de recursos. A população rural e urbana não tem acesso igualitário aos serviços de saúde. Logo, as zonas rurais são mais deficientes em relação aos recursos como médico, instalação e a capacidade de suportar os custos financeiros de uma doença. Travassos e Viacava (2007) compreendem que o menor acesso das populações rurais aos serviços de saúde privados está ligado à questões como o baixo poder aquisitivo e ausência de vínculo empregatício.

Sawyer (1982) afirma que o acesso aos serviços de saúde possui uma dimensão econômica, que deve ser analisada. No estudo apresentado por Sawyer (1982), observa-se que há evidente desigualdade entre a população de baixa renda e os que possuem melhores condições financeiras, trazendo reflexos quando ambos utilizam os serviços de saúde. Nota-se que em um sistema econômico, no qual tudo é mercadoria, a saúde também ganha esse *status*, sendo consumida também como um produto. Consequentemente, os que possuem melhores condições financeiras poderão acessar aos serviços de saúde de qualidade, enquanto aos que não estão nessa condição, resta os mínimos serviços e de menor qualidade.

Giovanella e Fleury (1996), utilizam o direito à saúde para falar sobre acesso, indicando que tal categoria é compreendida a partir do acesso, no entanto, esse não se restringe apenas ao atendimento do indivíduo em um serviço de saúde. O acesso, para as autoras, deve ser analisado de forma ampliada, pensando também a partir de questões como a distância e o tempo da população em relação às unidades de saúde; a oportunidade de ser atendido; a funcionalidade, que se refere à capacidade que os serviços de saúde possuem de resolver os problemas trazidos pela população; os custos, que podem ser definidos como diretos (da atenção) e indiretos (medicamento, salários, transporte); e aceitação do usuário ao modo da disponibilidade do serviço apresentado.

Ainda sobre os estudos sobre acesso, Barata (2009) apresenta a discussão sobre a influência das desigualdades sociais na saúde dos indivíduos. Para ela, na América Latina, a discussão sobre desigualdades está ancorada na teoria da Determinação Social da Saúde (DSS). As desigualdades em saúde são intrínsecas ao sistema capitalista de produção, nele, há maior ênfase para a acumulação do capital, distribuição do poder, prestígio e bens materiais. A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como determinantes do perfil da saúde e da doença, pois fatores sociais influenciam nela. Barata (2009) afirma que questões como o racismo estrutural, também é um limitador para o acesso, visto que a exposição às situações de discriminação e racismo estão associados a problemas de saúde, atingindo os indivíduos de forma aguda ou crônica.

Os efeitos da discriminação sobre a saúde decorrem de diferentes mecanismos que envolvem a segregação residencial e ocupacional, com aumento da probabilidade de viver em bairros sem acesso a condições mínimas de vida saudável; aumento do risco de exposições a contaminantes ambientais; acumulação das sensações de medo e raiva; aumento de comportamentos insalubres como consumo de álcool, drogas e tabaco; diagnósticos e tratamentos tardios ocasionados pela menor possibilidade de acesso aos serviços, agravada pela discriminação institucional (BARATA, 2009, p.67).

Pode-se visualizar o acesso à saúde de brasileiros, a partir dos dados apresentados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019. Na PNS (IBGE, 2019), notou-se que a região Sudeste tem o menor número de domicílios cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (51%). Identificou-se que 30,0% dos domicílios (quase 1/3) nunca receberam visita de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou de um membro da Equipe de Saúde da Família. Na região Sudeste, também há maior número de pessoas utilizando serviço privado de saúde (37,5%), a maioria são brancos (38,8%) com idade superior a 30 anos, não há grande disparidade entre os homens e mulheres quando se trata de utilização de serviços privados (IBGE, 2019).

Segundo a PNS (IBGE, 2019), na região Sudeste, 80% da população consultou um médico nos últimos 12 meses, 19,4% das pessoas não haviam se consultado com um médico nesse período. As mulheres (83,3%) foram as que mais buscaram atendimento médico, percentual superior ao dos homens (69,4%). Destaca-se que quem mais acessou aos serviços de saúde foram pessoas que se declararam brancas (79,4%), com nível superior completo (84,6%) e com 60 anos ou mais (86,9%). Ficou evidente também que a população rural é a que menos consultou um médico (68,6%), a população urbana (77,5%) é a que mais consegue ir aos serviços de saúde (IBGE, 2019).

Quanto maior o rendimento *per capita* domiciliar, mais as pessoas acessaram aos serviços de saúde. Sobre a população sem rendimentos, com até ¼ do salário-mínimo 67,6% utilizaram os serviços médicos, quando se tratou da população cujo rendimento foi maior que cinco salários-mínimos, identificou-se um total de 89,6% (IBGE, 2019).

Outra questão importante foi apresentada por Barata (2009). Segundo a autora, as relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social, mas também é preciso pensar a importância da estrutura social na vida dos sujeitos, conforme foi apontando anteriormente, como exemplo, cita-se que a violência doméstica não pode ser reduzida à perspectiva de classe social, mas sofre interferências dela, quando olhamos a cor e as condições econômicas das vítimas. O gênero também interfere na saúde dos indivíduos, Barata (2009) evidencia que as formas de nascer e morrer, a percepção da doença e até mesmo a busca por atendimento nos serviços de saúde mudam entre homens e mulheres.

Além disso, o acesso sofre interferências do contexto neoliberal, com o desmonte da política de saúde. Na década de 1990, após se estabelecer a Seguridade Social no Brasil, o país sofria reflexos da crise econômica, que se estabeleceu na década de 1980, considerada uma década perdida do ponto de vista econômico, mesmo sendo um período de conquistas democráticas em função das lutas sociais e da Constituição de 1988. A crise teve muitas consequências, ocasionou o aumento do desemprego, redução na taxa da economia e aumento da inflação (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Os anos 1990 foram marcados pela contrarreforma do Estado, como afirmam Behring e Boschetti (2010), resultando no desmonte das políticas sociais, como medida para reformular o Estado na lógica do capitalismo. Uma das soluções propostas na reforma do Estado era a entrega dos serviços públicos para os setores privados, pois afirmavam que esses têm maior capacidade de administrar e com eficiência. Os argumentos usados eram a necessidade de “[...] atrair capitais reduzindo a dívida externa, reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; atingir a

eficiência econômica das empresas que estariam sendo ineficientes nas mãos do estado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p.152-153).

Fiuza (2020) aponta as implicações do neoliberalismo para políticas sociais, uma vez que ele é representado pelo trinômio privatização, focalização e descentralização, abrindo novos espaços de valorização para o capital, transferindo para ele o fundo público e reduzindo a política social apenas para trabalhadores dos segmentos mais pauperizados. Nesse contexto, avançou no Brasil, então, a redução de recursos para o setor público com políticas de favorecimento para planos de saúde e para a educação privada, ressignificação da caridade por meio de programas como o Comunidade Solidária e a primeira rodada do que foi a contrarreforma permanente da Previdência Social.

Em relação à saúde dos refugiados e migrantes em nível internacional, Ventura e Yujra (2019) apontam que, em 2015, foi elaborada uma ação conjunta entre OMS e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), na qual afirma-se que os refugiados e solicitantes de refúgio devem ter acesso à saúde de forma equitativa e sem discriminação, e chamam atenção para importância da vacinação. Para as autoras, a parte mais importante das ações voltadas para a mobilidade humana poucas vezes inclui a saúde como uma questão central.

Em 2017, segundo Ventura e Yujra (2019), a OMS adotou prioridades e diretrizes para promoção da saúde de migrantes e refugiados definidos na resolução n.15 da Assembleia Mundial de Saúde. Nesse documento, a organização reconhece os princípios da igualdade, da não discriminação e do acesso equitativo aos serviços de saúde. Segundo a OMS, os sistemas de saúde nos Estados devem oferecer atenção compatível com a cultura, a língua, a idade e o sexo para refugiados e migrantes. No documento elaborado, ainda se ressalta que as doenças que afetam o público mencionado não devem ser motivadoras para que sejam promovidas ações arbitrárias de estigmatização ou deportação. Além disso, é necessária a participação dos migrantes e refugiados nos processos de tomada de decisões que são referentes a eles.

Em 2018, a OMS (2018) elaborou o documento cujo título é “Elaboração de um Projecto de Plano de Acção Mundial Para a Saúde dos Refugiados e dos Migrantes”, que traz princípios orientadores para saúde do público mencionado, são eles: o direito ao mais alto nível alcançável de saúde física e mental; a igualdade e não discriminação; o acesso equitativo aos serviços de saúde; os sistemas de saúde centrados nas pessoas, nos refugiados e nos migrantes, além de sensíveis ao gênero; as práticas de saúde não restritivas baseadas nas condições de saúde; as abordagens de globalidade do governo e de globalidade da sociedade; a participação e inclusão social dos refugiados e dos migrantes; ea parceria e cooperação.

Já o documento o Plano de Ação do México, sob o seguinte título, “Para Fortalecer a Proteção Internacional dos Refugiados na América Latina” (2004) - adotado durante a Reunião Comemorativa do Vigésimo Aniversário da Declaração de Cartagena sobre Refugiados, realizada na Cidade do México. Afirma-se que os serviços básicos de saúde, juntamente com o saneamento e educação, foram apontados, pelos representantes de governo, como as principais dificuldades locais e que são necessárias para promover uma resposta humanitária àqueles que necessitam de proteção internacional.

A OMS (2019) tem apontado a necessidade de os países olharem para as questões de saúde da população em deslocamento forçado, afirma-se que, na Europa, há falta de dados e de planos de saúde para migrantes e refugiados que representam 10% da população do continente. A informação foi apresentada no relatório produzido pela Região Europeia e, segundo a pesquisa, há uma incapacidade de assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde para refugiados e migrantes. É importante ressaltar, nesse caso, que mesmo nos países capitalistas com as maiores economias mundiais, ainda existe dificuldade de garantir o acesso, além disso os serviços de saúde não são universais.

No Brasil, segundo Lavor (2017), ainda não existe uma política nacional de atenção à saúde aos imigrantes e refugiados no Brasil, a qual, em 2013, estava em fase de implementação conforme informações da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS). A ausência de uma política nacional dificulta a atuação com refugiados e migrantes, visto que existem desafios que precisam ser superados pelos profissionais e usuários principalmente em relação à compreensão de outros idiomas e de outras culturas e, para Lavor (2017), isso, muitas vezes, reflete em uma “patologização” das diferenças.

Como avanço na construção de uma Política Nacional de Saúde para Migrantes e Refugiados, segundo reportagem da MigraMundo (2021), no ano de 2021, foi realizada a 1ª Plenária Nacional Sobre Saúde e Migração, com o tema Saúde e Migração em Tempos de Covid-19. A plenária teve a participação de diversas organizações, cujo objetivo era a criação de um espaço para escuta dos migrantes e das pessoas que atuam com eles. Entendeu-se que a saúde possui relações com as condições de vida (moradia, trabalho, renda, gênero e raça, educação etc.). A Plenária resultou na criação da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (Fenami), que, hoje, produz informações e dados sobre migração e saúde, e tem como alvo construir e propor uma Estratégia de Saúde para Migrantes.

Atualmente, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, são formadas por um conjunto de programas e ações governamentais de saúde que atendem grupos específicos da sociedade. Pode-se destacar como principais ações e grupos: a Saúde integral da

população negra; População em situação de rua; População do campo, da floresta e das águas e povos e comunidades tradicionais; Saúde do povo Cigano/Romani; Atenção à saúde da população LGBTQIA+; Pessoas com albinismo; e o Atendimento aos adolescentes autores de atos infracionais, nenhuma delas inclui os migrantes e refugiados, no âmbito da União, ocorrem ações que são promovidas nos Estados e Municípios para atender a esse público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [s/d]).

Na criação de uma Política Nacional de Migrações, Refúgio e Apátrida do MJS, há propostas no âmbito da saúde de refugiados e migrantes. No eixo de Integração Local, o sentido é de acesso aos serviços; no eixo "Promoção e Proteção de Direitos, Combate à Xenofobia e ao Racismo", há proposta de acesso às políticas de saúde mental; e no eixo "Participação Social", menciona-se a participação de migrantes e refugiados nos Conselhos de Saúde. Ventura e Yujra (2019) e Lavor (2017) afirmam que as principais barreiras enfrentadas pelos usuários migrantes e refugiados, quando buscam o SUS são: inadequação dos sistemas de acesso e informações em saúde; a barreira linguística; as diferenças culturais nos conceitos de saúde e de doenças; a luta das mulheres migrantes e refugiadas pelo parto normal; a saúde mental dos refugiados; a necessidade de educação permanente para os trabalhadores e a intersetorialidade na atenção à saúde de migrantes e refugiados e a promoção da saúde em ambientes de condições de trabalho não dignos. Segundo Lavor (2017), para amenizar alguns problemas, a capacitação e valorização dos profissionais seriam essenciais.

No próximo item deste capítulo, apresenta-se a discussão sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, compreendendo a necessidade de garantir o acesso para esse público, atendendo as suas necessidades e particularidades, através de políticas públicas de Saúde.

3.1.1.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher e o acesso das mulheres refugiadas e migrantes

A reforma sanitária, juntamente com o movimento feminista, nas décadas de 1970 e 1980, proporcionaram avanços para a Política de Saúde da mulher. Em 1983, antes mesmo da criação do SUS e da Constituição Federal de 1988 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), proposto pelo Ministério da Saúde. Com ele, foi inaugurado um novo momento, já que, antes, a saúde materno-infantil tinha como foco as

necessidades de reprodução social (SOUTO, 2008; COSTA ET AL., 2007). Segundo Pitanguy (1999)

Elaborado desde 1983, o PAISM corria o risco de 'ficar no papel', seguindo o destino dos programas anteriores. Sua regulamentação transforma-se, então, em um dos principais objetivos do CNDM, agindo em consonância com o movimento de mulheres. Dentre as ações conjuntas desenvolvidas destaca-se a elaboração da "Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes" - redigida em reunião de mulheres no Congresso Nacional em 1986, e distribuída em todo o país e entregue ao deputado Ulysses Guimarães em março de 1987. Neste documento, endossavam-se duas premissas básicas: a de que a saúde era um direito de todos e dever do Estado, e de que a mulher tinha direito à atenção a sua saúde, independentemente de seu papel de mãe. Lutava-se pela reafirmação dos princípios de atenção integral em uma perspectiva compreensiva da saúde da mulher. E enfatizava-se, ainda, sua oposição à coerção de entidades públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, impondo ou negando o acesso aos meios de regulação da fecundidade (PITANGUY, 1999 p. 28).

Os anos de 1980 foram marcados pelo processo de redemocratização no Brasil, com isso, os movimentos sociais ganhavam forças para reivindicar direitos para diversos grupos da sociedade. Costa et al. (2007), afirmam que a saúde da mulher passou, nesse período, como uma demanda política, possibilitando que fizessem oposição ao controle de natalidade que existia e buscasse uma maior democratização das informações sobre corpo, saúde e sexualidade. Com a Reforma Sanitária, o tema "integralidade da saúde" ganhou mais consistência.

Com a implantação do PAISM, rompia-se com o paradigma materno-infantil, no qual a mulher era vista apenas como produtora e reprodutora. O programa foi pioneiro ao reconhecer os direitos reprodutivos das mulheres. No início, houve muitas dúvidas sobre o programa, porém, após o momento inicial, o movimento de mulheres passou a defender o PAISM. Na década de 1990, ganhou mais força, era o contexto de implantação do SUS (SOUTO, 2008; COSTA, 2009; BRASIL, 2004; CFEMEA, 1983).

O PAISM inclui a oferta de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínicas ginecológicas, no pré-natal, no parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ao câncer de colo de útero e mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007, p.17).

Para Costa (2009), a incorporação das premissas de municipalização e a reorganização da saúde e os princípios e diretrizes que orientam o SUS também foram norteadoras do PAISM, principalmente a integralidade, que ganhou importância ainda na

Reforma Sanitária. De acordo com Osis (1998), os movimentos sociais formados por diversos atores como as mulheres e profissionais de saúde, esses foram os responsáveis por trazer a discussão sobre a necessidade da Atenção Integral à Saúde da Mulher. Costa (2009) aponta que o PAISM foi formado por um conjunto de diretrizes e princípios, os quais serviam para orientar a assistência às mulheres. Pensava-se no perfil epidemiológico delas, nas demandas do processo reprodutivo e patológicas e nas situações de controle de risco à saúde.

Para Osis (1988), a integralidade no PAISM deveria ser entendida não só com ações voltadas para integração do colo do útero e das mamas, deveria compreender fatores voltados para a determinação social do processo saúde doença como o contexto social, psicológico e emocional das mulheres, ou seja,

Em termos pragmáticos, que o médico, ao prestar assistência, concebesse a mulher como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto socioeconômico. Além disso, os movimentos de mulheres insistiram que o PAISM incluísse ações definidas de educação sexual e em saúde, para afastar qualquer possibilidade de ele ser usado para o controle populacional coercitivo (OSIS, 1998, p.29).

O PAISM foi afetado pelo período de adoção da agenda neoliberal que impactou a saúde no Brasil. Diante disso, Costa et al. (2007) afirmam que, tanto o movimento sanitário quanto o de mulheres enfrentaram problemas para que o PAISM fosse efetivado. Em 1989, houve uma desestruturação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), além da renúncia coletiva da presidência e do colegiado, futuramente, no início dos anos 1990, foi extinto o Fundo dos Direitos da Mulher, em um momento no qual o CNDM perdia sua autonomia administrativa e financeira. O período de construção da saúde da mulher foi marcado pela tensão entre diferentes forças políticas, conforme Pitanguy (1999).

Ainda sobre a década de 1990, Costa et al. (2007) apontam que se identificam poucos avanços, porém, dois movimentos merecem destaque. O primeiro diz respeito à expansão e cobertura da saúde municipal⁴⁴. O segundo trata-se das mudanças no modelo de atenção às mulheres, como a busca por reduzir as taxas de cesárea, tais ações configuraram-se como avanços nesse período de retrocessos nas políticas sociais brasileiras.

⁴⁴ “Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais” (BRASIL, 2004, p.18).

Medidas envolvendo o atendimento ao parto pela enfermeira obstetriz nos casos sem complicações, a previsão de pagamento da anestesia do parto aos serviços do SUS e o estímulo para que serviços se comprometessem com a humanização do parto incorporando as recomendações da OMS, geraram experiências inovadoras nas principais cidades do país. A campanha do Conselho Federal de Medicina, Natural é Parto Normal, lançada em 1998 e de humanização do parto, instituída em 1999 pelo Ministério da Saúde, contribuíram para o estabelecimento de um clima propício ao debate sobre criativas experiências brasileiras (COSTA, BAHIA, CONTE, 2007, p. 21).

Em 2004, diversos movimentos se reuniram na I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres e, nela, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Considerou-se os avanços da implementação do PAISM, e as bandeiras de lutas como as especificidades das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas (COSTA ET AL., 2007). A partir de 1998, a saúde da mulher passou a ser uma prioridade do Governo Federal (BRASIL, 2004). O PNAISM passou a ser uma política executada pelo Ministério da Saúde, buscando retomar as proposições do PAISM, atendendo as necessidades mais atuais das mulheres, tal mudança reflete o compromisso com a implantação de ações de saúde que contribuam com a garantia dos Direitos Humanos das mulheres (SOUTO; MOREIRA, 2021).

O documento chamado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, publicado pelo Ministério da Saúde, trouxe questões importantes como o enfoque de gênero, da integralidade e da promoção da saúde. O documento também tem como objetivo a busca na consolidação de direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a necessidade de melhoria na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no tratamento de mulheres com HIV/AIDS e para aquelas que são portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Com a PNAISM, a abordagem de gênero passou a ser compreendida a partir das diferenças no modo de viver de homens e mulheres que motivam o processo saúde-doença. A categoria gênero passou a nortear a formulação das políticas, colocando a necessidade de uma articulação com o conceito de integralidade. A integralidade, nesse contexto, é definida como “[...] a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas” (COELHO ET AL., 2009, p.155). Entre os desafios apontados para a saúde da mulher, nesse documento, aponta-se a dimensão étnico racial, o acesso para a população rural e o diagnóstico tardio de câncer para as mulheres.

Embora exista uma Política de Saúde da mulher, o acesso ainda é um problema. Segundo os dados do Observatório Obstétrico (RODRIGUES; HERZOG, 2023), no período de 2016 a 2020, no Brasil, registrou-se um total de 5.373 referentes a mulheres no período

puerpério até um ano após o parto. Esses óbitos cresceram ao longo dos quatro anos. Notou-se também que 47% das mulheres eram solteiras, ou seja, há uma dimensão racial nessas mortes, uma vez que 64% eram de pardas e negras. Sobre a escolaridade, 73% tinham até o ensino médio completo.

Segundo Rodrigues e Herzog (2023) dos 5.373 óbitos, 3.389 poderiam ter sido evitados, já que 63% dessas mortes ocorreram por causas obstétricas diretas. Ou seja, complicações durante a gravidez ligadas a intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos. Os óbitos femininos são evitáveis com melhor acesso à atenção básica, pré-natal, humanização na atenção e cuidados hospitalares. A mortalidade feminina cresceu na pandemia, foi uma das mais altas no mundo.

Se para as brasileiras existem dificuldades para utilizar os serviços de saúde, para as refugiadas e migrantes não é diferente. O que está previsto na legislação nem sempre consegue ser concretizado, pois o SUS enfrenta muitos problemas estruturais e que se aprofundam em um contexto de acirramento do neoliberalismo, como já foi apontado anteriormente.

A OMS apresentou, em julho de 2022, o seu 1º Relatório Sobre a Saúde de Refugiados e Migrantes, em nível mundial. No relatório, afirma-se que a experiência de deslocamento é um dos fatores que influenciam na saúde dos indivíduos, e isso ocorre combinado a outros problemas. Em relação à saúde reprodutiva notou-se que os refugiados e migrantes recebem menos atenção à saúde sexual e reprodutiva, entre os problemas, pode-se registrar a violência sexual, pouco conhecimento sobre o uso de anticoncepcionais e falta de acesso ao planejamento familiar. Situações como o acesso ao pré-natal pode ser influenciado pelo nível educacional. A OMS (2022) aponta que há possibilidade de constrangimentos durante o parto. Outro problema apresentado pela OMS é a falta de dados sobre saúde de migrantes e refugiados nos países, isso dificulta a produção de políticas públicas para esse público (OMS, 2022).

Em 2023, foi realizada a 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes. Nela, foram aprovadas 174 propostas resultantes de debates com as diferentes esferas da sociedade civil. As deliberações serão incorporadas à 17ª Conferência Nacional de Saúde e caminham na direção da construção de uma política nacional para esse público. Entre as propostas, é possível ver que há proposições sobre a saúde de mulheres refugiadas e migrantes. No eixo “Gênero e Raça”, foi apresentada a necessidade de ampliar o acesso de indocumentados aos serviços de saúde, afirma-se que os maiores impactos são para as mulheres e população LGBTQIA+; a ampliação de rede de proteção à mulher migrante vítimas

de violência doméstica e de gênero; sensibilização sobre racismo e a violência obstétrica; o fortalecimento da Rede Cegonha e torná-la acessível para as migrantes.

Diante do exposto, compreende-se que o PAISM foi influenciado pelo processo de construção do SUS, nota-se a importância da municipalização consolidada através da NOB 96 e a NOAS 2001. A NOB 96 foi um processo importante na medida em reorganizou as ações e os serviços básicos de saúde, incluindo a atenção à saúde da mulher. Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 ampliou as responsabilidades municipais no que diz respeito à Atenção Básica, definiu o processo de regionalização da assistência e criou os mecanismos para fortalecer a gestão do SUS e atualizou os critérios para habilitar os municípios. Nela, definiu-se que os municípios deveriam ser responsáveis pelas ações na área de saúde da mulher como pré-natal e puerpério, planejamento familiar e a prevenção de câncer de colo uterino. Articula-se com a rede de alta complexidade para atender outras demandas (BRASÍLIA, 2004).

Na pesquisa apresentada, entende-se que o município é o responsável pelas ações básicas de saúde da mulher. Sabe-se que as refugiadas que chegam ao país estão em maioria localizadas nas comunidades, justamente onde estão os serviços de Atenção Básica, no território. A pesquisa apresentada teve como objetivo apresentar as diferentes dimensões do acesso de refugiadas congoleesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro. Esse município tem particularidades importantes a serem apontadas, e torna-se cada vez mais necessário a construção de uma política de atendimento à saúde da mulher que atenda as particularidades das refugiadas.

No próximo capítulo, apresenta-se os resultados da pesquisa de campo.

4.

O acesso das mulheres refugiadas congolesas à atenção integral à saúde da mulher

Este capítulo apresenta os resultados referentes à pesquisa de campo sobre acesso das mulheres refugiadas congolesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro. Em Primeiro lugar, foi apresentada a organização administrativa da Política de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, buscou-se apresentar um levantamento histórico da Política de Atenção Primária municipal, ressaltando os impactos provocados pela mudança de governo no município e quais são as repercussões disso para a construção da Política de Atendimento de Refugiados e Migrantes.

Neste capítulo, também se apresentou o percurso metodológico da pesquisa, ressaltando o tipo de abordagem, os sujeitos, tipo de entrevista e os desafios encontrados para o trabalho de campo. Por fim, apresentou-se os dados da pesquisa, que contou com a técnica de análise de conteúdo temático. Para apresentar a análise dos dados, foram criados três eixos, cada um com categorias e os conteúdos temáticos identificados neles. Os eixos apresentados foram: Gestão dos serviços, execução dos serviços e as mulheres congolesas.

4.1.

A Política de Saúde no município do Rio de Janeiro

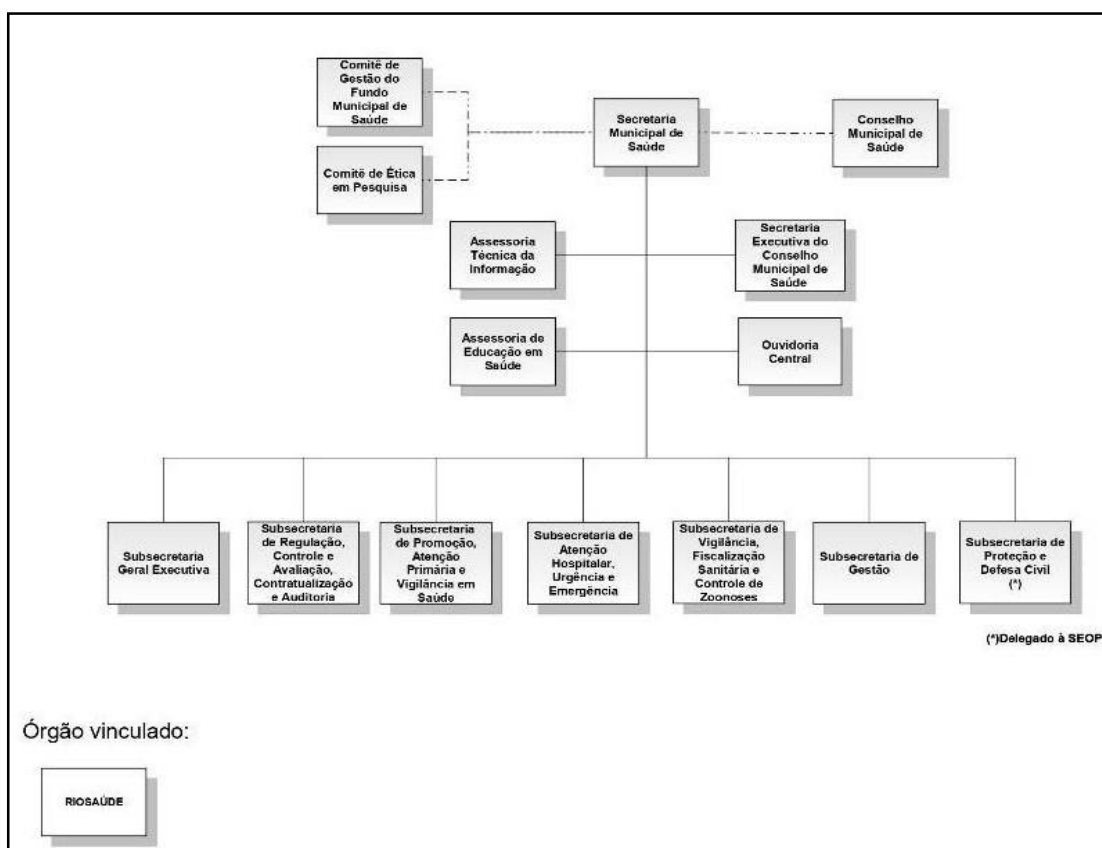
A Prefeitura do Rio de Janeiro é composta pela Administração Direta, formada pelas Secretarias Municipais, e pela Administração Indireta, com as Autarquias, Empresas Municipais e Fundações Municipais.

Em 2022, segundo o Data Rio, a população estimada da cidade era de 6.625.849 pessoas. Sobre a saúde, desde 1993, a cidade conta com 10 Áreas Programáticas (AP), dividida em: AP 1.1 (Centro); AP 2, dividida em AP 2.1 (Zona Sul) e AP 2.2 (Tijuca); AP 3, dividida em AP 3.1 (Ramos), AP 3.2 (Méier), AP 3.3 (Madureira), AP 3.3 (Irajá e Madureira), AP 3.4 (Inhaúma), AP 3.5 (Penha), AP 3.6 (Pavuna), e AP 3.7 (Ilha do Governador); AP 4, dividida em AP 4.1 (Jacarepaguá) e AP 4.2 (Barra da Tijuca); AP 5, dividida em AP 5.1 (Bangu), AP 5.2 (Campo Grande), AP 5.3 (Santa Cruz), e AP 5.4 (Guaratiba) (CÂMARA DO RIO, s/d).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS Rio), é um órgão da prefeitura que compõe a Administração Direta. Sua função é reformular e executar a Política Municipal de Saúde, assim, é responsável pela gestão plena do SUS na cidade e deve

possibilitar que a população tenha acesso aos serviços de saúde. A SMS Rio é responsável pela Atenção Primária em Saúde (APS), conforme estabelecido na Lei 8.080 de 1990, além de garantir atendimento de urgência e emergência para a população carioca. Nota-se que a SMS Rio é dividida em cinco subsecretarias, um instituto Municipal de Vigilância Sanitária, e a Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (SMS-Rio, s/d), na Figura10 é possível visualizar a organização da SMS – Rio.

Figura 10 - Organograma SMS Rio



Fonte: SMS-Rio, s/d

A Subsecretaria Geral (SubGeral) tem como objetivo realizar a assessoria, coordenação e gestão estratégica da SMS-Rio. Nessa subsecretaria, ocorre a formulação da política e das diretrizes da SMS-Rio, tudo isso ocorre de forma articulada com os demais órgãos, entes federativos e as subsecretarias. A partir disso, presume-se uma possível intersetorialidade da política de saúde (SMS-RIO, [s/a]).

A Coordenadoria Geral do Complexo Regulador e a Coordenadoria Geral de Contratualização, Controle e Auditoria estão subordinados à SubGeral. Assim, é importante apontar que a Coordenadoria Geral do Complexo Regulador atua com os equipamentos da

rede assistencial. Sua regulação inclui a organização dos fluxos de acesso dos pacientes que precisam utilizar a rede de saúde, desde quando chegam à porta de entrada, na Atenção Primária, até quando são encaminhados para exames, consultas especializadas, cirurgias dentro da rede Municipal, Estadual, Federal ou conveniada (SMS-RIO, [s/a]).

A Coordenadoria Geral de Contratualização, Controle e Auditoria, atua com a fiscalização na SMS Rio, ela é responsável por realizar auditoria dos serviços ofertados na rede. Trata-se de uma ação que ocorre conjuntamente com a Coordenação Geral do Complexo Regulador, identificando as necessidades dos cidadãos e buscando atendê-las (SMS RIO, [s/a]).

Já a Subsecretaria de Gestão (Subg) é responsável por cuidar dos contratos que são realizados na SMS Rio com as prestadoras de serviços, as licitações, e também cuida da gestão dos Recursos Humanos. A SMS-Rio também possui a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (Subhue), a qual é responsável pela administração das unidades próprias hospitalares, das pré-hospitalares, dos hospitais gerais e especializados e das maternidades (SMS-RIO, [s/a]).

A SMS Rio também conta com o Instituto Sanitário, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (Ivisa-Rio), que atua na prevenção dos riscos referentes a problemas de higiene e às questões sanitárias na cidade. Além disso, sua atuação compreende a prevenção de zoonoses e doenças transmitidas por animais. Já a Subsecretaria de Proteção e Defesa Civil (Subpdec), busca atender a população considerada vulnerável, através de ações de prevenção no período antes dos desastres, na iminência deles ou após (SMS-RIO, [s/a]).

Por fim, é importante apontar a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (Subpav). Essa secretaria possui suma importância nesse estudo, pois, nela, está situada a atuação com a saúde de migrantes e refugiados no município do Rio de Janeiro. A Subpav é responsável por realizar ações, programas e iniciativas direcionadas para a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a redução de danos, suas ações devem estar pautadas em uma atenção integral. Nela, está situada a Atenção Primária, considerada o primeiro nível de atenção à saúde, trata-se da porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Vale ressaltar que a Subpav é quem atua com as questões epidemiológicas, como a imunização, o combate à dengue e a vigilância de doenças emergentes (SMS-RIO, s/a). Na figura 11 é possível ver o Organograma da SubPav.

de 7%, com a forte ênfase dada para a APS nesse período, no final de 2012, a cobertura chegou a 40%. Com a criação das Clínicas da Família, foi possível resolver parte do problema da saúde municipal. É importante afirmar que houve melhorias, porém, ainda existem problemas de ordem estrutural na saúde municipal.

Segundo Costa et al. (2021), o modelo híbrido, que foi utilizado na APS, procurava atender as áreas mais pobres, que possuíam um vazio assistencial. As equipes, segundo Saffer et al. (2020), eram organizadas de forma multiprofissional com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, responsabilizando-se por até mil famílias no território. Harzheim (2013) compreende que foram criadas Clínicas da Família classificadas em três tipos, são elas:

- a) Unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família;
- b) Unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território;
- c) Unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família (HARZHEIM, 2013, p.19).

Concomitante a isso, Soranz et al (2016) afirmam que a reforma na rede de saúde municipal do Rio de Janeiro teve duas fases, a primeira ocorreu no período de 2009 a 2012 e a segunda de 2013 a 2015. A reforma teve como base o modelo de saúde de Portugal e dos países europeus, ressalta-se que foi necessária uma reformulação da Subpav. Assim, Soranz et al (2016) analisam que a APS foi colocada como a principal ordenadora da organização da rede de saúde, o que não acontecia antes. A Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (Subass) foi dividida em duas subsecretarias, possibilitando uma reformulação orçamentária. Logo,

[...] definiu que a estrutura que seria responsável por elaborar as linhas de cuidados e programas especiais estaria associada à Superintendência de Atenção Primária, anteriormente espelhadas em diversos setores, como ao exemplo da Gerência do Programa de Câncer vinculada diretamente ao Gabinete do Secretário, ou a “Gerência da Mulher” vinculada à Superintendência de Serviços Especializados ou ainda a “Gerência de Tuberculose” vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde (SORANZ ET AL., 2016, p. 1331).

As mudanças na rede de saúde municipal foram perpassadas por muitas questões que podem ser entendidas desde as mudanças jurídicas aprovadas pela Câmara de Vereadores da Cidade, em 2009, até a inserção de Organizações Sociais de Saúde, fato que tornou possível a contratação de profissionais via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (SORANZ ET AL, 2016). Costa et al. (2021) afirmam que a adoção de um modelo de

terceirização, com base nas OSS, foi uma característica da gestão da Atenção Primária durante a ampliação. As OSS são resultado da agenda de reformas do Estado de 1995, capitaneadas pelo Ministro Bresser Pereira, na década de 1990. Uma das questões e críticas a esse modelo de terceirização é a redução de profissionais concursados, ou seja, sob o Regime Jurídico Único (RJU). A reforma administrativa tinha como base 4 núcleos do Estado, conforme aponta Costa *et al.* (2021):

(I) núcleo estratégico, conformado pelos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário, Forças Armadas, a serem mantidos como propriedade estatal e forma de administração mista burocrática e gerencial; (II) atividades exclusivas do Estado, relacionadas a controle, fiscalização, seguridade, com propriedade estatal e administração gerencial; (III) atividades não exclusivas de Estado, representadas pelas Universidades, hospitais públicos, centros de pesquisa, museus, adotando formas de propriedade “pública não-estatal” e administração gerencial por conversão ao modelo das OSS; e, finalmente, (IV) atividades voltadas à produção para o mercado, como as empresas estatais, a serem privatizadas (COSTA ET AL., 2021, p. 2078).

A história da Política de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro é atravessada também por retrocessos, que causaram grandes prejuízos para a cidade, já que ela atende a população mais vulnerável. Assim, nota-se que, com a mudança na prefeitura do município do Rio de Janeiro, no período de 2017 a 2020, houve um grande retrocesso na APS. O novo governo vetou as terceirizações por meio de OSS, sem deixar claro os motivos, como apontam Costa *et al.* (2021). Em 2018, foi publicado o documento “Reorganização dos Serviços de APS - Estudo para Otimização de Recursos”, foram extintas 184 unidades da Estratégia Saúde da Família e 55 equipes de Saúde Bucal. Tal ação foi justificada por existir um rombo nas contas públicas. Nesse contexto, criaram a Empresa Pública Rio Saúde, a qual ocupou o lugar das antigas OSS.

Para Silva (2020), o argumento para a mudança na Atenção Primária era baseado na necessidade de otimizar os serviços e melhorar a qualidade deles, embora reconhecesse que a expansão promovida, no período de 2009 até 2016, tivesse sido importante. A mudança teve como argumento que a reforma, mesmo promovendo melhorias, foi “(...) feita de modo não sustentável e ‘não necessariamente justa’, acarretando a formação de equipes mal utilizadas e com baixa performance quantitativa e qualitativa” (SILVA, 2020, p. 2).

Essa mudança na gestão provocou um caos na saúde municipal no período de janeiro de 2019, tendo reflexos futuramente na pandemia de COVID-19, em 2020. Silva (2020) afirma que, em fevereiro de 2019, mais de 5 mil profissionais foram demitidos, e o governo havia

rompido o contrato com a OSS Viva Rio, a finalidade era fazer uma nova contratação, agora com a Fundação Rio Saúde. Nessa conjuntura, nasceu o movimento “Nenhum Serviço de Saúde a Menos”. Segundo Saffer et al. (2020), o movimento teve como objetivo a defesa do direito à saúde pública e universal e promover a luta contra a precarização dos serviços, além de haver outras pautas. O movimento foi composto por trabalhadores e usuários dos serviços públicos.

Em reportagem, na revista Radis (2018), ressaltou-se os prejuízos causados pela redução da Atenção Primária nesse período do governo. A mudança proposta pela prefeitura resultou em uma redução de 70% da cobertura da ESF para 55%. Vale ressaltar que, em 2017, foi elaborada uma nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerada um retrocesso, já que teve como resultado uma maior precarização dos serviços com o seu enxugamento.

É o caso do plano de cortes apresentado no Rio, que prevê a existência de uma equipe de Atenção Básica no modelo “não ESF”, em que um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e apenas um ACS serão responsáveis pelo atendimento de uma população de até 18 mil pessoas. Atualmente, no modelo ESF, cada equipe atende 3.500 pessoas e conta com 6 ACS (um para cada 750 moradores) (RADIS, 2018).

Após a eleição de 2022, sob nova gestão da prefeitura, retorna-se para a gestão anterior, do prefeito Eduardo Paes, há uma nova reestruturação da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Até 2023, os resultados divulgados sinalizavam que mais de 4 mil profissionais foram recontratados, a cobertura da ESF foi ampliada para 56%, em janeiro de 2021, era de menos de 40%, a proposta é chegar a 70% novamente em 2024 (SMS-Rio, 2023). É importante apontar que no governo do prefeito Eduardo Paes não houve rompimento com a precarização dos trabalhadores na saúde, a saúde municipal continua sob a gestão de OSs.

Nesse contexto de reestruturação da Atenção Primária no Rio de Janeiro, é possível analisar o atendimento para refugiados e migrantes nos serviços de saúde do município. O trabalho com refugiados e migrantes não era prioridade nos antigos governos, atualmente, não há uma secretaria específica ou setor na SMS Rio, trata-se de uma pauta dentro da Atenção Primária. Em 2021, foi instituído que deveria existir uma profissional específica na gestão para atuar com essa realidade, algo novo no município.

Ao analisar a saúde da mulher refugiada e migrante na Atenção Primária, compreende-se que se trata de uma política em construção. A pauta das mulheres se insere nesse contexto maior de saúde dos refugiados e segue em discussão pelos profissionais da SMS em parceria

com outras instituições. Busca-se principalmente levantar dados e informações sobre esse público para poder realizar uma intervenção maior, pesquisadores e profissionais têm escrito artigos, materiais sobre saúde da mulher estão sendo traduzidos para outros idiomas em parceria com o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro (Ctesipir), e foi criado um GT de Saúde que tem abordado o tema.

Vale ressaltar que os desafios recentes para a SMS Rio foram definidos no livro *“Recomeço: A experiência da SMS do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados”*, trata-se de uma produção de 2017. Entre os desafios apontados, cabe ressaltar os que dizem respeito ao gênero, saúde da mulher e sexualidade. No Brasil, o SUS possui a atenção integral à saúde da mulher, que inclui demandas como a sexualidade, os direitos reprodutivos e a violência de gênero, esses fatores precisam ser pensados tanto para as mulheres brasileiras quanto para as mulheres refugiadas e migrantes (SMS-Rio, 2017).

A seguir apresenta-se os resultados da pesquisa de campo.

4.2. Resultados da pesquisa de campo

4.2.1. Percurso metodológico

Este estudo foi realizado a partir da abordagem qualitativa, que possibilita trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse tipo de abordagem contempla as experiências e as vivências que o pesquisador se depara durante a pesquisa. A pesquisa qualitativa pode ser resumida em compreensão, interpretação e dialética. Seu ponto inicial é a realidade social, essencial para construção do estudo proposto. Com a abordagem qualitativa, buscou-se analisar a perspectiva dos participantes em relação ao acesso de refugiadas e migrantes congoleesas nos serviços de saúde, no município do Rio de Janeiro. Principalmente, no que diz respeito às suas práticas diárias e o que eles conhecem sobre o tema estudado, assim, foi possível estudar os contextos, entender e interpretar os fenômenos sociais referentes à saúde de mulheres refugiadas (FLICK, 2009; MINAYO, 2012).

A Atenção Básica foi escolhida como campo da pesquisa, porque os profissionais têm maior contato com os usuários, já que as unidades foram instaladas próximas às residências, trabalho e escolas, possibilitando maior aproximação com a população. É a principal porta de entrada no SUS para a população e para os refugiados e migrantes, além

disso, estabelece uma comunicação com toda a rede. A Atenção Básica é orientada pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade e pelas diretrizes de regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (PNAB, 2017).

O princípio da universalidade busca garantir um acesso universal e que seja contínuo, a porta de entrada deve ser as Redes de Atenção à Saúde (RAS), as equipes devem atender a todos que buscam atendimento. Com a equidade procura-se ofertar cuidado, no entanto precisa-se considerar as diferenças e pensando nas necessidades das pessoas. Já o princípio na integralidade na PNAB, tem como foco atender as necessidades da população adscrita nos seguintes campos: cuidado, promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos (PNAB, 2017).

Sobre as diretrizes, nota-se que a Regionalização e a Hierarquização têm como ponto de atenção a Atenção Básica, levando em conta questões como o recorte espacial para o planejamento, a organização e a gestão de redes de ações e serviços de saúde em uma localidade. A hierarquização trata da organização dos fluxos e das referências. A Territorialização e adscrição compreendem a importância do território, onde serão realizados o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais. Com a diretriz chamada de “população adscrita”, a PNAB reforça a necessidade e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilidades entre a equipe e os usuários. O cuidado centrado na pessoa tem como alvo a construção do cuidado com as pessoas conforme suas necessidades e potencialidades. A resolutividade ressalta que a Atenção Básica deve ser resolutiva, logo, precisa ser capaz de sanar a maioria dos problemas de saúde (PNAB, 2017).

A Longitudinalidade do cuidado traz a continuidade do cuidado e a importância da criação de vínculos para o cuidado. Outra diretriz é a coordenação do cuidado, nela, afirma-se que a Atenção Primária deve ser o centro de comunicação entre os pontos de atenção à saúde. Com a ordenação da rede, reconhece-se que as necessidades de saúde devem ter como ponto de partida a saúde das pessoas. Por fim, a participação da comunidade tem como intuito estimular a participação, evidenciar a orientação comunitária das ações de Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, isso é considerado essencial para que a autonomia e construção do cuidado sejam ampliadas (PNAB, 2017).

O *lócus* da pesquisa foi composto por uma unidade de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

(SMS-Rio), pelo CTESIPIR e a Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro. O projeto também foi submetido a uma das ONGs que atua com refugiados e migrantes no município do Rio de Janeiro, porém, ela indeferiu a realização da pesquisa.

Como unidade da Atenção Básica, foi escolhida a Clínica da Família Heitor dos Prazeres, localizada no bairro de Brás de Pina, zona norte do Rio de Janeiro. Essa unidade tem histórico no atendimento à população migrante e refugiada de congoleses que chega ao Brasil e dirige-se para o bairro de Brás de Pina, que é composto por algumas comunidades como a Cinco Bocas. O trabalho com refugiados e migrantes no Rio de Janeiro, atualmente, conta também com a atuação dos profissionais da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV), que fazem parte da SMS-Rio, esses trabalham com a elaboração da política de saúde para esse público.

O CTESIPIR, que está sob coordenação da Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade, na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-Rio), existe desde 2019 e, em 2021, foi formalizado através da Resolução SES nº 2.530, de 09 de dezembro de 2021. Foi incluído na pesquisa, visto que se constitui como uma Instituição importante para garantia do acesso à saúde de mulheres refugiadas.

No que diz respeito à saúde desse público, o Comitê atua, muitas vezes, na facilitação do acesso, além de realizar capacitação com os profissionais da rede e participar das ações voltadas para esses públicos. Observa-se que se trata de um órgão importante na construção da política de saúde de refugiados e migrantes no Rio de Janeiro, que conta com a participação de profissionais de várias áreas, pesquisadores e dos próprios refugiados e migrantes que podem participar e ser ouvidos nas reuniões.

Além disso, a inserção no CTESIPIR, participando como pesquisadora das reuniões, durante o período da pesquisa, foi essencial para acompanhar compreender a importância do Comitê como um dos atores no desenvolvimento da política de saúde para refugiados e migrantes.

A Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro, se destaca entre as várias ONGs que atuam com os refugiados e migrantes pelo seu histórico nesse tipo de atendimento, além disso, muitas vezes, é mediadora entre as refugiadas e migrantes e os serviços de saúde. A Cáritas da Arquidiocese do Rio de Janeiro teve sua atuação iniciada em 1976, período em que iniciou um trabalho com os refugiados que chegavam à cidade, oriundos de países como Argentina, Chile e Uruguai, fugindo de perseguições políticas dos regimes militares da época. Entretanto, no Brasil, neste período, vigorava o regime de ditadura militar, por isso, o país servia apenas como rota para que os refugiados seguissem para Europa. O

primeiro trabalho foi instalado por Dom Eugênio Sales com o apoio do ACNUR (CÁRITAS, [s/a]).

Sobre a Cáritas, além de seu histórico, é importante chamar atenção para a atuação da Igreja Católica, que possui certa autoridade legal e um forte vínculo afetivo sobre as ações voltadas para o refúgio. A presença da sociedade civil organizada na atuação com refugiados é uma especificidade e existe uma ampla rede de atuação no Rio de Janeiro, Manaus e São Paulo com outras instituições que atuam em parceria com a Cáritas (FACUNDO, 2014; PERIN, 2014).

A escolha por estudar as refugiadas congolesas ocorreu, pois, analisando o contexto do Rio de Janeiro, identifica-se que foi o Estado que mais reconheceu as solicitações de refugiados oriundos da República Democrática do Congo. Assim, em 2019⁴⁵, foram 41 decisões no Rio de Janeiro, seguidas por São Paulo (34), Distrito Federal (09), Goiás (1) e Paraná (1), soma-se um total de 86 decisões reconhecidas. Sobre o gênero dos refugiados congoleses no Rio de Janeiro, a maior parte é composta de mulheres (44), seguida de homens (42). Em relação à faixa etária das mulheres, identifica-se os seguintes números: de 5 a 11 anos (10); 12 a 17 anos (10); 18 a 29 anos (12); e 30 a 59 anos (11). O principal motivo de inclusão no *status* de refugiadas das mulheres congolesas foi o grupo social e opinião política (SILVA ET AL., 2020).

As mulheres congolesas, escolhidas para o estudo, têm particularidades importantes que devem ser exploradas, como o contexto político e econômico da República Democrática do Congo e como isso implica em violações para as mulheres e a condição de ser mulher, negra e refugiada no Brasil. Outras questões importantes no estudo são o recorte direcionado à saúde da mulher refugiada e migrante, a importância de ações equitativas dentro do SUS e como a universalidade é compreendida para que essa população possa acessar aos serviços de saúde no Brasil sem restrições.

A fim de cumprir com as resoluções éticas de pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), respondendo as requisições da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Norma Operacional 001/2013 e da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da SMS-Rio no parecer de número 5.469.163 no dia 26 de outubro de 2021.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas com a autorização dos sujeitos, a partir da assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram iniciadas no dia 20 de dezembro de 2021 e terminaram em 18 de julho de 2022. As entrevistas

⁴⁵ Utiliza-se os dados do período em que o tema foi escolhido.

foram baseadas em 4 roteiros: um para os profissionais de saúde, um para os gestores, um para as ONGs, um para o CTESIPIR e outro para as mulheres congolesas (Apêndice 6).

Foram realizadas 12 entrevistas com os seguintes sujeitos: psicólogo (1), enfermeiro (2), agente de endemias (1), ACS (1), os gestores que atuam com refugiadas e migrantes (4); e as mulheres congolesas refugiadas e migrantes (3). A duração média das entrevistas foi de 6 horas e 64 minutos, com tempo médio de 55 minutos e 39 segundos para cada uma. A entrevista de maior duração teve 1 hora e 13 minutos e a menor teve duração de 3 minutos.

Para garantir o anonimato dos participantes foram elaborados códigos para classificar as unidades de saúde (A, B, C). A segunda letra define os profissionais (G, P, E, A1, A2, M). Diante disso, foram elaboradas as seguintes legendas para o primeiro grupo AG1, AG2, AG3, AG4. BP, BE1 e BE2, BA1, BA2 para o segundo grupo e; CM1, CM2, CM3 para o terceiro grupo.

Devido ao contexto de pandemia de coronavírus, SARS-CoV-2 (Covid-19) e da dificuldade no acesso às unidades das Clínicas da Família, visto que estão localizadas em áreas de risco, as entrevistas foram realizadas virtualmente, através da plataforma *Zoom cloud meetings*. As entrevistas virtuais foram gravadas em áudio, através da plataforma virtual e depois transcritas. O contato com estes profissionais de saúde foi feito pela pesquisadora, após a Instituição disponibilizar o telefone ou e-mail. Nas entrevistas virtuais, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado para o e-mail do participante da pesquisa, os entrevistados assinaram os termos, imprimiram o arquivo e escanearam-no.

Para analisar os dados coletados nas entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática. Segundo Gomes (2012), esse procedimento possibilita ir além do material, com base nas inferências, discute-se os resultados da pesquisa numa perspectiva mais ampla. Procura-se, assim, atribuir um grau de significação mais amplo aos conteúdos analisados.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014, p. 316).

Na análise temática, Gomes (2012) aponta que o foco é o tema, assim o pesquisador busca identificar os núcleos de sentido presentes nas falas dos entrevistados, que têm algum

significado para a análise que está sendo realizada. Para a análise de conteúdo, na modalidade temática, foi realizado o seguinte procedimento: em um primeiro momento, foi feita a decomposição do material em partes, dividindo-o em três grupos: gestores, profissionais de saúde e refugiadas.

Por essa divisão, se compreendeu que há particularidades nas entrevistas de cada um, devido à posição que ocupam na rede de atendimento. Na segunda etapa, o material foi categorizado, assim, foram criados três eixos para análise: Gestão da rede; Execução de serviços e; Mulheres refugiadas e a Rede de Saúde. Na terceira etapa, identificou-se as categorias para análise e foram definidos os núcleos de sentidos que foram atribuídos em cada categoria pelos entrevistados. Na quarta etapa, realizou-se as inferências e a interpretação dos resultados adquiridos a partir das entrevistas, articulando os núcleos de sentido identificados com a bibliografia pertinente (GOMES, 2012). No quadro a seguir demonstra-se a organização em eixos, categorias e conteúdo temático.

Quadro I- Organização metodológica da pesquisa

GRUPO	EIXO	CATEGORIAS	CONTEÚDO TEMÁTICO
Gestores	Gestão da Rede	1. Política de Atendimento de saúde para migrantes e refugiadas no município do Rio de Janeiro.	a) A política ainda está sendo desenhada; b) A importância do trabalho no nível da gestão; c) A saúde da mulher refugiada é uma pauta transversal.
		2. Atendimento na rede de serviços de saúde	a) Fluxo de atendimento é espontâneo nas unidades e específico para Operação Acolhida; b) O trabalho de identificação na Clínica da Família é feito nos territórios; c) A importância do trabalho em grupo com as refugiadas; d) As ONGs contribuem para o acesso ampliado à saúde; e) Instituições como as igrejas fazem algumas mediações.
		3. Importância da educação permanente.	a) Fortalecimento da rede através do diálogo com os profissionais; b) A capacitação também é feita no dia a dia; c) Não faltam serviços, e sim, pessoas capacitadas.
		4. Produção de dados sobre refugiadas e migrantes e de material informativo.	a) Foram elaborados materiais informativos em outros idiomas; b) Necessidade de produzir um documento para conhecer melhor os refugiados e migrantes; c) Não existem dados sistematizados sobre saúde de refugiadas e migrantes.
		5. Desafios e limites para atendimento de migrantes e refugiadas na saúde	a) Sucateamento do SUS; b) As refugiadas enfrentam os mesmos problemas que as mulheres brasileiras; c) Violência contra mulher refugiada é um desafio; d) O idioma e a cultura são desafios a serem superados.
Profissionais	Execução de Serviços	1. Atendimento para as mulheres refugiadas na unidade	a) O atendimento é feito sempre de “portas abertas” e existem dificuldades para estabelecer vínculos de confiança no primeiro momento; b) Busca-se olhar a mulher como um todo, sem diferenças, mas atentos às especificidades; c) As mulheres congolesas buscam os serviços para Pré-Natal, hipertensão e existe uma ausência de autoconhecimento.
		2. Barreiras de acesso	a) Além da pandemia, há questões de segurança no território e de sentir-se segura; b) Acredita-se que há demanda reprimida para a saúde mental; c) Há necessidade de se compreender a cultura das congolesas, mas também fazê-las entender a nossa; d) Para superar a dificuldade do idioma, busca-se estabelecer um diálogo mais direto e objetivo; e) O medo do racismo é uma barreira para o acesso.
		3. Rede de Saúde no território	a) Os profissionais fazem o possível, mas ainda pode melhorar; b) Na unidade, garante-se os atendimentos, mas existem problemas referentes à rede de média e alta complexidade e de saúde mental.
		4. Educação Permanente	a) É preciso capacitar os profissionais para atender os usuários, evitando que eles não sejam atendidos;

			b) O acolhimento é um momento importante; c) A educação permanente é um momento para os profissionais saírem da rotina de trabalho.
		5. Desafios e limites	a) As congolesas precisam entender o trabalho dos profissionais da saúde; b) As profissionais ainda não conseguem ter um olhar diferenciado para as refugiadas.
	As mulheres congolesas e os serviços de saúde	1. Atendimento nos serviços	a) O atendimento na Atenção Primária é considerado bom; b) A demora no atendimento e os serviços de maior complexidade apresentam problemas; c) O que tem na África tem aqui também; d) Em relação ao que tínhamos em nosso país, aqui é maravilhoso.

Durante a realização da pesquisa foram identificadas algumas dificuldades. A pesquisa foi perpassada pelo contexto de pandemia de COVID-19, que iniciou em 31 de dezembro de 2019, declarado oficialmente pela OMS em 30 de janeiro de 2020, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (OPAS). As pesquisas de campo foram impactadas, pois com o risco de contágio pelo coronavírus foi preciso utilizar as entrevistas no formato online. As orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) eram para seguir os protocolos do documento: *Orientações para condução de pesquisas e atividade dos CEP durante a pandemia provocada pelo coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19)*. Entre elas, destacam-se a opção por reuniões virtuais garantindo sigilo, ética e confidencialidade das informações. Além disso, quando necessário, as pesquisas deveriam ser interrompidas e não poderiam interferir no andamento dos serviços nas unidades (HORA *et al.*, 2022).

Além do contexto de pandemia, a pesquisa foi afetada pela localização das unidades de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Muitas Clínicas da Família estão dentro de favelas ou em áreas periféricas da cidade e, em algumas, há dificuldade de acesso por causa da violência urbana. Essas dificuldades referentes à violência e a pandemia de COVID-19 tornou possível o contato com o campo de pesquisa online.

Para Deslandes e Coutinho (2020), o uso da tecnologia tornou-se um espaço de interação e agregação dos sujeitos, conseqüentemente, as pesquisas não se limitam mais apenas aos diários de campo e à observação participante. A tecnologia, a internet 2.0, passou a ser um meio para concretizar a pesquisa. Schmidt *et al.* (2020) apresentam uma análise sobre as entrevistas online, indicando que a entrevista, no formato face a face, é o mais tradicional, portanto, mais utilizada quando o objetivo é coletar dados. Devido às medidas sanitárias para conter a contaminação de COVID-19, esse formato de entrevista foi interrompido ou reduzido, por isso, entrou em cena a entrevista no formato online.

Entre os principais desafios identificados, durante a realização das entrevistas online, destacou-se alguns mais evidentes. Inicialmente, cabe indicar a dificuldade de contato com os profissionais das unidades de saúde, uma vez que a jornada de trabalho nem sempre permite que os profissionais deem respostas de forma dinâmica. Muitas vezes, é preciso aguardar horas ou dias para concluir essa comunicação. Nesse primeiro contato, que diz respeito à fase de aproximação com o campo, necessita-se que seja definida uma relação de confiança e criação de vínculo entre o pesquisador e o profissional de saúde, no entanto, o campo online, onde a interação ocorre através de uma tela, prejudica essa relação. Ainda sobre os desafios, é preciso apontar que a realização da entrevista através da plataforma Zoom requer alguns cuidados, principalmente no que diz respeito à ética, ao sigilo e à confidencialidade das informações que devem ser preservadas para evitar riscos para os profissionais que participam da entrevista.

Ao utilizar as entrevistas pelo zoom, muitas vezes, invade-se a privacidade do entrevistado, já que muitas são realizadas quando o trabalhador está em sua casa e nem sempre há um ambiente isolado. Por fim, aponta-se a necessidade do pesquisador se adaptar à realidade dos profissionais entrevistados, os quais, em sua maioria, são mulheres, mães, trabalhadoras e que possuem uma carga horária de trabalho extenuante nos serviços públicos de saúde, além de realizarem o trabalho doméstico.

Quando se tratou do contato com as mulheres refugiadas, o principal desafio foi referente à criação de uma relação de confiança, já que o processo de refúgio costuma ser algo violento e de grande risco para quem atravessa as fronteiras, muitas mulheres são submetidas a inúmeras violações físicas, psicológicas e sexuais. Embora os formulários tivessem como previsão perguntas voltadas para o perfil das mulheres, durante a execução das entrevistas isso não se concretizou, uma vez que algumas congolesas não aceitaram informar dados como idade, escolaridade e ocupação. As entrevistas foram realizadas em formato online e houve imprevistos como a negação em participar da pesquisa, algumas não compreendiam o português e outras não retornaram o contato.

Durante o processo de realização das entrevistas, tive a oportunidade de assistir ao filme "As Nadadoras". O filme é baseado em fatos reais e conta a história das irmãs Mardini, que fogem da guerra da Síria em busca de melhores condições e do sonho de disputar as Olimpíadas Rio 2016. Durante esse processo, Yusra e Sara Mardini, as duas jovens, vivenciam os riscos do deslocamento forçado, sendo enganadas pelos atravessadores, sofrem discriminação por serem refugiadas e ficam vulneráveis à violência sexual ao longo dessa trajetória. Ao assistir ao filme, foi possível entender mais um pouco sobre o medo das mulheres refugiadas de estabelecer alguma relação com uma pesquisadora. Devido aos cuidados éticos e à necessidade de garantir sigilo, não era possível identificar as que sofreram alguma violação durante o deslocamento ou em qual condição estavam no Brasil.

As refugiadas congolesas que participaram da entrevista, em sua maioria, eram mães e trabalhadoras, logo, houve uma certa dificuldade de estabelecer um horário para realizar as entrevistas. Todas as entrevistas foram realizadas no turno da noite, pois as entrevistadas alegavam que era a hora que as crianças estariam dormindo e elas teriam encerrado suas atividades domésticas. Durante as entrevistas, houve dificuldade para coletar alguns dados. Diante disso, identifica-se que duas entrevistadas tinham 29 e 31 anos, uma delas possui formação em nível superior.

As gestoras entrevistadas eram todas mulheres, graduadas nos cursos de enfermagem, de jornalismo, de psicologia e de assistente social. Tinham pós-graduações de nível mestrado em serviço social e Saúde Coletiva, e especialização em Saúde da Família, de psicanálise, de saúde mental, de psicoterapia infantil. Sobre o tempo de atuação na rede de saúde foi de 14 anos a 22 anos e sobre o tempo de atuação com refugiados e migrantes a média foi de 1 a 14 anos.

Entre as profissionais de saúde, todas eram mulheres com formações de nível médio e superior. As graduações eram em letras, enfermagem e psicologia. As profissionais tinham pós-graduação em Saúde da Família, Gestão em Saúde da Família, Enfermagem do Trabalho e Saúde Mental. O tempo de atuação na rede de saúde varia entre 4 anos e 19 anos. O tempo de atuação das profissionais com refugiados e migrantes foi de 2 a 5 anos.

A Política de Saúde para refugiados e migrantes no município do Rio de Janeiro ainda está em desenvolvimento, quando trata-se de uma política voltada para a saúde de mulheres refugiadas, ainda está no processo de discussão, hoje, em um estágio mais avançado do que no período em que a pesquisa foi iniciada. Por isso, durante a pesquisa houve dificuldade em identificar quem são os profissionais de referência para esse atendimento, então, foi necessário criar uma rede de contatos, na qual um profissional direcionava os outros atores. O desenvolvimento dessa política ainda segue em curso e avançando com a participação da SMS-Rio, do CTESIPIR, da Cáritas, dos refugiados e migrantes, das universidades e de outros profissionais que compõem essa rede.

Diante disso, no próximo item, serão apresentados os resultados da pesquisa de campo. Cabe apontar que a pesquisa foi organizada em três eixos: Gestão da rede, Execução dos serviços e as mulheres congolesas nos serviços de saúde.

4.2.2. Gestão da rede

O eixo **Gestão da Rede** possui cinco categorias: **(1) Política de Atendimento de saúde para migrantes e refugiadas; (2) Atendimento na rede de serviços e as barreiras de acesso; (3) importância da educação permanente; (4) produção de dados sobre refugiadas e migrantes e de material informativo; (5) desafios e limites para atendimento de migrantes e refugiadas.**

4.2.2.1. Política de Atendimento de saúde para migrantes e refugiadas

Na categoria **Política de Atendimento de saúde para migrantes e refugiadas no município do Rio de Janeiro**, foram encontrados os seguintes conteúdos temáticos: **(a) a política ainda está sendo desenhada; (b) a importância do trabalho no nível da gestão, (c) a saúde da mulher refugiada é uma pauta transversal.**

A saúde para migrantes e refugiados no município do Rio de Janeiro é uma política **que ainda está sendo desenhada**. Concerne-se que essa política se encontra na fase de

formulação e de implementação, tais processos foram atravessados por interrupções como o contexto de desmonte na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, promovido pelo governo do ex-prefeito Marcelo Crivella e a pandemia de COVID-19.

Então, os trabalhos que eram desenvolvidos foram paralisados, com a eleição do prefeito Eduardo Paes, a Atenção Primária vem sendo reconstruída e os trabalhos estão sendo retomados. Segundo a gestora AG1, "[...] *nesse primeiro momento, nós estamos desenhando esse processo para nós podermos levantar as dificuldades*" (AG1). As ações voltadas para mulheres refugiadas se encontram dentro desse contexto de construção de uma política para refugiados e migrantes em sua totalidade.

Souza (2006) aponta que uma política pública pode ser definida como um conjunto de ações do governo que produz efeitos específicos e influencia a vida dos cidadãos. Trata-se do que o governo faz ou deixa de fazer, seu objetivo é resolver problemas sendo um campo de atuação multidisciplinar.

Muller e Surel (2002), ao apresentar o tema "Políticas públicas", afirmam que há certa dificuldade em conceituá-las, o termo faz referência à esfera política, à atividade política e à ação pública. Quando trata sobre a esfera política, faz distinção entre o que é política e sociedade civil, conforme o lugar, o período e as fronteiras entre ambos. Ao ter relação com a atividade política, é possível visualizar as mobilizações como as disputas por cargos, debates de partidos entre outros. Os autores, ao compreender a política como uma ação pública, apresentam os dispositivos político-administrativos, momento em que são elaborados e implementados programas.

Para que uma política pública se materialize, Muller e Surel (2002) apontam a necessidade de que sejam mobilizados elementos de valor e de conhecimento, além de instrumentos particulares, então, a finalidade deve ser concretizar objetivos que foram estabelecidos pelos atores públicos e privados. Os objetivos de uma ação pública são construídos a partir de estudos e de reuniões, por exemplo. Para Muller e Surel (2002), todo programa de ação pública deve ter um caráter normativo.

Lotta (2019) afirma que existe um ciclo para explicar a política pública. Esse possui quatro fases: a agenda, a formulação, a implementação e a avaliação, nem sempre tal ciclo se materializa dessa forma linear, todavia, a ideia auxilia a compreensão dos processos decisórios. Nesse ciclo, define-se no primeiro momento a agenda e os temas prioritários. Em seguida, busca-se a formulação da política, quando se compreende quais atores estão envolvidos nesse processo. Na terceira fase, chamada de "implementação", os planos são formulados. A última fase, segundo Lotta (2019), é a avaliação, na qual os resultados das políticas públicas são mensurados.

Segundo Paiva (2014), na fase da formulação de uma política, os atores envolvidos buscam desenvolver formas para resolver o problema encontrado e criam alternativas.

Nesse momento, serão estabelecidas as regras do processo político que se materializam, principalmente, via legislação, negociações e disputas. Para Paiva (2014), os problemas entram na agenda de uma política pública quando ganham evidência entre as autoridades ou a partir da interpretação ao reconhecê-lo como um problema.

Atualmente, no município do Rio de Janeiro, existem algumas políticas públicas para refugiados e migrantes que já se encontram legitimadas e normatizadas. Em nível Estadual, foi criado o Plano Estadual de Políticas de Atenção aos Refugiados do Rio de Janeiro, instituído pelo decreto nº 44.924 de 22 de agosto de 2014.

O plano possui seis eixos temáticos: documentação, educação, emprego e renda, moradia, saúde e ambiente sociocultural. Na área da saúde, a atuação com os refugiados e migrantes é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) na Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SAPV). A SAPV foi criada recentemente, em 2019, para dar visibilidade a determinados grupos como: pessoas com sofrimento psíquico e/ou adoecimento mental; pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário e em medidas socioeducativas; pessoas negras; indígenas; lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgênero; habitantes do campo, águas e florestas; imigrantes e refugiados (SALES, 2019).

Em 2022, foi criado um projeto de lei que institui a Política Municipal de Assistência Integral à População Imigrante e Refugiada no âmbito do Município do Rio de Janeiro. Essa lei leva o nome do refugiado morto na cidade, Moïse Kabagambe, com a sua morte, essa população ganhou uma outra evidência. Os objetivos dessa política são garantir à população imigrante e refugiada o direito à assistência social, assegurando o acesso aos mínimos sociais, ofertando serviços de acolhida aos que vivem em vulnerabilidade social; garantir o acesso universal da população imigrante e refugiada à saúde; promover o direito ao trabalho; garantir o direito à educação na rede de ensino público municipal; valorizar a diversidade cultural; dar acesso à população imigrante e refugiada aos programas habitacionais; e a inclusão em programas e ações de esportes, lazer e recreação e; garantir seu acesso aos equipamentos esportivos municipais (CAMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2022).

Na área da saúde municipal, ainda não existe uma política específica e legitimada para os refugiados e migrantes, no período de 2021 e 2022, a política se encontrava na fase de formulação. Pode-se inferir que a implementação e a formulação dessa política vêm ocorrendo ao mesmo tempo, na medida em que a gestão procura reconstruir o trabalho que teve interrupções e desenhar uma política. Enquanto não existe uma política desenhada e legitimada, os atendimentos aos refugiados e migrantes na rede de saúde não pararam, eles continuaram, principalmente, nas Clínicas da Família, definindo a fase da implementação. Diante disso, compreende-se a partir dos estudos de Muller e Surel (2002) que nem sempre o ciclo de políticas públicas se materializa linearmente como é demonstrado na análise

sequencial. Muitas vezes, as fases podem ocorrer em outra ordem, juntas ou até mesmo alguma das fases pode não existir.

Durante a formulação da política de saúde para migrantes e refugiados, os gestores estão realizando oficinas com os profissionais que atuam no território, na Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP), quando busca-se levantar as necessidades dos profissionais. A partir das dificuldades identificadas foi possível realizar as capacitações para os profissionais que atuam no território diretamente com esse público. Na Clínica da Família, onde a política está na fase de implementação, o trabalho com refugiadas e migrantes tem sido executado principalmente com acompanhamento priorizando a “porta aberta”, fato considerado essencial para estabelecer uma aproximação entre usuários e a unidade de saúde. Sobre isso Ag2 afirmou: “[...] *E a gente sempre priorizou a porta aberta para eles, quando eles chegavam, para sentirem, ter vínculo. Porque eles chegavam muito receosos e atualmente eles já entendem qual é o nosso trabalho*” (AG2).

A política de atendimento para migrantes e refugiados ainda não foi legitimada, ou seja, não está definida como uma lei. Segundo Muller e Surel (2002) a legitimação também é uma fase das políticas públicas, trata-se do momento em que as escolhas se tornam aceitáveis juridicamente e na opinião pública. A legitimação ocorre, geralmente, junto ao processo decisório e, por isso, é difícil desvinculá-la da formulação de uma política. Para Muller e Surel (2002) “(...) o caráter legítimo de uma decisão remete, também, à sua percepção pelos interessados, decisão esta que deve ser percebida como aceitável, senão justa” (MULLER; SUREL, 2002, p.103).

Para o desenvolvimento do trabalho com os refugiados e migrantes na saúde municipal, entende-se a **importância da comunicação entre gestores e profissionais no território**. No município do Rio de Janeiro, os profissionais que estão na gestão buscam estabelecer uma comunicação com aqueles que estão no território, a fim de compreender qual a realidade dos refugiados e migrantes e poder intervir nela. Assim, a gestão local de políticas se torna uma importante ferramenta para o atendimento de migrantes e refugiados.

[...] entendendo que é uma pauta que está começando na secretaria, meu trabalho inicial foi fazer visitas nas CAPs. Nós instituímos um ponto focal para essa temática em cada CAP. Esse ano, cada CAP tem uma pessoa que está com essa pauta, não só com essa pauta, tem outras, mas está responsável por essa pauta em cada CAP. E a gente começou a fazer reuniões nas CAPs com os profissionais, também com alguns profissionais de saúde para poder entender como estava a problemática, como estava a questão do acesso dessa população (AG1).

Para Mafra e Neves (2009), devido à descentralização das políticas públicas houve uma maior ênfase na gestão municipal. A descentralização possibilitou uma transferência do poder de gestão, planejamento, execução e decisões para os municípios, com ela, veio a compreensão de que aqueles que estão mais próximos dos cidadãos podem atender melhor

às necessidades locais. Diante dessa experiência, é possível construir bases para uma política.

Sobre a descentralização na saúde, Spedo et al. (2009) apontam que há duas concepções, uma relacionada ao projeto de Reforma Sanitária, que a defendia como uma estratégia para aproximar os serviços de saúde das necessidades dos cidadãos, o que tornou possível ampliar os espaços democráticos, a participação social e o poder local. A descentralização, para Spedo et al. (2009), também pode ser pensada a partir da Reforma do Estado, nesse caso, o objetivo foi a modernização que reduziu o papel do Estado e as responsabilidades passaram a ser divididas entre Estado, sociedade e mercado.

Segundo a Lei Orgânica de Saúde (1980), compete ao Município as ações de planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, além da execução deles. O Estado é responsável por promover a descentralização para os municípios, acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas de saúde, prestar apoio financeiro e executar supletivamente as ações e serviços de saúde.

Para Lotta et al. (2014), a coordenação das políticas de saúde é realizada pelo Governo Federal, que a normatiza e financia; e os Governos Estaduais e Municipais ficam responsáveis pela implementação das ações. No município do Rio de Janeiro, uma das iniciativas para execução da política de saúde que comporta a relação entre gestores e os profissionais que estão na “ponta”, quando se trata do atendimento para migrantes e refugiados, é a articulação entre a SES-Rio, com a presença CTESIPIR, e a Atenção Primária. Os gestores, que estão no território, são essenciais para o desenvolvimento da política, uma vez que eles conseguem captar melhor as demandas da população.

[...] é importante ter uma pessoa de apoio, pelo menos numa Região de Saúde, na parte das APs, que o Rio chama, das Áreas Programáticas do município do Rio, pelo menos ter uma pessoa que entenda da temática de Imigrante e refugiados para fazer esse apoio dentro da Atenção Primária, essa articulação (AG3).

A saúde dos refugiados é uma pauta transversal. Segundo a gestora AG1: “[...] a gente não tinha, até então, essa pauta específica aqui [...], a gente entende como uma pauta transversal [...]”. Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH) (2013), transversalidade é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde “[...] podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (PNH, 2013, p.6).

A análise intersetorial a partir de diferentes políticas como a de educação, de habitação, de assistência social, entre outras, possibilita a visão de diferentes concepções e as práticas com maior abertura para a comunicação entre os grupos. Nogueira e Forte (2019) afirmam que a transversalidade, nas políticas públicas, possibilita uma tentativa de reunir

diferentes setores, o que motiva os diversos atores, as relações estabelecidas são de interdependência, reciprocidade e colaboração. Para Brugué (2008) a transversalidade é utilizada no contexto das novas formas de fazer política. A interação entre os diferentes atores possibilita a utilização dos recursos com mais eficiência.

Todavia, nem tudo pode ser considerado transversalidade, para ser transversal é preciso atuação de diversos atores, os objetivos devem ser comuns, as relações devem ser contínuas e sem hierarquias, recíprocas e precisa haver colaboração. Segundo Brugué (2008), sem esses fatores, só existe uma estrutura padrão. Nogueira e Forte (2019) apontam que não basta apenas uma articulação entre as secretarias e as políticas, é preciso que uma nova forma de pensamento seja estabelecida na gestão, compreendendo que os problemas que afetam os indivíduos são multidimensionais.

4.2.2.2.

Atendimento na Rede de Serviços de Saúde

Na categoria **atendimento na rede de serviços de saúde**, foram identificados os seguintes conteúdos temáticos: **(a) o fluxo de atendimento é espontâneo nas unidades e específico para Operação Acolhida, (b) o trabalho de identificação na Clínica da Família é feito nos territórios, (c) O trabalho em grupo é feito com as refugiadas e as principais demandas são planejamento familiar e pré-natal; (d) as ONGs contribuem para o acesso ampliado à saúde.**

O fluxo de atendimento é espontâneo nas unidades e específico para Operação Acolhida. Percebe-se que apenas existe um fluxo de atendimento na saúde para os refugiados que chegam através da Operação Acolhida, para os demais não é possível controlar ou até mesmo saber quando chegam no município. O trabalho com os demais refugiados é realizado no território, os profissionais das Clínicas da Família identificam a chegada deles e buscam fazer um trabalho de aproximação. Para AG1: “[...] o trabalho é o que? Se aproximar dessa família fazer toda essa avaliação, se chegou mais alguém novo no território e tentando mapear, e aí, é uma população que vem por conta própria, a gente não consegue ter, falo assim, é o fluxo pela operação Acolhida [...]” (AG1).

Segundo as informações do Ministério da Defesa, a Operação Acolhida teve início em fevereiro de 2018, sua função é atender o fluxo de pessoas que chegam da Venezuela. Tal fato resultou na assinatura do Decreto n.9.285, em 2018, pelo Governo Federal, para atender a situação de calamidade pública que se instaurou em Roraima. Foram determinadas medidas emergenciais para os migrantes e refugiados através da Medida Provisória 820, substituída pela Lei 13.684/2018, a qual dispõe sobre as ações de assistência emergencial para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade, decorrente de fluxo migratório provocado por uma crise humanitária. No governo Bolsonaro, houve uma maior

atenção aos venezuelanos, influenciada pela ideologia de combate aos governos considerados de esquerda como o de Nicolás Maduro.

A Operação Acolhida possui três frentes: Ordenamento da Fronteira Brasil-Venezuela; Abrigamento, acolhimento de imigrantes da Venezuela e interiorização dos Imigrantes, segundo as informações do Ministério da Defesa. Com a frente "acolhimento" e "interiorização", os venezuelanos são encaminhados dos abrigos localizados em Boa Vista para os Centros de Acolhida e Integração (CAI) que ficam em outros Estados. Nesse processo, quando os venezuelanos seguem para os CAIs, no acolhimento, eles são referenciados aos serviços de saúde na Atenção Primária e para os outros serviços da rede (ACNUR, [s/a]). Segundo a gestora AG1:

[...] esses Venezuelanos chegam, o Ministério da Saúde é acionado e depois a Secretaria de Saúde é acionada [...]. A apoiadora da área e clínica responsável, um profissional da clínica responsável e a gente faz o acolhimento dessas pessoas que chegaram, a escuta inicial. A gente fala sobre o SUS, como é o acompanhamento, faz a diferenciação da atenção primária, pra atenção terciária, primária, secundária, qual serviço procurar, em caso de emergência, qual a clínica de saúde de referência. A gente faz todo esse trabalho e escuta essa primeira demanda inicial e ali a gente faz as primeiras marcações para uma unidade de saúde, a partir de uma avaliação que é feita por uma profissional da unidade (AG1).

Atualmente, com um trabalho já consolidado e um maior entendimento dos refugiados, que vivem na área de Brás de Pina, sobre o que é o SUS, segue-se o fluxo normal da unidade, isso inclui também as mulheres que buscam o serviço. Em algum momento, quando havia um número maior de congoleses, estabeleceu-se um fluxo específico, porém, com o passar dos anos, isso não foi mais necessário.

[...] mas assim é o que a gente sempre faz, a gente orienta, entendeu? Como todos os pacientes, [...] a gente não tem nada diferenciado, porque já é uma população que está com a gente aqui, nos 3 de 4 anos Era a porta aberta e a gente tinha um fluxo deles terem de vacinação, essas coisas. Documentação com a assistente social. Hoje esse fluxo não é mais necessário (AG2).

Na Atenção Básica, o atendimento aos usuários inicia-se com o acolhimento, uma diretriz, que se trata do momento em que o profissional acolhe, escuta e busca uma resposta resolutive para os problemas de saúde da população que chega nas unidades. O acolhimento é uma prática das relações de cuidado, realizada entre os trabalhadores de saúde e os usuários, o trabalho deve ser realizado por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

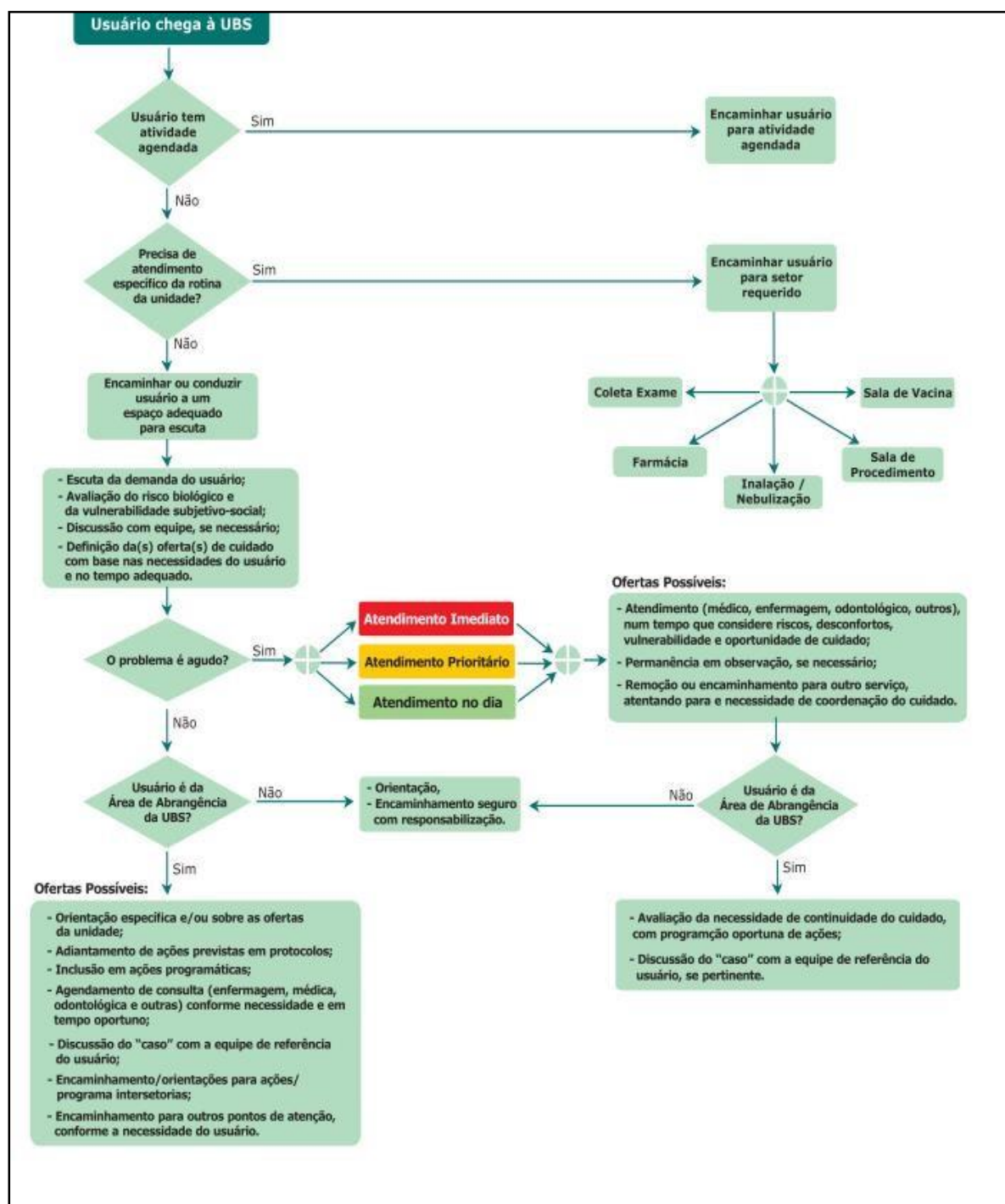
O acolhimento possui algumas dimensões que devem ser compreendidas no

processo de trabalho na saúde. Em primeiro lugar, é ⁴⁶importante apontar que é um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, contempla não só a agenda programada, mas também as demandas espontâneas, olhando cada uma de forma individual. O acolhimento é visto como uma postura, atitude e tecnologia de cuidado, uma vez que aparece nas relações entre os trabalhadores e usuários, no modo que a escuta é realizada, na forma de lidar com os fatos, no posicionamento ético situacional, tudo isso tem influências chamadas "tecnologias leves-duras"⁴⁷ (BRASIL, 2013).

O acolhimento também é compreendido como um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, não se restringe a uma mera triagem que direciona o usuário para o atendimento médico. As equipes devem entender a importância de cada profissional no acolhimento, levantando questões como recepção, avaliação de risco e vulnerabilidade, ações imediatas, encaminhamento, agenda dos profissionais, oferta do cuidado, ou seja, a escuta deve ocorrer de forma ampliada (BRASIL, 2013). O modelo de fluxograma para atendimento nas unidades de Atenção Básica é apresentado a seguir.

⁴⁷ Segundo a UNASUS (s/d) pode ser definida como: [...] conhecimentos técnico-científicos específicos, servem de subsídio para o manejo grupal. Também auxiliam na confecção de recursos pedagógicos como álbuns seriados, vídeos educativos, panfletos, cartazes (UNASUS, s/d).

Figura 12 - Fluxo de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

A Cáritas também está presente no fluxo de atendimento quando os refugiados procuram a ONG pelo seu histórico de trabalho com refugiados, para os gestores, a maior parte da procura é realizada pelas mulheres refugiadas. Há casos em que a procura ocorre antes mesmo dos refugiados irem para uma unidade de saúde. Nesse contexto, a Cáritas, muitas vezes, busca garantir atendimento em unidades próximas a ela, nas Clínicas da Família, localizadas na região da Tijuca, depois os usuários são referenciados para sua Área Programática (AP). A Cáritas atua em diversas frentes e utiliza um fluxo de atendimento

espontâneo. A página da Prefeitura *Onde Ser Atendido* é bastante usada para fazer os encaminhamentos para as unidades da SMS-Rio, pois nesse site é possível ao colocar o Código de Endereçamento Postal (CEP) e assim localizar a Clínica da Família que atende o usuário, conforme sua AP.

Os gestores apontam que o ***trabalho de identificação é feito nos territórios***. Os profissionais da Atenção Primária são capacitados para compreender as vulnerabilidades das refugiadas e migrantes, e assim, busca-se realizar trabalhos específicos com essa população. Segundo a gestora AG1:

[...] a gente faz um trabalho todo para que eles identifiquem essa população, entendendo essa situação como de maior vulnerabilidade, assim como outras situações maiores de vulnerabilidade no território, nós vamos identificar e depois tentar fazer um trabalho específico da situação ali no território (AG1).

Para Gondim (2011), o território na saúde não está reduzido apenas ao recorte político-jurídico e operacional, trata-se também de um *lócus*, onde se materializa a prática social e as interações entre os serviços locais. No território, estão presentes a população, com seus *habitus*, e os diversos estilos de vida. Nesse sentido, Gondim (2011) afirma que as intervenções de saúde no território devem acontecer a partir do diálogo e serem compreendidas pelos formuladores e usuários. O território não é apenas um espaço de extensão geométrica, “(...) mas, sobretudo um conjunto de perfis demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que os caracteriza e se expressam no território em permanente transformação” (GONDIM, 2011, p.75).

Gondim (2011) afirma que, nos últimos anos, os conceitos da geografia como espaço, território, região e lugar vêm sendo incorporados no campo da saúde. Gondim et al. (2008) apontam a importância das aproximações entre os conceitos de território e espaço. Espaço é definido como os “[...] conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes” (GONDIM ET AL., 2011, p.1). Já o território, para Gondim et al. (2011), também é um espaço, no entanto, singularizado, pois possui limites que podem ser político-administrativos ou referentes a grupos e atores sociais, têm relações com a história, identidade e nele são expressas as relações de poder do Estado, das agências e dos cidadãos que ali vivem.

Para Sack (1986), a territorialidade, outro conceito usado no campo da saúde, tem relação com controle, sendo resultante das relações econômicas, políticas e culturais. A territorialidade é uma expressão da geografia, cuja finalidade é o exercício do poder em uma determinada área. Rafestin (1980) aponta que o poder tem como finalidade o controle e a dominação sobre os homens e as coisas. Para os estudos da geografia, as relações de poder ocorrem entre a população que está na origem do poder; o território que é a cena do poder

e o local onde as relações se tornam materiais; já os recursos são responsáveis por condicionar o alcance da ação. Para Gondim e Moken (2017), nos estudos sobre saúde, territorialização é o

Processo pelo qual populações, pessoas, grupos, organizações e instituições se fixam em um espaço, em determinado tempo (espaço temporal), e no qual organizam e estabelecem relações sociais que possibilitam criar identidade, vínculo e pertencimento ao lugar (GONDIM; MOKEN, 2017, p.36).

Ao incorporar o conceito de territorialização no campo da saúde ficam evidentes as formas de intervenção como estratégias de investigação e elaboração de instrumentos, com a finalidade de coletar dados, a fim de compreender a dinâmica da população daquele local. Ao adquirir essas informações, pode-se pensar em intervenções individualmente ou coletivamente, conforme apontou Gondim e Moken (2017).

A Atenção Básica tem como um de seus fundamentos e suas diretrizes o território adstrito, permitindo o planejamento, a programação, descentralização e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, de forma que haja resultados nos condicionantes e determinantes de saúde. Daqueles que vivem no território, as ações devem ocorrer vinculadas ao princípio da equidade, sempre pensando nas desigualdades estabelecidas (BRASIL, 2017).

Uma das premissas da organização das RAS é que a Atenção Básica é a principal porta de entrada no SUS, formada por equipes multidisciplinares e atendendo às necessidades da população através da coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). Para as refugiadas e migrantes, não é diferente, pois as unidades da Clínica da Família estão localizadas dentro do território e mais próximas da população mais vulnerável. As localidades onde vivem no município do Rio de Janeiro são permeadas por diversas questões como poder local, violência urbana, e vulnerabilidade. Diante disso, AG3 afirma:

A gente tem buscado é essa aproximação com os territórios, que é uma coisa que nós sentíamos muita falta. E devido à demanda dos técnicos, nos municípios, nem sempre se conseguem acompanhar todas as reuniões. Então, nós temos chamado pessoas dos municípios para também participarem (...) (AG3).

Em consonância com os princípios da PNAB os gestores buscam ter foco na população refugiada que está no território, porém, especialmente, os que se encontram em maior vulnerabilidade, pois isso muda conforme a nacionalidade, por exemplo, os considerados nessa condição atualmente são os venezuelanos, os africanos e os de alguns países asiáticos. Algumas nacionalidades que vêm de uma migração mais antiga, como espanhóis e portugueses, não estariam nessas condições e teriam uma maior estabilidade

no município, como afirmou AG1.

Uma das ações realizadas com as mulheres congolesas na Clínica da Família é o trabalho em grupo, assim, **existe um momento somente para as refugiadas na saúde**. Trata-se de um momento no qual os profissionais escolhem um dia no ano, com a mediação da liderança local, um pastor também congolês, as mulheres refugiadas se dirigem à unidade e podem esclarecer suas dúvidas sobre saúde. Segundo os profissionais de saúde, as principais demandas das mulheres congolesas têm sido o planejamento familiar e o acompanhamento pré-natal.

[...] Assim, a gente aborda todos os temas de saúde da mulher, é planejamento familiar. Então, tira todas as dúvidas, elas teriam um momento só delas que elas já têm essa cultura de ter esse dia, mesmo assim, para elas, que assim a gente fica disponível para elas, e aí, não fica nenhum, nenhum homem, né? [...]. Então, elas sabem que aquele momento de elas tirarem as dúvidas. Então, assim, a gente leva uma pauta que é planejamento familiar, orientação, saúde bucal, mas assim, aí, a gente acaba tirando as dúvidas [...] (AG2).

Nunes et al. (2013) compreendem que a Educação em Saúde é uma prática, que se constitui como um instrumento de participação popular e contribui para que haja trocas entre saber científico e popular. Na Educação em Saúde, é estabelecida a participação da comunidade de forma ativa, trocando saberes, a informação em saúde e a educação sanitária, cujo objetivo é promover uma melhoria da qualidade de vida da comunidade. Logo, para Nunes et al. (2013), essas ações devem levar em consideração a realidade dos usuários dos serviços. Vale ressaltar que há, nessa concepção, o entendimento da importância do pensamento coletivo, da análise das crenças e dos valores dos grupos, além da compreensão da população sobre o que são os agravos à saúde e as suas vivências.

Para Alves e Aerts (2011), a Educação Popular está dentro das teorias sociais, pois compreende-se que ela torna possível a transformação social, partindo da realidade das pessoas e considerando a cultura delas. As relações que são estabelecidas entre usuários e equipe de saúde, como é proposto nas reuniões entre as mulheres refugiadas e os profissionais, tem o objetivo de possibilitar que um processo de aprendizagem mútua.

A rede de atendimento não é composta apenas pelos serviços de saúde, integra também outras instituições e atores. Diante disso, **as ONGs contribuem para o acesso ampliado à saúde**. Atualmente, o atendimento para refugiadas conta com o apoio de instituições como a Cáritas, conforme já foi afirmado, possui um histórico, desde o período da ditadura militar, no que diz respeito ao atendimento para refugiados e migrantes. A Cáritas, segundo AG1, faz parte do fluxo de atendimento para refugiadas na saúde e, muitas vezes, eles identificam as demandas de saúde que chegam, portanto, elas constituem-se como um importante parceiro da SMS-RJ. A Cáritas também garante acesso a outras políticas públicas além da saúde, como a proteção legal, acesso a documentos, educação

de crianças, auxílio financeiro, demandas emergenciais como moradia, alimentação, emprego, entre outros.

Para os gestores, existem outras ONGs, no município, que contribuem para o acesso ampliado à saúde de refugiadas como a “Mawon”, uma ONG cujo objetivo é a promoção de direitos para migrantes que se encontram em situação de vulnerabilidade, suas ações são baseadas em três frentes: educação, cultura e arte. Nela, busca-se defender a mobilidade humana e fortalecer a geração de renda dos migrantes (MAWON,s/d).

Para AG3, deve-se olhar para as refugiadas e migrantes além da saúde, é preciso pensar em outras demandas, pois a saúde não se resume apenas à ausência de doenças. Além disso, instituições como a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e ACNUR têm contribuído para a prevenção de violência contra mulheres. Nessa concepção, a geração de renda seria importante para que as mulheres tivessem a possibilidade de sair de situações de violência, muitas vezes, acompanhada pela dependência financeira. É importante ressaltar que as dimensões de trabalho e renda são pertinentes, entretanto, a violência é um fenômeno complexo e que possui múltiplas determinações.

[...] E que eles tenham acesso ampliado, não só a questão de saúde, mas também a questão de geração de renda, tem uma parte importante de geração de renda para mulheres, eu não conheço a fundo o trabalho, mas eu sei que existe esse trabalho. E com a OIM, com a ACNUR, também tem uma rede muito importante, inclusive, de prevenção à violência contra a mulher. Porque eles também focam em geração de trabalho e renda, isso faz com que a mulher tenha empoderamento para sair de um ciclo de violência (AG3).

Além das ONGs, o atendimento na rede de saúde no território também conta com instituições **como as igrejas que fazem algumas mediações**. Na região de Brás de Pina, os refugiados congolese têm a igreja evangélica, que fica localizada na área como uma referência para eles. O pastor que atua na igreja, também congolês e que realiza os cultos em um dos dialetos do país, constituiu-se como um mediador, muitas vezes, entre essa população e o serviço de saúde. Sobre esse assunto AG3 afirma: “(...) *mas a gente tem essa igreja que assim ele articula qualquer problema que a pessoa tem ou sentiram alguma dificuldade (...)*” (AG3).

Nota-se que o pastor da igreja localizada no território é um importante mediador e, geralmente, facilitador para o acesso de refugiadas congolese às unidades de saúde. Percebe-se que existe um vínculo de confiança entre eles. Essa mediação parece dar mais segurança para essa população, que chega ao local com medos e incertezas, e a própria igreja é um ponto de acolhimento.

No entanto, pode-se pensar que esses tipos de relações têm vantagens, mas podem estabelecer problemas. Nesse sentido, Maia e Azize (2020) analisam que as relações estabelecidas na localidade sanaram o problema de pouco acesso dos congolese à unidade

de saúde, contudo, o pastor, também congolês, se estabeleceu como uma figura que coordena o cuidado da população refugiada, não só no território, mas também fora dele, o que já foi motivo de problemas.

4.2.2.3.

Importância da Educação Permanente

Na categoria **importância da Educação Permanente** foram encontrados os conteúdos temáticos definidos como: **(a) a Educação Permanente é essencial para essa pauta; (b) a capacitação também é feita no dia a dia; (c) Educação Permanente não é só uma questão de saúde da mulher imigrante.**

Quando se refere ao tema Educação Permanente, os gestores afirmam **ser primordial para essa pauta**. Segundo Cecim e Ferla (2008), a Educação Permanente é uma política dentro do campo da saúde, buscando articular ensino, trabalho e cidadania. É uma opção político-pedagógica. Está definida na Resolução CNS n.353/2003, como a *Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*, e na Portaria MS/ GM n.198/2004, que institui a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde* para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

Cecim e Ferla (2008) apontam que a política da Educação Permanente é uma estratégia, na medida em que contribui para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores dos SUS. A ação de Educação Permanente, desenvolvida no município do Rio de Janeiro para refugiados, tem sido voltada, principalmente, para capacitação dos profissionais, a fim de que eles compreendam mais sobre a temática de refúgio e migração.

Na verdade, ela é essencial, então, esse trabalho que a gente fez das oficinas, o que a gente entende é que, em 2022, a proposta é que a gente consiga desdobrar isso em atividades de educação permanente no território, fazer pequenos grupos, para poder discutindo com os profissionais, agentes comunitários, enfim, todos os profissionais sobre isso. A gente entende que isso é primordial para essa pauta (AG1).

Ferreira et al. (2019) apontam que a Atenção Primária é um espaço importante para concretização da Educação Permanente, pois devido a sua proximidade com a comunidade e com os usuários, é possível realizar práticas compartilhadas entre a equipe e os usuários, além do trabalho em equipe interdisciplinar. Para Ferreira et al. (2019), é no exercício cotidiano do trabalho na saúde que as ações de Educação Permanente são desenvolvidas, quando há articulação entre os diferentes atores e nas equipes multidisciplinar e interdisciplinar.

Nesse contexto, para a gestora AG2, as **capacitações são feitas no dia a dia**. Cecim e Ferla (2008), em seus estudos, afirmam que a Educação permanente é uma prática de ensino-aprendizagem, constitui-se como a produção de conhecimento que é feita no dia a dia, dentro das unidades de saúde, a partir da realidade vivenciada tanto pelos usuários, quanto pelos profissionais de saúde. Busca-se, com a Educação Permanente, estabelecer relações de igualdade no processo de aprendizagem, problematizando o ensino mecânico estabelecido na sociedade, logo, se apoia no ensino problematizador.

Observa-se que a Educação Permanente não é realizada apenas com os cursos de capacitação, mas sim, no dia a dia do trabalho com as equipes de saúde, uma vez que, nas unidades, sempre se realiza reuniões técnicas. As capacitações não se limitam apenas aos profissionais de saúde, mas devem incluir todos aqueles que trabalham com os usuários, como quem está na recepção, por exemplo. Nesse sentido, Sarreta (2009) afirma que a Educação Permanente vai além das capacitações e treinamentos, é construção de conhecimentos horizontais, intersetoriais e interdisciplinares, trata-se do debate crítico pautado no cotidiano dos serviços de saúde, problematizando a realidade concreta de trabalho.

Eu sempre faço reunião de módulo, uma vez ao mês, ou de 3 em 3 meses. A reunião de módulo, que é com a clínica toda, e o ponto principal é o acolhimento, a escuta do paciente. Fazemos sempre reunião técnica. E na reunião técnica, também, nós sempre abordamos, e geralmente também a reunião com os ACS [...] até a portaria a gente até trabalha isso com uma portaria que, às vezes, na portaria, se a cara não tem conhecimento, às vezes, ele dá uma informação que a pessoa volta (AG2).

No âmbito da saúde Municipal e do Estado, a **Educação Permanente não é só uma questão de saúde da mulher migrante**, uma vez que apontam a sua importância para os profissionais que atuam em outros grupos considerados vulneráveis na saúde. Cabe salientar que Educação Permanente está na estrutura da SES/RJ, com a Superintendência de Educação em Saúde, e tem contribuído para o desenvolvimento das ações para todo o Estado.

[...] tem núcleos de educação permanente dentro das unidades, para que a gente possa gerar multiplicadores desse conhecimento, melhorando atendimento da mulher migrante e refugiada. E não só a questão de saúde da mulher, mas também ampliar para as outras questões de saúde dos migrantes e refugiados (AG3).

4.2.2.4.

Produção de dados sobre a saúde de refugiados e migrantes e material informativo

Sobre a **produção de dados de refugiadas e migrantes e de material informativo** foram encontrados os seguintes conteúdos temáticos: **(a) foram elaborados materiais informativos em outros idiomas; (b) necessidade de produzir um documento para conhecer melhor os refugiadas e migrantes; (c) não existem dados sistematizados sobre saúde de refugiadas e migrantes.**

Uma das formas de ampliar o acesso de refugiados e migrantes nos serviços de saúde e de possibilitar que eles tenham maior conhecimento sobre como é o funcionamento da saúde no Brasil é através da tradução⁴⁸ de materiais informativos para outros idiomas. Portanto, nos últimos anos **foram elaborados materiais informativos em outros idiomas** pelo CTESIPIR em parceria com outras instituições. Segundo a gestora AG3: “[...] *A gente já elaborou (...) materiais, falando de como funciona o SUS, porque é uma realidade diferente da saúde que eles têm no país deles. Então, a gente elaborou esses materiais, a gente propõe informações profissionais nos municípios*” (AG3).

Identificou-se algumas traduções como a cartilha *Saúde da População Imigrante e Refugiada: Mitos e Verdades*, que foi traduzida em espanhol, francês e inglês. Nessa cartilha, abordou-se temas como o racismo, a xenofobia, que afetam o acolhimento e a saúde mental dos pacientes (SAPV, 2022). Também foi elaborada a cartilha *A saúde no SUS é um direito de todos: Orientações para imigrantes e refugiados*. Tal tradução, trouxe informações sobre a infecção pelo coronavírus e orienta onde os refugiados e migrantes podem buscar atendimento. Busca-se trazer informações sobre o direito de ser atendido no SUS de forma gratuita e igualitária mesmo não sendo brasileiro (SES, 2019). E existe uma cartilha cujo título é *Orientações sobre o SUS para população imigrante e refugiada*, trata-se de uma cartilha informativa com orientações sobre o que é o SUS.

Sobre a saúde das mulheres refugiadas, a Atenção Primária produziu um material que ainda não foi divulgado, é uma cartilha sobre saúde da mulher e conta com um texto específico sobre saúde da mulher refugiada, todavia, ao tentar contato com a gestão para acessar o material, não houve sucesso. Atualmente, as cadernetas de usuários na SMS-RJ foram traduzidas para inglês e francês. Outras instituições parceiras, como o Instituto SOMA também, estão produzindo cartilhas e traduzindo para outros idiomas. Nesse sentido, foi elaborada a cartilha *Você não é louca! Entenda o que é violência psicológica e como agir*, que se trata de uma cartilha que aborda o tema sobre violência psicológica e foi traduzida para outros idiomas para que as refugiadas e migrantes também tenham acesso.

⁴⁸ As cartilhas foram traduzidas em parceria com a Cátedra Sergio Viera de Melo da UERJ, que participou das discussões. As traduções foram realizadas pela Caritas Rio de Janeiro e contou com a ajuda dos refugiados.

Para compreender a importância da produção de material em outros idiomas, pretende-se ter, como ponto de partida, o conceito de “interculturalidade”. Segundo o dicionário *Priberam*, interculturalidade é um substantivo feminino que diz respeito à interação que ocorre entre as diferentes culturas. Nesse sentido, Rankings (2016) afirma que, ao ter sociedades em contato, há interculturalidade. Para que ela exista no âmbito da saúde, promovendo uma relação entre saúde, doença, cuidado e prevenção, Rankings (2016) aponta a necessidade de identificar e analisar os processos interculturais existentes e promover ações.

Para Ramos (2012), a articulação entre comunicação e saúde é cada vez mais necessária, quando se trata do tema “interculturalidade e saúde”, visto que se trata de um elemento fundamental para promover melhorias nas práticas de saúde individual e coletivas. Na saúde, a comunicação é um elemento essencial para que os cuidados de saúde sejam concretizados. Para Ramos (2012), ao se estabelecer uma comunicação, possibilita-se que estratégias sejam usadas para informar e influenciar o comportamento dos indivíduos.

Os aspectos sociais e culturais podem ser impasses para os cuidados em saúde, pois a forma de compreender a doença, muitas vezes, muda conforme a cultura. A produção de material em outros idiomas é uma medida que tenta resolver esse problema. Muitos países têm um sistema de saúde diferente do SUS, como a República Democrática do Congo, onde o sistema de saúde é muito precário, por isso, os congoleses e outros refugiados, quando chegam ao Brasil, não costumam conseguir compreender como funciona o SUS, que é um sistema com problemas, mas é universal e gratuito.

Além da produção de material informativo, os gestores reafirmam a **necessidade de mudança nos documentos da saúde para conhecer melhor as refugiadas e migrantes**. Atualmente, existem algumas fichas que são preenchidas pelos profissionais de saúde na Atenção Primária, como o Cadastro Individual e o Cadastro Domiciliar e Territorial; e existem as fichas de notificação, como o Sistema de informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP) e a Ficha de Investigação de SG Suspeito da Doença pelo Coronavírus. Esses documentos, segundo os gestores, necessitam de que as informações sobre a saúde de refugiados e migrantes sejam qualificadas. Nesses documentos, o campo “nacionalidade” não é obrigatório, portanto, o GT de Informações em Saúde do CTESIPIR/RJ tem discutido a necessidade de mudar isso, passando a especificar qual a finalidade da pessoa estar no país, pois o deslocamento pode ser porque a pessoa está estudando ou também por turismo, ressalta-se que os dados são sigilosos.

Um dos problemas enfrentados, hoje, pelos gestores e profissionais é que **não existem dados sistematizados sobre a saúde de refugiadas e migrantes**. Para os gestores, a falta de dados na área da saúde sobre os migrantes e refugiados tem como resultado a dificuldade em identificar, por exemplo, quantos utilizam os serviços de saúde. Atualmente, só é possível saber quantos estão cadastradas.

[...] mas a gente ainda não conseguiu levantar, a gente não tem uma política que conseguiu levantar, por exemplo, o número de migrantes. Hoje, a única coisa que a gente consegue levantar é o cadastro, assim... quantas pessoas são cadastradas. A gente está com a ideia de que ano que vem a gente possa desdobrar isso ... fazer... e conseguir dados mais específicos dessa população (AG1).

Para Jannuzzi (2002), a elaboração de indicadores sociais, quando feita de forma correta, resulta em um enriquecimento da interpretação empírica da realidade social, orientando a análise, formulação e implementação de políticas sociais. Ter indicadores sociais é importante para que seja possível identificar a dimensão dos problemas sociais e, assim, promover intervenções, como apontou Januzzi (2002).

Jannuzzi (2002) afirma que um indicador social é uma medida. Geralmente, ela se materializa de forma quantitativa, carregando um significado social, sua finalidade é substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social. Para Jannuzzi (2002), os indicadores sociais, quando usados para fins acadêmicos, têm interesse teórico e, quando usados para formular políticas, são considerados programáticos. A aproximação com as universidades através de projetos de pesquisa e extensão seriam uma possível solução. Os indicadores sociais

[...] se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais (JANUZZI, 2002,p.2).

Sobre os desafios e limites para atendimento de migrantes e refugiadas na saúde foram encontrados os seguintes conteúdos temáticos: **(a) a rede de saúde como um todo enfrenta problemas; (b) Violência contra mulher refugiada é um desafio; (c) o idioma e a cultura são desafios a serem superados.**

Para os gestores, **a rede de saúde como um todo enfrenta problemas**, logo, apontam problemas como o desfinanciamento do SUS, a precariedade dos vínculos de trabalhos e dos serviços ofertados. Esses problemas afetam as brasileiras e as refugiadas. Segundo AG3,

Tem os desafios da rede como um todo, que é o desfinanciamento do SUS, precariedade dos vínculos de trabalho, e dos serviços ofertados, mas além disso, a gente tem a dificuldade de acesso, das pessoas não saberem, muitas vezes, seus direitos, para imigrantes e refugiados, para a mulher Imigrante e Refugiada é a questão da barreira da linguagem (AG3).

Segundo Mendes (2019), o SUS enfrenta desafios para se consolidar. Um deles diz respeito à segmentação e à universalização, já que ainda há necessidade do SUS se materializar como um sistema público universal e que seja como está proposto na Constituição, com bases em um modelo beveridgiano. As dificuldades para que isso se concretize ocorrem porque ainda prevalecem os subsistemas de saúde suplementar de pagamento no país.

O financiamento do SUS, diante do cenário de avanço do neoliberalismo, segue sendo reduzido, tal fato tem impactos diretos para aqueles que utilizam os serviços públicos. Mendes (2019) aponta que, desde 1988, com a elaboração da Constituição Federal, houve diversas mudanças normativas. Em 1994, os recursos da saúde foram retidos para custear os benefícios previdenciários na época. Em seguida, aconteceu um novo ataque nos recursos da saúde, pois com o Plano de Estabilização do Governo, reteve-se 50% dos recursos da saúde, foi nesse período que se criou o mecanismo de Desvinculação de Receitas da União (DRU)⁴⁹, o que motivou que os recursos da saúde e das outras políticas sociais fossem aplicados em outras áreas.

No ano 2000, Mendes (2019) analisa que o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional (EC) nº 29, regulamentada em 2012, através da Lei Complementar 141. Com a EC nº 29, estabeleceu-se que os Estados devem aplicar um mínimo de 12% e os municípios, 15% de suas receitas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). O desmonte na saúde seguiu através de Emendas e Leis Complementares, e em 2015, foi aprovada a EC nº 86. Com ela, passou-se a ter como base para o financiamento a receita corrente. Por fim, em 2016, no contexto do golpe aplicado ao governo de Dilma Rousseff, foi aprovada a EC nº 95, congelando as despesas primárias da União até 2036. Com a crise fiscal, Mendes (2019) compreende que será difícil que os entes federativos consigam ter um aumento nos recursos de saúde.

Os desafios do SUS também são vistos pelos gestores, a partir da precariedade dos vínculos trabalhistas como foi apontado. Nesse sentido, Pires (2009) afirma que a precarização das relações de trabalho tem acontecido, principalmente, e com maior intensidade na produção industrial, mas se estende a outros setores da sociedade de formas diferentes. Na saúde, cresce o número de trabalhadores que não têm um trabalho protegido, segundo Pires (2009)

Uma das mudanças recentes, no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, é o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontrase: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar

⁴⁹ A Desvinculação de Receitas da União (DRU) é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados, por lei, a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado (SENADO NOTÍCIAS, [S/A]).

atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PIRES, 2009, p. 318-319).

Outro desafio apontado pelos gestores, quando se trata do atendimento para as mulheres refugiadas na saúde, é a questão da violência. Assim, afirma-se que ***violência contra mulher refugiada é um desafio***, para as gestoras, essa questão também está vinculada com os problemas de idioma e a falta de preparo dos profissionais. Há situações em que os mediadores de um atendimento na saúde são outros refugiados, que já falam português, logo, uma terceira pessoa, durante o atendimento de violência pode ser um limitador para o andamento da consulta. A problemática da violência sexual contra as refugiadas implica na necessidade, também, de ampliar a rede de saúde mental para um acompanhamento.

Para Cavalcanti et al. (2022), no que diz respeito às políticas públicas voltadas para o combate à violência sexual, pode-se observar significativos avanços, entretanto, ainda há pouca abordagem nos órgãos de formação em relação a esse tema. Como um problema de saúde, as autoras apontam que vem sendo abordado, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, nas discussões sobre relações de gênero e direitos humanos, logo, a aplicação do tema vem sendo incorporada a partir de duas dimensões: seu conhecimento propriamente dito e da aplicação prática.

Cavalcanti et al. (2022) afirmam que é preciso uma articulação entre educação superior e os sistemas de saúde, de modo que acompanhem o que está proposto na Constituição, na Lei Orgânica de Saúde e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para essa área. Nos estudos de Moreira et al. (2018), compreendeu-se que o Ministério da Saúde orienta que o setor saúde seja capacitado e esteja apto para prestar atendimento, conforme os protocolos técnicos, e garantir um atendimento humanizado para as vítimas de violência sexual.

Embora identifique-se ações como capacitações e cursos, os profissionais de saúde afirmam que não se sentem preparados para realizar esse tipo de atendimento. No estudo realizado, constatou-se que há profissionais que não tiveram contato com o tema durante a formação, isso ocorreu já na prática profissional. Quando se trata do tema “violência sexual contra mulheres refugiadas” essa situação se agrava ainda mais, pois além da formação, é preciso empatia e atendimento humanizado, como afirmam as gestoras.

A discussão sobre a violência contra as mulheres refugiadas também vai incluir a violência obstétrica. Para AG3, se as mulheres brasileiras são afetadas por esse problema, as refugiadas e migrantes não estão livres, isso se agrava, quando somada a barreira de idioma, visto que há uma maior dificuldade para o acolhimento de alguém que não compreenda.

[...] a gente vê que, às vezes, as mulheres nacionais sofrem violência obstétrica, imagine uma mulher que, às vezes, não vai saber falar direito o idioma, não vai saber se expressar, ou falar corretamente o que ela está sentindo. A dificuldade de acolhimento dessa mulher é muito maior, se não tiver um profissional que tenha empatia, que tem a formação do atendimento humanizado [...] (AG3).

Sobre a violência obstétrica, Santos e Barros (2022) apontam que todas as mulheres estão suscetíveis a serem vítimas, devido à forma de compreensão a respeito do parto que existe em nossa sociedade, somado a outros fatores como a cultura sexual, valores de gênero, raça, classe social, geração, entre outros. Para Santos e Barros (2022), a partir da análise de dados, é possível identificar os marcadores de raça, quando se percebe que as mulheres brancas, negras e pobres acessam aos serviços de saúde reprodutivas de forma diferente. As primeiras, utilizam mais os serviços privados, sendo submetidas a parto por cesárea e; as segundas, os serviços públicos, realizando parto vaginal.

Para as gestoras **o idioma e a cultura são desafios a serem superados**. O idioma e a cultura aparecem como desafios para os gestores que atuam com a política de saúde e com as refugiadas e migrantes. Tal problemática fica visível com profissionais que utilizam, por exemplo, recursos como o *Google Tradutor* nas consultas ou, como já foi mencionado, precisam de uma terceira pessoa no atendimento que faça a interpretação. É importante ressaltar que a falta de intérpretes nas unidades de saúde se constitui como um desafio e nas entrevistas, quando aparece somado à questão da violência sexual, é trazido a gravidade de se ter uma outra pessoa nos atendimentos, visto que se trata de um atendimento sensível, ficando uma questão: como realizar atendimento de uma vítima de violência sexual com a presença de alguém que fala o idioma sem ser um intérprete profissional, com a presença de uma pessoa da comunidade ou familiar que pode até mesmo ser o abusador? Para a gestora AG1, uma das propostas seria a presença de mediadores culturais no município.

Sobre o tema “idioma” Gorovitz et al. (2023) afirmam que a interpretação comunitária é uma forma de garantia de direitos e uma questão sociopolítica necessária nos serviços públicos como saúde, educação, assistência social e judicial. A interpretação comunitária é importante não apenas para as refugiadas e migrantes, mas também para outras minorias linguísticas como indígenas, quilombolas e pessoas com surdez.

Gorovitz et al. (2023) apontam que, no Brasil, existem lacunas, quando se trata da formação de intérpretes comunitários. Há cursos, porém, com falantes, cujo treinamento é insuficiente ou são ainda amadores. Para as autoras, há uma desconsideração do Estado para essa demanda e que não se configura como política pública. Quando se trata da interpretação comunitária, é preciso pensar em algumas situações como a necessidade de os cursos trazerem à luz a realidade em que a atuação vai acontecer, além da ética

profissional, que deve ser central neste tema, entendendo que existe um nível de intervenção para o intérprete.

No Brasil, um dos avanços em relação à interpretação comunitária é o Projeto de Lei nº 5.182 de 2020, cujo autor é o Senador Paulo Paim. Com esta lei, institui-se que seja obrigatória a presença de tradutores e intérpretes comunitários em todas as instituições públicas dos três entes federativos: Federal, Estadual e Municipal. Estabelecida como uma política pública, passaria a ter caráter permanente ou através de núcleos especializados. Cabe apontar que, no PL proposto, a profissão de intérprete comunitário seria regulamentada. Sobre a tramitação desta lei no Senado, observa-se que, no dia 19 de maio de 2023, estava na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania e, no dia 30 de maio de 2023, aguardava a designação do relator (PROJETO DE LEI Nº 5182, DE 2020).

Além da interpretação comunitária, aponta-se a necessidade e importância dos mediadores culturais. Em reportagem publicada pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) (2021), a professora Diana Araújo afirma que não se deve limitar a mediação cultural apenas a atividades voltadas para arte, como é comum visualizar. Com a mediação cultural, busca-se intervenções em culturas diferentes. Nesse sentido, é uma atividade que vai além do direito à interpretação linguística, já que se refere à tradução cultural, logo, precisa ser uma política pública e não reduzida apenas a trabalhos voluntários.

Alguns estados e até outros países utilizam os mediadores culturais para o atendimento de refugiados e migrantes. Como estratégia, são as próprias pessoas que se encontram nessa condição que exercem esse papel nos serviços. Uma questão importante, apontada por Garcia e Gorovitz (2020), é a necessidade de distanciamento entre a prática de um mediador cultural e do intérprete comunitário.

4.2.3. Execução dos serviços

No eixo “Execução de Serviços” foram identificadas as categorias definidas como **(1) Atendimento para as mulheres refugiadas na unidade; (2) Barreiras de acesso; (3) Rede de Saúde no território; (4) Educação Permanente; e (5) Desafios e limites para atendimento de refugiadas e migrantes.**

4.2.3.1. Atendimento para as mulheres refugiadas na unidade de saúde

Na categoria **Atendimento para as mulheres refugiadas na unidade de saúde**, foram encontrados os seguintes conteúdos temáticos: **(a) O atendimento é feito sempre**

de “portas abertas” e existem dificuldades para estabelecer vínculos de confiança no primeiro momento; (b) Busca-se olhar a mulher como um todo, sem diferenças, mas atentos às especificidades; (c) As mulheres congolesas buscam os serviços para Pré-Natal, há casos de hipertensão e nota-se uma ausência de autoconhecimento.

Segundo as profissionais entrevistadas, **o atendimento é feito sempre de “portas abertas” e existem dificuldades para estabelecer vínculos de confiança no primeiro momento.** Para os profissionais de saúde entrevistados, a Clínica de Família realiza atendimento para as refugiadas sempre priorizando o que eles chamam de “porta aberta”. A premissa é que quanto mais abertos e disponíveis maior será a aderência das refugiadas congolesas ao serviço de saúde. Para Starfield (2002), a Atenção Primária tem como uma de suas finalidades que ela funcione como uma porta de entrada no SUS, assim, ela constitui-se como primeiro contato do paciente e de fácil acesso. A ausência desse do acesso a ela pode prejudicar a atenção à saúde, que acaba não sendo prestada de forma adequada, como apontou Starfield (2002).

Para os profissionais, existem algumas questões no atendimento como o idioma. Na maioria das vezes, a mulher vem acompanhada por alguém, denominado como um “representante”, esse fato parece dar maior segurança para elas, no primeiro contato com a Clínica da Família. Segundo a profissional BA1, nesse primeiro momento de contato, “(...) *elas vão ter informações, orientações sobre o que elas tiverem dificuldade de saber (...)*” (BA1). Observa-se que esse momento mencionado é o acolhimento, quando busca-se informar às mulheres sobre o funcionamento do serviço de saúde e quando se estabelece o vínculo.

Entre as diretrizes da PNAB, destaca-se a adscrição dos usuários. Nessa diretriz, traz-se a importância da criação de vínculos entre os usuários e ou famílias e os profissionais/equipes, com a finalidade de definir uma referência para o cuidado. Na PNAB, (2012) o vínculo é definido como o momento em que são estabelecidas as relações de afetividade e confiança, isso deve ocorrer entre o usuário e o trabalhador da saúde. A construção do vínculo permite um maior aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (PNAB, 2013). Outra diretriz importante no contexto dessa análise é a longitudinalidade do cuidado, também definida na PNAB, estabelece que é necessária uma continuidade da relação clínica, construindo vínculos e responsabilidades entre os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde: profissionais e os usuários.

Segundo Barbosa e Magalhães (2017), o termo “vínculo” deve ser problematizado, compreendendo-se que ele não deve ser reduzido ou confundido apenas com um contato qualquer, trata-se de algo que vai além disso. O vínculo é estabelecido como uma “(...) condição para a autonomia, para a longitudinalidade do cuidado, para a responsabilização, para a confiança” (BARBOSA; MAGALHÃES, 2017, p.1006).

Segundo as profissionais de saúde, há uma dificuldade para se estabelecer o vínculo com as mulheres congolesas, descreve-se que elas são desconfiadas nos primeiros contatos. Relata-se, por exemplo, problemas em relação à disponibilidade de informações como endereço, telefone e CPF, pois as congolesas não se sentem à vontade para concedê-los. Logo, elas dão informações incorretas, ou em situações que colocam o endereço da padaria ou da igreja localizados na comunidade, ou mais de uma mulher informa o mesmo número de telefone. Esse fato dificulta o trabalho dos profissionais de saúde, principalmente, quando precisam fazer busca ativa de gestantes. Uma questão apontada pela profissional BA1, que merece destaque, é que os africanos como um todo sofreram ao longo dos anos por serem enganadas por brasileiros, a escravização, que foi vivenciada durante anos, seria um desses problemas, tal fato teria implicações até hoje para essas pessoas e isso seria um motivador também para a desconfiança.

Então, essa mulher sempre vem acompanhada de alguém que já está aqui anteriormente. Geralmente, chegam bem acanhadas. Difícil ... assim, tem de ir pelas beiradas, até mesmo por questões culturais mesmo, e o desconhecimento aqui dos nossos costumes, é bem diferenciado, então, elas nunca chegam sozinhas para o primeiro atendimento, mas sempre que chegam, o atendimento é uma “porta aberta” e nós já temos alguns trabalhos que fazemos com os refugiados (BE1).

Percebe-se que o medo das congolesas nos serviços de saúde é reduzido pela presença dos mediadores, refugiados que já falam português e do que podemos chamar de “lideranças locais”, como o pastor mencionado. Nesse contexto, observou-se que, para os gestores, a presença desse tipo de mediação nas consultas é problematizada, todavia, para os profissionais, aparece como uma possível solução que facilita os atendimentos.

Segundo os profissionais de saúde entrevistados, **busca-se olhar a mulher como um todo, sem diferenças, mas atentos às especificidades**. Alega-se que não há distinção entre as mulheres brasileiras e as refugiadas, todas são tratadas de forma igual, porém, compreende-se que há diferenças principalmente em relação à cultura. Por serem iguais, não existe, hoje, a necessidade de ter um fluxo específico para as mulheres congolesas, BE1 afirma:

[...] É, então, nós aqui não fizemos ou melhor, nós não fazemos distinções entre congolesas brasileiras, japonesas, indianas. Não fazemos distinções de mulheres, mulheres são mulheres. Então, o tratamento que a mulher africana vai ter, a refugiada vai ter, a brasileira vai ter, e vice-versa (BE1).

Quando se fala em atendimento para públicos diferentes na saúde é preciso pensar em dois conceitos: igualdade e equidade. Para Silva et al. (2014), a equidade é entendida a partir de uma perspectiva igualitária de justiça social, o objetivo é tratar as necessidades igualmente e, as necessidades que são diferentes, de forma diversa. A busca é pela criação

de oportunidades iguais no âmbito da saúde, reduzindo as desigualdades.

Para Matta (2007), a igualdade é necessária para atingir os padrões de acesso aos serviços setoriais, políticos e econômicos. Entretanto, é preciso apontar que existem especificidades conforme a origem de grupos sociais, pois a saúde será influenciada conforme os diferentes modos de vida das pessoas. Por exemplo, pode-se apontar que grupos como a população em situação de rua, população negra, população privada de liberdade, entre outros, necessitam de ações específicas, voltadas para as suas necessidades. Ao defender uma saúde universal para todos, não se deve deixar de olhar as diferenças dos usuários do SUS.

Conforme apontam os profissionais de saúde, ***as mulheres congoleas buscam os serviços para pré-natal, há casos de hipertensão e nota-se uma ausência de autoconhecimento.*** Segundo o Ministério da Saúde, o acompanhamento para as gestantes no SUS deve ser realizado nas unidades de Atenção Básica. O pré-natal deve ser iniciado, preferencialmente, até a 12ª semana da gravidez, e tem como finalidade assegurar um desenvolvimento saudável para as mães e para o bebê. Nesse tipo de atendimento, avalia-se outros aspectos da saúde como os psicossociais, e realiza-se atividades educativas e preventivas com as gestantes.

A Atenção Básica é responsável pelo pré-natal de baixo risco, quando preciso de cuidados adicionais, busca-se a atenção secundária e ou terciária. Esse envolve todos os profissionais da unidade de saúde, inclui o acompanhamento em domicílio, realizado pelos ACS, e os riscos gestacionais são avaliados a cada encontro (SMS-Rio, 2016).

Quando se trata do atendimento de pré-natal, nota-se algumas questões. Uma delas é que, segundo as profissionais, as refugiadas buscam a atenção primária, principalmente, para atendimento de pré-natal, conforme apontado. Assim, há uma compreensão entre os profissionais de que a gravidez seria uma forma de acesso à cidadania no Brasil ou até mesmo um ensinamento passado a elas para que seus filhos adquiram o direito à nacionalidade *ius solis*. Tal fato pode ser uma visão estabelecida a partir das experiências diárias dos profissionais, ou até mesmo do senso comum, não é algo comprovado a partir de pesquisas e que não é possível ter conclusões nesta pesquisa, mas merece ser problematizado.

[...] A gente manda ir fazendo acompanhamento ginecológico, outras o planejamento familiar. Algumas já têm filhos, não querem mais, mas, geralmente, já se interessa em por um DIU ou alguma coisa, depois que já tem um filho aqui no Brasil, que é uma das demandas dela, quando ela entende tudo, eu não sei se é alguém que orienta ou se já vem sabendo uma das demandas dela é fazer o pré-natal. Elas já chegam determinadas a engravidar, porque vai facilitar a cidadania ou a facilita na documentação. Alguma já deixou os filhos ... aí, com o tempo vem os irmãos, né?. Aí vem aos poucos, a família para cá (BE1).

No Brasil, o direito à nacionalidade é definido no artigo 12 da Constituição Federal de 1988, há três formas de ser um brasileiro nato: a primeira, são os que nascem na República Federativa do Brasil, mesmo que sejam de pais estrangeiros e que não estejam a serviço de seu país. Para Silva (2009), essa é a regra *ius solis*, ou seja, “nascidos no território brasileiro”, não importa a origem sanguínea, e sim, o território. É importante ressaltar que o território é compreendido como todo limite espacial em que o Estado exerce poder.

O segundo critério estabelecido na Constituição Federal para ser um brasileiro nato, é ser nascido em um país estrangeiro, porém, o pai ou a mãe deve ser brasileiro e um deles estar a serviço do Brasil. Essa regra, segundo Silva (2009), é chamada *ius sanguinis* e aparece atrelada ao fato de estar a serviço do Brasil, que será o determinante.

A terceira forma é nascer em um país estrangeiro, o pai ou a mãe serem brasileiros, e realizar registro em uma repartição consular brasileira ou vindo a residir no Brasil. Nesse caso, deve-se optar em qualquer tempo pela nacionalidade brasileira, após adquirir maior idade. Silva (2009) aponta que essa forma é uma combinação do critério *ius sanguinis* com o registro em uma repartição brasileira.

Retornando à pauta do pré-natal, uma segunda questão sobre ele identificada é que há uma ausência de orientação no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres congoleesas, como afirmou a profissional BE1. Esse desconhecimento, muitas vezes, resulta em um número alto de filhos, na falta de busca por exames preventivos e até mesmo a dificuldade em aceitar o exame. O trabalho dos profissionais de saúde, em um primeiro momento, teve como alvo solucionar esse tipo de problema. Afirma-se que, com um trabalho de informação e educação, as congoleesas passaram a compreender o que foi passado através do que se pode entender como educação em saúde.

[...] As refugiadas elas tendem a não ter muita orientação sexual, elas têm um pouco essa dificuldade de orientação sexual, de saber o que elas querem, do que elas podem, o que pode ser interessante para elas, né? Então, elas acabam que tendo filhos assim a esmo, sem nenhuma orientação contraceptiva, uma coisa que a gente identificou muito foi as mulheres que não faziam um preventivo, elas não tinham uma saúde da mulher naquele momento atualizada, então, elas tinham um pouco essa dificuldade de aceitar o preventivo e, com isso é... nós não temos aqui, óbvio, controle natalidade, porém, nós temos o planejamento que faz com que essas mulheres não pensem que elas estão aqui só para procriar e muitas delas têm na mente, eu não sei se é na cultura eu não sei se é no, Como é que eu vou te dizer? Se eu não sei se faz parte da cultura dela, é uma coisa que é meio que ensinada [...] (BA1).

Algumas hipóteses podem ser apontadas a partir dos estudos para o alto índice de gravidez das congoleesas. Uma delas é que, nos países africanos, diferentemente do Brasil, ter filhos pode ser algo atrelado à cultura e aos hábitos estabelecidos no país, pois as crianças, segundo Welle (2019), seriam uma forma de ter um cuidador na velhice, ou até mesmo uma mão de obra. Outras hipóteses para que isso seria o baixo nível educacional

das mulheres e os casamentos precoces Para Welle (2019) e Alves (2013), nos países que compõem o continente africano, há um alto índice de natalidade, e isso é um dos desafios do país, quando atrelado à situação econômica e social em que se vive. Na RDC, entre 1950 e 2022, a taxa de fecundidade foi de uma média de mais de 6 filhos por mulher, estima-se que nas próximas 8 décadas haverá uma queda.

Cabe apontar que em reportagem publicada na Folha UOL (2023), apontou-se que há mulheres angolanas que chegam grávidas à São Paulo para dar à luz. Segundo os dados, esse número é o maior em cinco anos. De acordo com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, houve um crescimento de 10% no número de mulheres angolanas grávidas em relação a 2022.

No Brasil, o Planejamento Familiar é um direito estabelecido pela Lei federal 9.263 de 1996. Trata-se de um conjunto de ações, cujo objetivo é regulação da fecundidade, garantindo direitos iguais, no que diz respeito à constituição, limitação ou aumento da prole. Apenas homens e mulheres, com capacidade civil plena, podem se submeter aos procedimentos de cirurgia, além disso, há um critério de idade, sendo voltado para maiores de 25 anos ou que tenham, pelo menos, dois filhos vivos, o prazo para decidir e fazer a cirurgia é de 60 dias, além disso, a ação pode ser realizada em mulheres cuja gravidez possa trazer algum risco para ela ou para uma futura criança (BRASIL, 1996). Com a Lei 14.443 de 2022 houve uma atualização na lei, assim as mulheres e homens com mais de 21 anos que tem pelo menos dois filhos vivos podem realizar laqueadura ou vasectomia, não é preciso autorização do parceiro quando tem capacidade civil (BRASIL, 2022).

Segundo Pierre e Clapis (2010), a atenção primária, com a Estratégia Saúde da Família é uma das responsáveis, juntamente com os outros níveis de atenção à saúde, para executar o Planejamento Familiar, pois possui maior proximidade com a população. Para o autor, esse direito ainda enfrenta dificuldades, é necessário ações educativas de forma contínua, de forma que os homens sejam incluídos também. Pierre e Clapis (2010) afirmam que é necessário não restringir o Planejamento Familiar aos determinados métodos anticoncepcionais, é preciso que os usuários tenham autonomia para escolher de forma livre e informada.

4.2.3.2. Barreiras de acesso

Na categoria **Barreiras de acesso**, foram encontrados os seguintes núcleos temáticos: *(a) Além da pandemia, há questões de segurança no território e de sentir-se segura; (b) Acredita-se que há demanda reprimida para a saúde mental; (c) Há necessidade de compreender a cultura das congolezas, mas também fazê-las*

entender a nossa; (d) Para superar a dificuldade do idioma, busca-se estabelecer um diálogo mais direto e objetivo e; (e) O medo do racismo é uma barreira para o acesso.

Compreendeu-se que as barreiras de acesso se materializam de múltiplas formas para as refugiadas congoleesas nos serviços de saúde. Para os profissionais, **além da pandemia, há questões de segurança no território e de sentir-se segura.** Uma das questões que aparece no trabalho de campo é a violência urbana no Rio de Janeiro, pois a cidade, atualmente, sofre com o crescimento do tráfico de drogas e das milícias.

Como as unidades de Atenção Primária estão localizadas dentro dos territórios, acabam ficando expostos à violência, além disso, as refugiadas por condições econômicas, buscam viver, principalmente, nas comunidades, ficando expostas à violência urbana. Situações como tiroteios e operações policiais, muitas vezes, são impedimentos para que possam circular até a uma unidade de saúde. Na RDC, vivencia-se uma guerra civil, no entanto, no Brasil, vive-se um tipo de conflito que não é declarado pelo Estado, isso causa um estranhamento para essas pessoas.

[...] Então, eu acho, tirando a questão da pandemia. Já é uma barreira aí, tem a questão também do território, né? que a gente tem um território bem vulnerável. Assim, a questão da segurança e eu acho que isso também é uma coisa que eles estranham muito, porque é uma diferença. É uma violência diferente da que é da realidade deles, que é a nossa violência, é ali, é territorial (BE1).

A violência que afeta a saúde dos indivíduos, trata-se de um problema, não só local, é mais global, como afirmam Minayo et al. (2017). Busch (2020) declara que as unidades, onde as equipes de Estratégia Saúde da Família atuam, estão localizadas em áreas em que há maior prevalência da pobreza, de exclusão social e há a presença do tráfico de drogas. A Segurança Pública, com a afirmação de combate ao tráfico de drogas, realiza intervenções de repressão nessas localidades, principalmente, com as chamadas operações policiais, além delas, também a violência ocorre por causa dos conflitos entre facções rivais, que disputam os territórios nas cidades.

A violência urbana impacta os usuários dos serviços de saúde na medida em que os atendimentos são interrompidos, como aponta Busch (2020). Como problemas, identifica-se que a violência urbana gera insatisfação, devido à qualidade do atendimento, interfere no vínculo com os profissionais e na circulação dentro do território, fato que é essencial para o desenvolvimento do trabalho da Estratégia Saúde da Família. Para Benicio et al. (2018), a violência urbana provoca também o aumento de agravos em saúde mental, é uma barreira de acesso, pois o direito de ir e vir nos territórios é interrompido pelas dinâmicas locais; e a violência é um aspecto negativo para os profissionais de saúde.

Bravo (2019) afirma que há uma produção desigual de um espaço urbano, uma vez que os refugiados são submetidos à precarização de moradias, empregos, serviços sociais,

segurança, esses, por sua vez, são a realidade dos brasileiros. A maior parte dos refugiados busca residências nas favelas, onde as oportunidades são mais escassas, a vulnerabilidade a qual vivem é agravada pelos conflitos armados, subdesenvolvimento crônico, violência criminal, pobreza e instabilidades políticas.

Outra questão que merece destaque é que a segurança tem outras dimensões como o “sentir-se seguro”, segundo BE2: “[...] *então, além dessa questão da violência, a questão da segurança mesmo. De se sentir seguro e falar com alguém e até ser entendido, né?*”. O fato de, muitas vezes, estarem sozinhas em um país diferente, sem domínio total do idioma e em um ambiente hostil e violento traz outros tipos de inseguranças, como o que BE2 notou, esse medo trata-se também de não ser compreendido, ser julgada, ou de não ser.

Um dos desafios para o atendimento de refugiadas na saúde é o acesso aos serviços de saúde mental, logo, ***acredita-se que possa existir uma demanda reprimida para a saúde mental***. Uma das situações identificadas na pesquisa é que os refugiados não têm utilizado o serviço de saúde mental na Clínica da Família, porém, não é possível identificar qual o verdadeiro motivo, se seria devido à mudança de profissionais, por causa da crise da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, ou porque existe alguma barreira em relação às refugiadas a acessarem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Sobre o NASF, observa-se que foi implantado, em 2008, através da portaria ministerial nº154 de 24 de janeiro. No Rio de Janeiro, os primeiros NASFs foram implantados em 2011. Em 2021, o município contava com 75 equipes. As equipes do NASF atuam juntamente às equipes de Saúde da Família, do Programa Academia Carioca e das equipes do Consultório na Rua, buscando compartilhar práticas e saberes (SORANZ, 2022).

Brocado et al. (2018) compreende que o NASF tem o objetivo de qualificar e tornar a Atenção Básica mais resolutiva, forma-se a partir de uma equipe multiprofissional composta por: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte-educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria.

Quem define a equipe é o gestor municipal, devendo se basear na necessidade do território, no perfil epidemiológico e nas condições socioeconômicas da população. A equipe do NASF, segundo Brocado et al. (2018), atua de forma integrada e colaborando com a equipe da Atenção Primária, e, seguindo a lógica do apoio matricial, as atividades são de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistencial.

Sobre a saúde mental de refugiados, Rodrigues (2022) afirma que o sofrimento mental não se restringe a psicopatológico ou está apenas associado a fatores referentes à

áreas biomédicas. Ao analisar o sofrimento mental e as migrações, o autor compreendeu que têm relações com outras situações relacionadas com as relações sociais. Para Rodrigues (2022), o sofrimento das pessoas refugiadas e migrantes tem como causas a precariedade, as injustiças, as perdas, a separação familiar, a xenofobia, o racismo e as tentativas de esvaziamento da agência de sujeitos migrantes⁵⁰.

Outra percepção adquirida neste estudo é que ***há necessidade de compreender a cultura das congolesas, mas também de fazê-las entender a nossa***. Para os profissionais, ao lidar com as questões culturais precisa-se entender que eles fazem parte da história das congolesas. Relata-se que a unidade de saúde é enfeitada com os adereços que lembram o Continente Africano, já que na região há congoleses, angolanos e outras nacionalidades da África. Os eventos promovidos ajudam a estabelecer uma aproximação entre os profissionais de saúde e as refugiadas. A criação de vínculos aparece de outras formas, por exemplo, as profissionais de saúde usam as roupas africanas e até trançam os cabelos, conforme apontou BA2. A entrevistada BA2 afirma que ela mesma mudou o seu formato de cabelo para ter um melhor acesso às congolesas:

[...] fizemos mandala das cores africanas, nós colocamos trança, eu vou trançar amanhã meu cabelo porque eu vou mais na comunidade, [...] os cabelos, eu não usava assim, meu cabelo era bem relaxado, mas de um tempo para cá eu fiz esse tipo de tranças, então, meu acesso é maior, a minha confiança é maior [...] (BA1).

Sobre a cultura africana, Rolim (2021) afirma que as tranças carregam uma bagagem de ancestralidade, pois tratava-se de uma ferramenta de sobrevivência durante a escravidão. As tranças eram usadas, por exemplo, como mapas para direcionar os negros aos quilombos, hoje, são formas de proteção e aceitação diante do racismo estrutural que existe no Brasil, além de ser uma fonte de renda para as mulheres negras e das refugiadas congolesas.

A profissional de saúde BE1 traz a importância de uma compreensão mútua em relação à saúde, logo, os profissionais precisam compreender a cultura das congolesas, mas elas precisam entender a brasileira também. Um dos problemas identificados é a saúde interventiva no Brasil, que nem sempre é aceita pelas congolesas, isso fica expresso em uma das situações relatadas em que uma refugiada congolesa grávida, em pré-natal, próxima das 42 semanas, foi orientada pela enfermeira a seguir para a maternidade para avaliar o bebê, já que esse é o procedimento nesses casos. No entanto, a paciente foi ensinada por sua mãe que ela deveria esperar, já que seu corpo daria sinal de forma natural. Segundo BA1, ela desapareceu até que o bebê nascesse para que não fosse preciso uma intervenção médica.

⁵⁰ Em 2022, foi produzido um Guia em Saúde Mental e Atenção Psicossocial para população migrante e refugiada no Brasil.

É importante ressaltar a importância da gravidez para as mulheres congolesas, inseridas no contexto africano. Fonseca (2020) firma, em seus estudos, que a maternidade tem valor positivo em todas as culturas, entretanto, no continente africano, é um traço importante da identidade feminina. Há uma celebração das mães como alguém que tem a capacidade de gerar, assim como a terra, a gravidez aparece como uma das mais significativas expressões do continente, portanto, algo considerado sagrado. O corpo, segundo Fonseca (2020), recebe uma semente e a transformará em um novo ser.

Silva *et al.* (2022) apontam, em seus estudos, as diferenças entre a Medicina Tradicional Africana e a Medicina Ocidental. Segundo os autores, a Medicina Tradicional Africana está focada não apenas na cura e recuperação de sintomas físicos, e sim, na busca de olhar para a existência das relações entre o ambiente cultural, o espiritual e o do paciente. As concepções de saúde e doença diferem das estabelecidas no ocidente, o entendimento a respeito da vida e morte tem raízes socioculturais, além disso, os africanos percebem a doença a partir também de questões religiosas.

De acordo com os profissionais entrevistados, ***para superar a dificuldade de idioma, busca-se estabelecer um diálogo mais direto e objetivo.*** Além da mediação com a presença de outros refugiados, uma das estratégias para atendimento às congolesas, quando se trata da barreira de idiomas, é a busca por uso de mensagens mais diretas e objetivas, a fim de facilitar a compreensão das orientações de saúde: “[...] *Quando a gente vê que eles não entendem, a gente vai puxando adjetivos, coisas que eles consigam entender. A gente tenta ser objetivo nas palavras, não ter muito discurso complicado, nem longo [...]*” (BE2).

O idioma, conforme já apontado neste estudo, é uma das principais barreiras para o atendimento de refugiados e migrantes, não só as congolesas, mas de outras nacionalidades., Piovesan (2023), relata que tais situações podem chegar ao extremo, como no caso em que uma criança venezuelana foi a óbito porque o atendimento foi comprometido, já que o paciente não entendia o idioma brasileiro e o médico, o venezuelano.

Além disso, vale ressaltar que o racismo trata-se um problema presente no dia a dia das refugiadas que chegam ao Brasil e que também aparece para os usuários brasileiros do que usam o SUS e, até mesmo, os profissionais de saúde podem estar expostos a isso, muitas vezes acontece de forma sutil. Segundo os profissionais de saúde, ***o medo do racismo é uma barreira para o acesso.*** Para BA2, atualmente, existe uma confiança no trabalho realizado pelos profissionais de saúde, algumas mulheres têm mais facilidade de lidar com essas situações, enquanto outras ainda têm medo.

[...] Outras têm mais receio de serem atendidas, ficam mais no cantinho, puxam sempre as crianças, o receio de um racismo. Eu falei para ela que aqui nós não temos diferenças, é difícil, só se fizer um exame de sangue

para saber quem é totalmente branco, quem é totalmente negro, que é que nós somos totalmente misturados (BA2).

Na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (2013), entende-se que o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional são determinantes sociais das condições de saúde. A PNSIPN (2013) tem como objetivo a promoção da saúde integral da população negra, sua finalidade é a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Diante disso, é importante compreender que as iniquidades em saúde - expressas através das questões socioeconômicas, raciais e de gênero - têm impactos negativos na saúde. Ideologias discriminatórias como racismo regulam as relações estabelecidas entre usuários, profissionais e gestores nos serviços. Quando se trata de saúde e racismo é importante ressaltar o racismo institucional, segundo o GT Fiocruz/ Abrasco define-se como aquele que está enraizado nas estruturas das organizações públicas e privadas, resulta na limitação de acesso da população negra aos direitos sociais (ABRASCO, 2021).

O racismo no âmbito da saúde expressa-se, muitas vezes, com diminuição do acesso a tratamento, com a violência obstétrica contra mulheres negras, com a mortalidade materna, as crianças vulneráveis, as doenças resultantes da pobreza e até mesmo com a ausência de médicos negros no SUS (CERQUETANI, 2021).

Cabe, então, apontar os estudos de Santos e Mattos (2020), que apresentam o processo histórico brasileiro sendo marcado pelo racismo com tráfico da população negra, que foi escravizada, e pelas práticas racistas nas migrações, pois no século XX, ampliava-se as práticas de embranquecimento no país com o incentivo da chegada de europeus. O mito da democracia racial faz-se acreditar que os brasileiros são um povo mestiço, e que a cor não interfere nas relações sociais. No entanto, os refugiados africanos vivenciam esse racismo, assim como os brasileiros no país.

4.2.3.3. Rede de Saúde no território

Na categoria **Rede de Saúde no território**, foram identificados os seguintes núcleos temáticos: **(a) os profissionais fazem o possível, mas ainda pode melhorar; (b) na unidade garante-se os atendimentos, mas existem problemas referentes à rede de média e alta complexidade e de saúde mental.**

Em relação à rede de saúde no território, **os profissionais fazem o possível, mas ainda pode melhorar.** Atualmente, embora a interrupção provocada pela pandemia de COVID-19 e o desmonte promovido pela antiga gestão na prefeitura municipal, o trabalho

realizado com migrantes e refugiados teve avanços. Mesmo com essas dificuldades, o trabalho nas Clínicas da Família segue sendo realizado, porém, com necessidade de algumas melhorias como os próprios profissionais apontam. A unidade consegue garantir o que é proposto para saúde, mesmo com as dificuldades que são inerentes ao SUS como um todo. Sobre isso, BE2 afirmou:

(...) Porque como é ali, né, acaba sendo a maior referência deles. Eu entendo que para a primeira porta a gente ainda pode melhorar muito. A gente faz ainda o possível, mas eu acho que até o possível a gente ainda pode melhorar, até mesmo por questão de acolhimento, de entendimento e de mostrar outros serviços que eles poderiam utilizar (BE2).

Uma das problemáticas apontadas em relação à rede de saúde no território, foi a rede de saúde mental, de modo geral. Compreendeu-se que ***na unidade, garante-se os atendimentos, mas existem problemas referentes à rede de média e alta complexidade e de saúde mental.*** Nesse sentido, a profissional BP1 afirma: “[...] *que a gente tem notícias, é que esse recurso é muito escasso na rede. Então, assim, posso dizer que essas mulheres, se precisassem de uma assistência em saúde mental a nível ambulatorial, por exemplo, já seria um problema*”.

Moliner e Lopes (2013) afirmam que a Política Nacional de Saúde Mental tem como objetivo a redução dos leitos psiquiátricos, o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as unidades Psiquiátricas nos Hospitais Gerais. Na atenção básica, o alvo é a implementação de uma política integral para atender os usuários de álcool e outras drogas, implementar o programa *De Volta para Casa*, além de formar recursos humanos para a reforma psiquiátrica e avaliar, de forma contínua, os hospitais psiquiátricos através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria.

Moliner e Lopes (2013) apontam a importância da Atenção Primária para o atendimento da saúde mental, ainda que ela seja referência nos transtornos leves e nos casos de uso de álcool e drogas. Hoje, os atendimentos não se resumem a isso, pois precisa-se incluir demandas como o “[...] sofrimento psíquico subjetivo relacionado a outros problemas de saúde, ou também, de adoecimentos relacionados a situações socioeconômicas e de desigualdade, entre outros, como fatores resultantes de sofrimento” (MOLINER, LOPES, 2013, p.1074).

Cabe apontar que, em 2021, os dados sistematizados no Atlas de Saúde Mental da OMS (2021) revelaram que há um déficit global nos investimentos em Saúde Mental. A edição do Atlas analisou a realidade de 171 países e constatou-se que houve um aumento na atenção dada a esses serviços, porém, não houve aumento na quantidade e na qualidade dos serviços que nem sempre se alinham com a realidade local.

4.2.3.4. Educação Permanente

Na categoria **Educação Permanente**, foram identificados os seguintes núcleos temáticos: **(a) é preciso capacitar os profissionais para atender os usuários; (b) é preciso saber olhar além do que está aparente; (c) educação permanente ajuda na construção de vínculo entre usuário e profissionais.**

A compreensão da Educação Permanente se dá com as capacitações que seriam essenciais para o atendimento das congolezas. Vale ressaltar que, no tópico anterior, tratava-se da visão da gestão sobre o tema e, neste momento, aborda-se a visão dos profissionais. Para os profissionais, **é preciso capacitar os profissionais para atender os usuários.** A capacitação seria um meio de compreender a cultura das congolezas. Aponta-se que existem códigos e normas, nos países, por exemplo, em alguns, não se permite contato entre homens e mulheres, outros não gostam de contato físico e até mesmo existem regras em relação ao uso do véu.

(...) essas capacitações, elas são muito úteis, para nós entendermos a dor daquela mulher, para nós sabermos lidar ou lidarmos com a questão da desconfiança delas, para nós sabermos como lidar com elas nessa questão da cultura dela, temos de respeitar a cultura delas. Não temos de impor a nossa cultura, e sim, acrescentar a nossa a dela e explicar isso para ela, que o que é preciso para você ter boa saúde, né? Para você ter boa saúde, para você estar bem, você tem de estar bem consigo mesma. Então, nós temos de ter o quê? Primeira coisa, a escuta, é isso que nós temos de ter, nós temos de saber ouvir essa mulher. A gente tem de entender dessa mulher o porquê que ela age de determinadas maneiras, de não confiar, de ser rudes (BA1).

A outra dimensão das capacitações é a necessidade de um olhar diferenciado para as mulheres refugiadas e para que as demandas dos usuários que chegam às unidades de saúde sejam atendidas ou, pelo menos, ouvidas no primeiro momento. Pires et al. (2023) apontam que uma das diretrizes da PNAB é a resolutividade. Nela, enfatiza-se a importância de resolver a maioria dos problemas de saúde da população através da coordenação do cuidado. Para que essa resolutividade aconteça, é preciso pensar fatores como a escuta qualificada e o acolhimento que seriam momentos importantes para identificar as demandas dos usuários.

Ainda sobre a resolutividade na Atenção Primária, é importante apontar que, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2019), 85% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos nas unidades básicas. Ao se dirigir para elas, os pacientes evitariam uma maior perda de tempo, entretanto, muitos preferem ir para as emergências. Segundo o CONASS (2019), as unidades básicas trabalham com 50% das consultas

agendadas e outra metade são demandas espontâneas, nelas, também é possível realizar a classificação de risco diferente das emergências.

Para os profissionais de saúde, as demandas de saúde chegam aos serviços com outras formas de expressão, logo, **é preciso saber olhar além do que está aparente**. Quando se trata de atendimento para refugiadas, compreende-se que a educação permanente é essencial para capacitar os profissionais, a fim de que eles sejam preparados para identificar os problemas de saúde que chegam às unidades, nem sempre de forma explícita, muitas vezes, se expressam implicitamente. O acolhimento e a escuta atenciosa se constituem como espaços importantes para identificar as doenças e realizar o diagnóstico, segundo BA1:

[...] às vezes, a demanda chega não com uma dor, a demanda chega com uma outra coisa, com outro nome e que para o para o profissional ali da porta, do primeiro, o do primeiro atendimento pode parecer uma bobeira e, às vezes, quando a gente vai atendendo dentro do consultório, o problema é bem maior (BA1).

Para Dias e Oliveira (2013), ao longo dos anos, houve uma mudança no conceito de saúde que significava apenas ausência de doenças, incorporando outras dimensões da saúde como a física, emocional, mental, social e espiritual. No Brasil, com a Lei nº 8.080 de 1990, compreendeu-se fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença. Dias e Oliveira (2013) apontam que, atualmente, há novas formas de se compreender o processo saúde-doença, esse, por sua vez, é um conceito no qual a saúde e a doença são componentes integrados, como apontou Cruz (2009).

O processo saúde-doença é um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (CRUZ, 2009, p. 29).

Novamente, o conceito de “vínculo” aparece nas entrevistas, porém, nesse contexto ele está atrelado à educação permanente. Logo, a **educação permanente ajuda na construção de vínculo entre usuário e profissionais**, compreende-se que o atendimento na saúde está além da consulta realizada no consultório para sanar o problema de saúde dos usuários. Para BE2, as mulheres têm questões pessoais, quando se trata das refugiadas, muitas, nunca estiveram numa consulta, por exemplo, com ginecologista. Entende-se a importância de estabelecer um relacionamento com os usuários e com seus familiares.

(...) então acho que a educação permanente ajuda muito no vínculo diretamente no vínculo com o paciente. Nunca nós na ponta, na Estratégia, eu não vou te ver hoje, cuidar da sua dor de garganta e tchau! não vou te ver mais. Eu vou criar vínculo com você, eu vou atender você como um todo, a sua família, o seu esposo, seu filho, a sua sogra (...) (BE1).

4.2.3.5. Desafios e limites

Na categoria **Desafios e limites**, foram identificados os seguintes conteúdos temáticos: **(a) as congolesas precisam entender o trabalho dos profissionais da saúde;** **(b) os profissionais ainda não conseguem ter um olhar diferenciado para as refugiadas.**

Um dos problemas identificados nas entrevistas é que existem alguns conflitos entre os profissionais de saúde e as refugiadas. Em determinados momentos, afirma-se que **as congolesas precisam entender o trabalho dos profissionais da saúde.**

Para os profissionais, a compreensão da cultura é muito importante, logo, os brasileiros precisam entender as congolesas, mas elas também precisam compreender a cultura brasileira e se adaptar, principalmente ao SUS. Nesse momento, percebe-se que o idioma vai além de apenas falar a mesma língua, a comunicação envolve muitos fatores e quando uma palavra ou gesto é mal colocado surgem conflitos entre os profissionais e as refugiadas. O que podemos apreender na fala de BA1:

(...) Então, é a dificuldade delas, entender que faz parte do nosso trabalho. Isso não faz parte do nosso trabalho, julgar e condená-la, mas questioná-la, sim, por quê? Por que que nós precisamos entendê-la. Precisamos acolher, ouvi-las, mas por que que elas não precisam? Por que que elas não podem entender como é o nosso trabalho? Como nós trabalhamos e entender e respeitar isso? Porque eu acho que o respeito tem de ser mútuo. Não basta nós as respeitarmos, elas também têm de nos respeitar (...) (BA1).

Afirma-se que algumas **profissionais ainda não conseguem ter um olhar diferenciado para as refugiadas.** Essa dificuldade aparece relacionada à ausência de programas e projetos que incluam as mulheres refugiadas, isso seria necessário, pois assim, os profissionais conseguiriam falar diretamente com elas.

(...) Então, os principais desafios é a gente ainda é fazer medidas, fazer programa e projetos que incluam essa mulher para que elas realmente se sintam incluídas e a gente, de alguma forma, consiga falar diretamente para elas, porque eu acho que elas entram no grupo, mas elas ainda não são o grupo. Entendeu? A gente ainda não conseguiu olhar diretamente para essas mulheres e acaba que enfim, né? Diante da nossa demanda, diante da correria que nós sabemos que nós somos literalmente engolido pelo

processo (BE1).

4.3.

As mulheres congolezas e os serviços de saúde

Na categoria **Atendimento nos serviços de saúde** foram identificadas as seguintes categorias: **a) O atendimento na Atenção Primária é considerado bom; b) A demora no atendimento e os serviços de maior complexidade apresentam problemas; C) O que tem na África tem aqui também; d) eu sei os meus direitos.**

As mulheres congolezas entrevistadas, de modo geral, foram atendidas em Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro. Em seus relatos, afirmam que **o atendimento na Atenção Primária é considerado bom**. Observa-se, a partir disso, que embora a Atenção Primária sofra as consequências do desmonte promovido na política de saúde, as refugiadas conseguiram realizar os exames, relatam que foram examinadas pelos médicos e conseguiram ser atendidas. Segundo CA1: “(...) *na Clínica da Família, o atendimento foi muito bom, a agente me mandou para fazer um exame, não sei como explica. Aí me deu medicamento, depois botou um aparelho, não sei como explica. Depois a agente falou para eu voltar*” (CA1).

As Clínicas da Família, no Rio de Janeiro, são administradas pela prefeitura, e compostas por profissionais do Programa *Estratégia Saúde da Família*. As consultas devem ser agendadas ou são por demandas espontâneas, nelas, busca-se tratar as doenças identificadas. O atendimento se dá a partir do cadastro das famílias na unidade que é feito pelo ACS, esse profissional é quem faz a visita domiciliar e, após isso, leva as informações para a equipe da unidade (PREFEITURA DO RIO, [s/a]).

As Clínicas da Família contam com uma equipe multidisciplinar, formada pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, agente de vigilância em saúde, dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. Cada equipe atende uma área, dentro do território que está situada. Nas Clínicas da Família, encontram-se os serviços assistenciais de consultas, exames, procedimentos como curativos, microcirurgias, aplicação de medicamentos e nebulização (PREFEITURA DO RIO, [s/a]).

Também comportam os serviços de prevenção, como as imunizações, rastreio de doenças e os serviços de promoção à saúde. A exemplo disso está o Programa *Academia Carioca*, Programa *Saúde na Escola*, a Rede de Adolescentes Promotores da Saúde; também inclui ações intersetoriais com educação, assistência social e, até mesmo, com a justiça. Além disso, a rede conta com os serviços de recuperação que tem apoio dos profissionais da saúde mental, nutrição, terapia ocupacional e os serviços de vigilância em

saúde (PREFEITURA DO RIO, [s/a]).

Nota-se que, para as refugiadas, há uma certa dificuldade em poder estabelecer uma comparação ou avaliação dos serviços de saúde no Brasil, pois o continente Africano possui um sistema de saúde bastante precário. Em reportagem Karl (2008), afirma-se que a maior parte da despesa com saúde no país é do paciente. Pós-década de 1980, com as reformas estimuladas por financiadores internacionais, o direito à saúde pública, na África, tornou-se bastante escasso, tal ação teve apoio da população mais rica e de organismos internacionais. Na RDC, os Médicos Sem Fronteiras apontam que têm enviado apoio para dar respostas às epidemias, aos desastres naturais e à violência no país, que afetam o sistema de saúde. Nesse sentido, CA1 faz breve comparação com a saúde de seu país e do Brasil, ressaltando as diferenças.

Tipo, para mim, tipo, eu posso falar, para mim foi bom, eu gostei, tipo, aqui, de onde que eu saí, do país que eu saí, e o daqui tem uma grande diferença, né? É... para mim, eu fui, sempre fui bem atendida, sempre gostei do atendimento, aí depende da pessoa daqui, né? Entendeu? Porque minha experiência é diferente da das outras pessoas, entendeu? (CA1).

Nesse sentido, é possível ver que as refugiadas expressam um sentimento de gratidão pelo serviço de saúde no Brasil. Para Moulin (2009), existe uma espera dos profissionais pela gratidão dos refugiados, quando conseguem o direito ao refúgio no país, já os que recebem esse direito, considerado um ato benevolente, devem ser gratos e de alguma forma devem ser recíprocos pelo presente que receberam. Para Moulin (2009), nessa relação um fato fica oculto: a negação de poder existente.

Na análise de Moulin (2009), a gratidão é mais do que um reconhecimento por um benefício recebido, como é definido no dicionário Houaiss. A autora aponta que a gratidão reflete as relações existentes entre as hierarquias sociais, quem recebe está em posição de subordinação, logo, deve obedecer às regras sociais e naturais, pois, nessa lógica, ele deve ser recíproco. Diante disso, Moulin (2009) afirma que a gratidão, nesse contexto das relações estabelecidas com os refugiados, seria uma forma de assegurar que eles seguissem as normas definidas no país, sem questioná-las.

Um dos problemas apontados pelas mulheres refugiadas é a **demora no atendimento e os serviços de maior complexidade apresentam problemas**. Nota-se que, embora diga-se que o atendimento foi bom, não só nas Clínicas da Família, como nas maternidades e até mesmo na UPA, a demora em relação à marcação e ao atendimento apareceu como um problema. Segundo CA3: “É, atendimento lá é bom, muito bom mesmo. Só que fica na fila, espera a gente vái, pra fazer tudo” (CA2).

Outra questão nos atendimentos se relaciona com o que os brasileiros também enfrentam. Para Farias et al. (2019), há uma crescente demanda por procedimentos médicos especializados nos serviços públicos, o resultado disso são as listas de espera longas, nas quais, muitas vezes, precisa-se aguardar meses ou anos para obter atendimento. Segundo

os autores, isso constitui-se como um problema nos serviços de saúde, não só no Brasil, mas no mundo. As consequências dessa demora é que os usuários ficam cada vez mais insatisfeitos, além de, frequentemente, resultar na piora dos quadros de saúde do paciente. Segundo Farias et al. (2019),

O tempo de espera pelo atendimento pode ter impacto na evolução dos casos, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, sintomáticas ou estigmatizantes. Além disso, ele é um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população. Um tempo de espera longo diminui a produtividade e a eficiência, aumenta os custos com saúde e limita a capacidade efetiva da clínica de saúde (FARIAS ET AL., 2019, 191).

Cabe salientar também os relatos sobre os maus atendimentos nas unidades de saúde, isso foi relatado, principalmente, nas emergências na cidade. Logo, compreende-se que a discussão sobre o acesso das mulheres congolezas na saúde extrapola as unidades de Atenção Primária, uma vez que algumas, como AC3, procuram a emergência, por exemplo, quando seus filhos aparecem doentes nos finais de semana, quando a Clínica da Família está fechada. Há relatos de descaso médico e negligência. Sobre isso CA3 afirmou:

(...) Eu vejo muito estranho mesmo... a pessoa está com febre você tem que esperar.... eu fui ao Botafogo, a minha filha está com dor de cabeça a médica nem olhou pra minha filha, só escreveu o remédio e falou você tem que voltar no lugar onde você mora... eu fui ao Miguel Couto e mostrei o remédio, cadê o remédio? e não é esse remédio, está dando remédio errado. Eu achei muito estranho, o médico tem que olhar a cabeça da pessoa, tem que ver onde está sentindo [...]. ele escreveu só isso (...) a maioria está morrendo por erro médico. Se eu for no hospital, eu reclamo (...) (CA3).

Konder e O'dwyer (2019) apontam que a Rede de Urgência e Emergência (RUE), no município do Rio de Janeiro, recebeu investimentos recentemente. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram uma iniciativa importante para o desenvolvimento da RUE, elas foram criadas em 2007, sendo uma iniciativa do Governo do Estado, a finalidade era responder à crise na saúde de 2005. Para Konder e O'dwyer (2019), o ritmo acelerado para sua instituição não acompanhou a necessidade de melhorias, nota-se que a RUE enfrenta problemas como a "(...) fragmentação e a desarticulação institucional (intra e intergovernamental), assim como as disputas entre os governos no processo de condução da política, comprometeram a integração dos diversos componentes da atenção às urgências no estado (KONDER; O'DWYER, 2019, p.2).

Konder e O'dwyer (2019) ressaltam que a RUE no município do Rio de Janeiro é constituída por uma gama de serviços, que vai desde as unidades de atenção básica, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que é um componente pré-hospitalar

móvel; as UPAS e a Coordenação de Emergência Regional (CER), que seriam um componente pré-hospitalar fixo; e as emergências hospitalares. Embora seja uma rede com muitos serviços, enfrentam-se problemas que sinalizam uma crise na saúde crônica, para Konder e O'dwyer (2019), como,

As dificuldades de acesso a hospitalizações e consultas com especialistas, a precariedade na realização de exames complementares de caráter ambulatorial e de maior complexidade, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e enfermarias em número insuficiente, além de relações de trabalho precárias resultando em escassez de profissionais de saúde, sobretudo médicos, persistem como gargalos na estruturação da rede assistencial e obstáculos ao acesso à saúde equânime e oportuno (KONDER; O'DWYER, 2019, p.2).

As refugiadas congoleesas afirmam que **conhecem seus direitos**. Ao mencionar isso, as congoleesas mostram que, embora afirmem que as Clínicas da Família funcionem bem e que, em relação ao que existe no país do que vieram, o SUS é satisfatório. Elas também entendem que devem questionar quando o serviço não funciona da forma correta e buscam reivindicar seus direitos. Esse questionamento acontece no contexto de precarização dos serviços de saúde, principalmente, com o mau atendimento nos serviços de saúde. Sobre isso, CA3 relata:

(...) Você vem ou emergência com a criança, aí no hospital ali perto da minha casa já está fechado, você vai na Botafogo para atender, você tem que voltar lá no (...). Se eu vejo uma coisa errada, eu sempre, eu falo mesmo, se você foi bater no meu nome lá no Botafogo ou lá no Miguel Couto, eles já me conhecem porque eu fiz um escândalo e eu falo mesmo. Porque eu estou levando minha filha passando mal (...) Tá esperando assim, eu falo. Eu já sei meu direito, que lá que o hospital está fechado aí eu fui no Miguel Couto, aí eles falam: “tem que voltar lá”. Como é que é? a pessoa está doente criança, tá com muita febre (CA3).

As refugiadas entrevistadas não apresentaram problemas ou dificuldades com o idioma no atendimento, afirmam que os profissionais sempre buscam explicar tudo da melhor forma possível, além do mais, as entrevistadas já falam português ou porque residiram em países que já falavam a língua ou aprenderam-na no Brasil. Já em relação à cultura, nas entrevistas com as usuárias, as congoleesas relatam que os brasileiros, comumente, fazem questionamentos ao modo de vida na África, isso foi considerado algo preconceituoso para CA3. Para a entrevistada, **o que tem na África tem aqui também**, sobre isso, CA3 relata que sempre recebe o que chama de “pergunta besta”, assim, torna-se necessário explicar como é a vida na África.

Ahh foi, tanto pergunta besta, tanta pergunta, pergunta besta aí...Porque a outra pessoa pensa: “ahh! Você veio lá da África, você dorme na árvore?”.

“você tem de entender, que se você responder errado, aí fica boladão! eu tenho que explicar à pessoa com calma. Eu falei: “tudo que você tem aqui, lá também tem, não tem diferença. Aqui, você tem banheiro, lá também tem banheiro, tudo que você tem aqui lá também tem”. A pessoa aqui pensa que lá na África você tem problema de saúde por causa de bicho ... o pensamento do brasileiro ... pensa isso... E até hoje eu tenho de explicar a pessoa, a pessoa não sabe eu tento explicar (...) às vezes, a pessoa pergunta você veio de barco, no carro ... aí você explica: “não! Eu vim no avião, e é isso, isso, isso”. “Você veio no carro? você veio no avião?”. aí, a pessoa pergunta isso. Aí eu explico à pessoa (AC3).

O racismo se expressa de muitas formas no Brasil, trata-se de um problema estrutural e que afeta a saúde dos brasileiros. Cabe apontar que os brasileiros sofrem consequências do fim da escravização e da marginalização que os negros viveram, assim, os africanos, quando chegam aqui se deparam com as consequências disso. Em reportagem publicada pela Cáritas Rio de Janeiro (2019), afirma-se que os africanos se deparam com a realidade de uma discriminação pela cor da pele, quando chegam no Brasil, isso é uma realidade nova para eles já que na África, por ter uma população majoritariamente negra não vivenciam isso.

Os africanos enfrentam problemas, desde serem chamados de angolanos, o que mostra um desconhecimento sobre as origens, pois, para os brasileiros, todo negro seria angolano. Outra questão é que os empregadores acham que os negros devem sempre ser submetidos a trabalho braçal. E os africanos também relatam sofrer racismo no transporte, já que nem sempre as pessoas se sentam ao lado de pessoas negras ou forçam elas a ceder o lugar (CARITAS, 2019).

5. Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as diferentes dimensões do acesso de refugiadas congoleesas à atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro.

Foram apresentados os temas referentes a proteção internacional de refugiados e migrantes e os Direitos Humanos; o deslocamento forçado feminino e situação das congoleesas, bem como o contexto da RDC; o refúgio no Brasil e a proteção para mulheres e o acesso das refugiadas congoleesas à atenção à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro.

Compreendeu-se nesta pesquisa que a constituição do sistema de proteção internacional às pessoas refugiadas está associada à discussão sobre cidadania e Direitos Humanos, estes se constituem como instrumentos necessários à proteção de migrantes e refugiados. A discussão apresentada está relacionada ao surgimento dos Estados-nação, que nasceram junto ao desenvolvimento do capitalismo e do Estado Liberal, neste último foi elaborado o Direito Internacional dos Refugiados.

Notou-se que o deslocamento forçado de pessoas está associado ao desenvolvimento do capitalismo e que se manifestam através das mudanças climáticas, dos conflitos armados e das questões relacionadas ao gênero. Neste estudo, chamou-se atenção para o deslocamento feminino, em particular a situação das refugiadas congoleesas. Esse fenômeno foi compreendido a partir do desenvolvimento histórico dos Direitos Humanos, logo os direitos das mulheres foram uma consequência dele e resultou também na Proteção Internacional para Mulheres Refugiadas.

Identificou-se que o refúgio e a migração ao longo dos anos conformaram-se como majoritariamente masculinos, entretanto a partir da década de 1970 as mulheres começam a ganhar notoriedade nos estudos sobre essa temática. Com o processo denominado como feminização do refúgio, foi preciso pensar nas consequências do refúgio e da migração para as mulheres. Neste estudo chamou-se atenção para a violência de gênero, ressaltou-se que a uma das expressões dessa forma de violência é a violência sexual. Assim, a travessia nas fronteiras é um processo perigoso para mulheres um mundo onde imperam o poder e a dominação masculinas, os corpos das mulheres são violentados. Os corpos das mulheres também se tornam objeto de violência nos conflitos armados e isso vem crescendo principalmente em países africanos.

Nesta pesquisa buscou-se analisar a situação das congoleesas, pois era o público que vivia em maior número no Rio de Janeiro em 2019, tal fato vem mudando nos últimos anos com uma redução dessa população no Brasil. Diante disso, foi necessário conhecer as relações sociais, econômicas e políticas da RDC, chamando atenção para o processo de colonização, da guerra civil, generalizada violação de Direitos Humanos e os impactos disso na vida das mulheres que vivem no país, com isso foi possível compreender as motivações para o deslocamento dessa população.

Notou-se também que o Brasil possui uma legislação avançada sobre refúgio e migração, todavia ainda é preciso avançar na proteção para as mulheres, pois ainda não há um olhar específico para esse público e para as questões referentes a elas como o deslocamento motivado por questões relacionadas ao gênero. Apontou-se também os estudos sobre as relações de classe, raça e gênero, pois esses marcadores juntamente com a condição de refugiada colocam as mulheres em níveis diferentes de desigualdades, trata-se de um tema pouco explorado que precisa de mais estudos no Brasil.

A categoria acesso nesta pesquisa foi definida a partir de uma visão ampliada, portanto, interpretou-se que está relacionada ao uso dos serviços de saúde, a disponibilidade financeira, os recursos do sistema de saúde em uma área, tem uma dimensão econômica, tem influências das relações de gênero e do racismo. A acessibilidade também foi abordada, pois ela trata da oferta de serviços de saúde.

Para responder as questões do objeto da pesquisa buscou-se os seguintes objetivos específicos: Identificar as demandas colocadas aos serviços de atenção à saúde da mulher pelas refugiadas e migrantes congolesas; Analisar o acesso à saúde de mulheres congolesas nos serviços de atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro; Entender como os profissionais e gestores das unidades de saúde organizam-se para atender congolesas nos serviços de atenção integral à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro; e Identificar os avanços e limitações para os profissionais de saúde no atendimento de congolesas para acesso à saúde no município do Rio de Janeiro.

Para cumprir esses objetivos foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa, o *lôcus* foi a Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, os gestores da SMS-Rio, o CTESIPIR e a Caritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro.

A realização da pesquisa teve algumas limitações, visto que uma das ONGs que atuam com refugiados e migrantes no município do Rio de Janeiro indeferiu a realização da investigação, tal unidade seria importante, pois hoje se constitui como uma das referências para atendimento desse público no Rio de Janeiro. Além disso, a pandemia de COVID-19 iniciada em 2020 impactou a realização da pesquisa de campo, diante disso foi necessário utilizar a internet como campo de pesquisa, tal fato possibilitou uma análise de seus limites e das vantagens para os pesquisadores e para os entrevistados. Durante o trabalho de campo, também foram identificados outros limites como a carga horária de trabalho dos profissionais de saúde, a violência urbana, a localização das unidades de saúde de Clínica da Família e a dificuldade para criação de vínculos com as congolesas para que fosse possível entrar no universo delas, o contato online aprofundou essas limitações, mas possibilitou que a pesquisa fosse realizada já que não seria possível acessar algumas localidades no município do Rio de Janeiro. Ao longo da pesquisa também foram incluídas outras unidades que estão no nível estadual de saúde, todavia eles compõem a rede para atendimento das refugiadas.

Sobre os resultados da pesquisa, identificou-se no eixo **Gestão da Rede** as categorias definidas como: *política de atendimento de saúde para migrantes e refugiadas no*

município do Rio de Janeiro; atendimento na rede de serviços de saúde; importância da educação permanente; produção de dados sobre refugiadas e migrantes e de material informativo; e desafios e limites para atendimento de migrantes e refugiadas na saúde.

Os profissionais que atuam na **Gestão da Rede** afirmam que a política de atendimento de saúde para migrantes e refugiadas no município do Rio de Janeiro está sendo desenhada, trata-se de um processo que sofreu descontinuidade pelas mudanças de governo e da implantação da nova PNAB, em 2017 no Brasil. Constatou-se que a política está em fase de implementação e formulação e embora não seja definida por uma legislação que apresente diretrizes para definir os atendimentos nas unidades das Clínicas da Família as equipes atendem os refugiados e migrantes e tem suas práticas baseadas principalmente na PNAB.

Sobre a atenção integral à saúde da mulher refugiada, notou-se que se trata de uma política inserida na discussão sobre a saúde de refugiados e migrantes, é considerada uma pauta transversal e está sendo discutida nos GTs criados. Além disso, há temas sobre a saúde da mulher que ganharam visibilidade na 1º Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrante realizada em 2023. Percebeu-se que ao relacionar saúde da mulher e com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, houve poucos avanços.

Vale ressaltar também a importância da Educação Permanente, segundo os gestores tem sido um instrumento essencial para o fortalecimento da rede de saúde, ela tem se materializado principalmente com os cursos de capacitação para os profissionais de saúde, também busca-se realizar capacitações no dia a dia na Clínica da Família.

Para promover a interculturalidade foram elaborados materiais informativos em outros idiomas, isso foi importante, pois os aspectos sociais e culturais podem ser impasses para os cuidados em saúde, a forma de compreender a doença muda conforme a cultura. Esses materiais tratam também de temas como a violência contra mulher a fim de possibilitar que elas possam ser inseridas no combate à essa prática. Por outro lado, ainda é preciso resolver problemas como a ausência de dados sistematizados sobre a saúde de refugiadas, isso seria importante para a criação de políticas públicas para esse público, uma possível solução para o impasse seria a articulação com as universidades através de projetos de extensão. As fichas como o Cadastro Individual, o Cadastro Domiciliar e Territorial; o SIVEPe a Ficha de Investigação de SG Suspeito da Doença pelo Coronavírus, foram documentos identificados que necessitam de aprimorar as informações sobre saúde de refugiados e migrantes de forma mais qualificada.

Sobre os desafios e limites para atendimento de migrantes e refugiadas na saúde, os gestores apontaram o contexto de desmonte do SUS na conjuntura neoliberal, a redução do financiamento foi considerado um dos problemas que afeta as brasileiras e consequentemente as refugiadas. Existem outras questões como a violência contra mulheres refugiadas, já que nem todos os profissionais de saúde estão preparados para este tipo de atendimento, isso é uma falha da formação profissional. A violência contra mulheres refugiadas aparece atrelado a outras situações como o idioma, pois há questionamentos de

como acolher uma mulher nessa situação quando há uma barreira de comunicação, além disso a presença de uma terceira pessoa no atendimento, como tem acontecido nos atendimentos, pode interferir negativamente nesse tipo de abordagem. Ressalta-se que há mulheres refugiadas que sofrem violência sexual durante a busca por refúgio ou vivenciaram isso em seu país de origem, chegando no Brasil nessas condições.

Sobre o idioma apontou-se também a necessidade de aprovação do Projeto de Lei nº 5.182 de 2020, que institui a obrigação da presença de tradutores e intérpretes comunitários em todas as intuições públicas dos três entes federativos: Federal, Estadual e Municipal. Também é necessária a presença de mediadores culturais, para que sejam realizadas intervenções voltadas para culturas diferentes, de modo que vá além da interpretação linguísticas.

No eixo **Execução de Serviços** foram identificadas as categorias definidas como *atendimento para as mulheres refugiadas na unidade; barreiras de acesso; rede de saúde no território; educação permanente; e desafios e limites para atendimento de refugiadas e migrantes.*

As ações dos profissionais em relação ao atendimento das refugiadas estão pautadas nos princípios da PNAB definidos como a adscrição dos usuários e a longitudinalidade do cuidado. A criação de vínculo, também apontada na PNAB, foi tratada pelos profissionais de saúde como um fator importante para estabelecer relações de confiança entre eles e as congolesas. A criação de vínculos tem acontecido através de práticas como a aproximação com a cultura africana, com a realização de reuniões específicas para as congolesas e até mesmo com a caracterização dos profissionais usando símbolos importantes da cultura africana, como tranças no cabelo.

As relações entre os profissionais e as congolesas já tiveram certa complexidade e algumas tensões em alguns momentos no território, visto que os profissionais relatam que enfrentaram problemas referentes a falta de confiança, por exemplo há dificuldade de obter informações como endereço e há conflitos culturais no entendimento sobre as intervenções de saúde. Identificou-se também que a rede de saúde é composta por outros atores e instituições, os profissionais sinalizam que no território há presença de um pastor, também congolês, ele foi instituído como uma figura importante na mediação das relações entre a equipe e as congolesas.

A Clínica da Família que foi *lôcus* da pesquisa está inserida em uma localidade afetada pelos conflitos urbanos, isso tem impactos para os profissionais de saúde e para as congolesas que se deparam com uma realidade de violência, diferente da que elas viviam em seu país de origem. Essa questão relaciona-se com o problema habitacional, enfrentado no Brasil, isso está relacionado com as condições econômicas das congolesas, uma vez esse público é constituído mulheres negras e com poucos recursos financeiros e ao chegarem no Rio de Janeiro buscam alocar-se nas comunidades e ficam submetidos a violência urbana.

Notou-se a partir da visão dos profissionais que as congolesas procuram a Clínica da Família principalmente para realizar pré-natal, diante disso afirmam que a gravidez está relacionada com a busca pelo direito de cidadania no Brasil. Tal questão não tem comprovações por pesquisas, identificou-se que já existem discussões iniciais que falam do aumento de angolanas grávidas no Brasil, porém o tema merece estudos mais aprofundados, a fim de evitar estigmas contra esse público. Há relatos dos profissionais de que as congolesas seriam ensinadas a ter filhos para facilitar a adquirir o direito de nacionalidade *ius solis*.

Sobre a saúde mental das refugiadas entendeu-se que o sofrimento mental não se restringe a fatores meramente psicopatológico ou apenas biomédicos, ele ocorre por causas sociais como a precariedade, as injustiças, as perdas, a separação familiar, a xenofobia, o racismo e a violência. O aumento de serviços de saúde mental para as refugiadas seria importante, no entanto sabe-se que há uma precarização desses serviços no Brasil. Ressaltou-se a importância do NASF para atender esse tipo de demanda.

A Educação Permanente foi abordada de forma diversa pelos profissionais e pelos gestores. Os profissionais, entenderam que a Educação Permanente ajuda a ter um olhar que vai além do que está aparente, afirmaram que quando os usuários chegam às unidades de saúde em busca de atendimento, o acolhimento e escuta são essenciais. A capacitação seria também auxilia a construir vínculos com as refugiadas, na medida em que possibilita maior compreensão da cultura e das especificidades delas. O racismo apareceu como um problema que não afeta apenas as refugiadas, mas também os próprios profissionais de saúde, afirma-se muitas mulheres tem medo de sofrerem com tal prática e isso se constitui como uma barreira para que procurem os serviços de saúde.

Os profissionais apontaram que principais desafios e limites são as diferenças culturais, para eles é preciso uma compreensão mútua sobre cultura da RDC pelos profissionais e das congolesas em relação ao Brasil. Há conflitos que acontecem principalmente por causa de falta de entendimento das refugiadas sobre o funcionamento das unidades de saúde. Também se relatou que é preciso ter um olhar diferenciado para as congolesas, porém os profissionais ainda não conseguem fazer isso de forma efetiva. Os profissionais afirmaram que em seus atendimentos não houve dificuldades com o idioma, diferentemente dos gestores, eles usam uma linguagem mais direta e clara ao falar com as refugiadas, com gestos de forma que a comunicação seja facilitada.

No eixo as **mulheres congolesas e os serviços de saúde** foi identificada a categoria definida como atendimento nos serviços.

Observou-se que as congolesas demonstram um sentimento de gratidão em relação ao atendimento recebido nos serviços de saúde no Brasil, pois na RDC há um sistema de saúde bastante precarizado, por isso elas afirmam que o SUS é muito bom e funciona. Entretanto essa gratidão é tensionada com questionamentos por exemplo na demora no atendimento nas unidades de saúde. O Uso das UPAs e dos hospitais de emergências, tem apresentado problemas, o acesso a essas unidades de saúde acontecem porque as Clínicas

da Família não funcionam no final de semana. Há relatos preocupantes de mau atendimento, como a indicação de medicação errada, a negação de atendimento e a falta de exames dos médicos. Diante disso, as congolesas afirmam que questionam e reivindicam seus direitos na saúde, pois elas os conhecem.

Percebeu-se que o preconceito nem sempre aparece de forma explícita, as vezes ele apresenta-se de forma implícita e velada, nas entrelinhas das falas direcionadas às congolesas. Há relatos por exemplo, de questionamentos sobre como é a vida no continente africano, e isso vem carregado de estigmas, sem olhar as singularidades do continente africano. Nesse contexto, também há preconceitos contra a condição de refugiado, visto que colocam todos como iguais, como se viessem sempre de forma clandestina e precária, isso trata-se de uma visão limitada a partir do senso comum.

Por fim, cabe apontar que nesta tese entendeu-se o acesso de mulheres refugiadas congolesas à saúde de forma ampliada. Portanto, o acesso à saúde tem relação com fatores como a distância e o tempo da população em relação às unidades de saúde; a oportunidade; a funcionalidade, que se refere à capacidade que os serviços de saúde possuem de resolver os problemas trazidos pela população; os custos que podem ser definidos como diretos (da atenção) indiretos (medicamento, salários, transporte); e aceitação do usuário ao modo de disponibilidade do serviço apresentado.

6.

Referências bibliográficas

ABRASCO. GT Racismo e Saúde. ABRASCO: Brasil, 2021. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/> > Acesso em 19 de setembro de 2023.

ABREU, L.L. **Gênero e a questão do refúgio: As lacunas jurídicas de proteção à mulher refugiada.** Cadernos de Relações Internacionais: Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 44–65, 2018.

ABREU, M. **Feminismo materialista na França: sócio-histórica de uma reflexão.** Revista Estudos Feministas: Florianópolis, vol. 26, núm. 3, 2018.

ACNUR. 2011. **Manual de Procedimentos e Critérios para a Determinação da Condição de Refugiado (de acordo com a convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 relativo ao Estatuto dos Refugiados).** ACNUR: Genebra, 2011. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2013/Manual_de_procedimentos_e_critérios_para_a_determinacao_da_condicao_de_refugiado.pdf, p. 10-23. Acesso em: 20 de março de 2022.

ACNUR. ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. DIRETRIZES SOBRE PROTEÇÃO INTERNACIONAL **Ação contra a Violência Sexual e de Gênero: Uma Estratégia Atualizada.** 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 18 jun.2023.

ACNUR. Conselhos e Comitês no Brasil. Acnur: Brasil, s/d. Disponível: <https://www.acnur.org/portugues/acnur-no-brasil/conselhos-e-comites-do-brasil/>. Acesso em 17 de julho de 2023.

ACNUR. Empoderando Refugiadas. Acnur: Brasil, s/d. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/empoderando-refugiadas/>. Acesso em 17 de julho de 2023.

ACNUR. Perguntas e Respostas. Acnur: Brasil, s/d. Disponível: <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/perguntas-erespostas/#:~:text=Os%20refugiados%20devem%20usufruir%2C%20pelo,contra%20tortura%20e%20tratamento%20degrante>. Acesso em 17 de julho de 2023.

ACNUR. **Um milhão de refugiados e migrantes fugiram para a Europa em 2015.** ACNUR: Brasil, 2015. Disponível em: < <https://www.acnur.org/portugues/2015/12/22/um-milhao-de-refugiados-e-migrantes-fugiram-para-a-europa-em-2015/> >. Acesso em 10 de out. 2022.

_____. N. 09 Solicitações de Refúgio baseadas na Orientação Sexual e/ou Identidade de Gênero no contexto do Artigo 1A(2) da Convenção de 1951 e/ou Protocolo de 1967 relativo ao Estatuto dos Refugiados. Genebra: ACNUR, 2012.

Disponível em:
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9738.pdf?view=1>.
 Acesso em 26 mai.2023.

_____. **Uma em cada cinco refugiadas é vítima de violência sexual no mundo.** ACNUR: Brasília, 2017. Disponível em:
<https://www.acnur.org/portugues/2017/06/23/uma-em-cada-cinco-refugiadas-e-vitima-de-violencia-sexual-no-mundo/>. Acesso em 03 de maio de 2023.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Dados do Unicef apontam que o Brasil ocupa o 4º lugar em casamentos infantis no mundo. Brasília, 2022. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/noticias/853645-dados-do-unicef-apontam-que-o-brasil-ocupa-o-4o-lugar-em-casamentos-infantis-no-mundo/#:~:text=Direitos%20Humanos-,Dados%20do%20Unicef%20apontam%20que%20o%20Brasil%20ocupa%20o,e m%20casamentos%20infantis%20no%20mundo&text=Em%20n%C3%BAmeros %20absolutos%2C%20o%20Brasil,para%20%C3%8Dndia%2C%20Bangladesh% 20e%20Nig%C3%A9ria. >> Acesso em 22 de agosto de 2023.

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. **Mudança climática é uma emergência para todos, em todos os lugares.** Acnur, Brasil, 2021. Disponível em:
<https://brasil.un.org/pt-br/160115-artigo-mudanca-climatica-e-uma-emergencia-para-todos-em-todos-os-lugares>. Acesso em 22 de janeiro de 2021.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade.** Belo Horizonte: Letramentos, 2018.

ALMEIDA DE GÓES, E. D.; VILAS BÔAS BORGES, A. . Entre a cruz e a espada: múltiplas violências contra mulheres refugiadas. *SER Social*, [S. l.], v. 23, n. 49, p. 318–337, 2021. DOI: 10.26512/sersocial.v23i49.35871. Disponível em:
https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/35871. Acesso em: 14 jul. 2023.

ALMEIDA, S. S. **Essa violência maldita.** In: ALMEIDA, S.S. *Violência de gênero e políticas públicas.* Rio de Janeiro: Editora UFRJ, p. 23-41, 2007.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Interiorização.** ACNUR: Brasil, (sem ano [s/a]). Disponível em:
<https://www.acnur.org/portugues/construir-futuros-melhores/solucoes-duradouras/integracao-local/interiorizacao/>. Acesso em 11 de setembro de 2023.

ALTO-COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS (ACNUR). RELATÓRIO DE TENDÊNCIAS GLOBAIS. Genebra, 2015. Relatório. Mimeografado.

ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319–325, jan. 2011.

ALVES, J. **A população da República Democrática do Congo em 2100.** *Ecodebate*: Online, 2013. Disponível em:
<http://www.ecodebate.com.br/2013/04/12/a-populacao-da-republica-democratica-do-congo-em-2100-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em 25 de julho de 2023.

AMORIM, M.C.S; PERILLO, E. O NATIONAL HEALTH SERVICE – NHS O SISTEMA DE SAÚDE da Inglaterra. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 53 - 54, 2014.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? Health Soc Behav, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ARAUJO, J. *et al.* **Prevalência de violência sexual entre refugiados: uma revisão sistemática.** *Revista de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, v. 53, p. 78, 17 set. 2019.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo – Anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

ARNS, D.P. E. **“Não basta acolher os refugiados, é preciso denunciar a violência”.** In: BARRETO, L. P. T. F. *Refúgio no Brasil: A proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas.* 1.ed. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010, p.66-69.

ARRIGHI, Giovanni. **O Longo Século XX: Dinheiro, poder e as origens de nosso tempo.** Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Editora UNESP, 1996.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **DECLARAÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.** ONU: Genebra, 1993. disponível em [file:///C:/Users/Thayh/Downloads/Declara%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20A%20Elimina%C3%A7%C3%A3o%20Da%20Viol%C3%Aancia%20Contra%20As%20Mulheres%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Thayh/Downloads/Declara%C3%A7%C3%A3o%20Sobre%20A%20Elimina%C3%A7%C3%A3o%20Da%20Viol%C3%Aancia%20Contra%20As%20Mulheres%20(3).pdf) . Acesso em 22 de agosto de 2023.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Estatuto do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 1950. Disponível: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Estatuto_ACNUR.pdf?file=fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Estatuto_ACNUR. Acesso em 21 de agosto de 2023.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 2865-2875, 2012.

ASSIS, O.G. **Mulheres migrantes no passado e no presente: gênero, redes sociais e migração internacional.** *Estudos Feministas*: Florianópolis, 15(3): 336, setembro-dezembro, 2007, p.745-772.

ATENÇÃO BÁSICA. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.

AZAMBUJA, M.P. R; NOGUEIRA, C. **Introdução à violência contra mulheres como um problema de direitos humanos e saúde pública.** *Saúde Soc.*: São Paulo, v.17, n.3, p.101-112, 2008.

AZMINA. **Mulheres que correm o mundo.** AzMina: Online, 12 mar. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3hXigtr>>. Acesso em: 16 jun. 2023.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: A construção de um campo teórico e de investigação. *Soc. estado.*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

BAPTISTA, L. P. **Guerra e paz na teoria política de Thomas Hobbes.** Prometheus - Journal of Philosophy, 2011.

BARATA, R. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, M. I. S. B; MAGALHÃES, M. L. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva.** Physis, Rio de Janeiro. 2017, v. 27, n. 04, pp. 1003-1022.

BARICHELO, S. E.; ARAÚJO, L. E. B. **Aspectos históricos da evolução e do reconhecimento internacional do status de refugiado.** Revista Do Direito: Santa Cruz do Sul, (46), 2014, 104-134.

BARRETO, L. P. T. F. **Refúgio no Brasil: A proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas.** 1.ed. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010, p.62-65.

BARRETO, L. P. T. F. **A Lei Brasileira de Refúgio – Sua história.** In: BARRETO, L. P. T. F. Refúgio no Brasil: a proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas. ACNUR: Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010, pp. 12-21.

BARRETO, L. P. T. F. **A Lei Brasileira de Refúgio – Sua história.** In: BARRETO, L. P. T. F. Refúgio no Brasil: A proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas. 1.ed. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010, p.12-46.

BARRETO, L. P. T. F. **Das diferenças entre os institutos jurídicos, asilos e refúgio.** Instituto Migrações e Direitos Humanos: São Paulo, 2007. Disponível em: www.mj.gov.br/snj/artigo_refugio.htm. Acesso em: 25 maio 2022.

BBC News País. **Fugindo da guerra, congoleses enfrentam violência, racismo e desemprego para recomeçar no Brasil.** BBC News País: Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-44893024>. Acesso em 14 de julho de 2023.

BBC News País. O metal precioso que está criando uma 'febre do ouro'. 2018. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-45019188>. Acesso em 14 de julho de 2023.

BBC NEWS PAIS. O país onde 48 mulheres são estupradas a cada hora. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-48225486#:~:text=A%20Rep%C3%ABlica%20Democr%C3%A1tica%20do%20Congo%20tem%20uma%20das%20maiores%20incid%C3%AAs,American%20Journal%20of%20Public%20Health>. Acesso em 14 de julho de 2023.

BEHRING, E; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 7.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BENICIO, L. F. S; BARROS, J. P. P.; SILVA, D. B. **Entre sufocamentos e alguns possíveis: violência urbana e políticas públicas.** Rev. Polis Psique: local. 2018, vol.8, n.3, pp. 129-156.

BEZERRA, J. F; SILVA, R. M.; CAVALCANTI, L. F.; NASCIMENTO, J. L.; VIEIRA, L.J.E; MOREIRA, G.A. R. **Conceitos, causas e repercussões da violência**

sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. Rev. Bras. Promoção à Saúde: Fortaleza, 29(1): 51-59, jan./mar., 2016.

BOBBIO. N. **A era dos direitos.** tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. — Nova ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, P. **Do Estado Liberal ao Estado Social.** São Paulo: Malheiros Editora, 1996.

BRAGA, Leopoldo. **Direito de Asilo.** In: *Revista de Direito do Ministério Público do Estado da Guanabara*, Rio de Janeiro, nº 09, p.15-40, set./dez. 1969.

BRANDÃO, H. C.; TAVARES, N. C. de O. **Mulheres Refugiadas no Rio de Janeiro: mercado de trabalho, políticas públicas e reconstrução de vidas.** In: Anais, III Seminário de Imigração e Emigração Internacional e I Seminário do Observatório de Migrações Internacionais do Estado de Minas Gerais, 2018; Belo Horizonte. Minas Gerais: PUC Minas, 2018; p. 111 – 127.

BRASIL. Estatuto do Refugiado. 1997.

BRASIL. Lei 6.815 de 19 de agosto de 1980. Estatuto do estrangeiro.

BRASIL. LEI 9.474, ESTATUTO DO REFUGIADO, 1997.

BRASIL. LEI Nº 13.445, 2017.

BRASIL. LEI Nº 13.445. Lei de Migração. 2017,

BRASIL. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar,

estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, DF; 1996.

BRASILIA. Racismo como determinante social de saúde. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR, 2011.

BRAVO, A. L. M.Z . **Entre a “crise do refúgio” e a “crise das cidades”: uma análise sobre a inserção de refugiados no meio urbano**. Rio de Janeiro, 2019, 255p. Tese de Doutorado – Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Estado, estado-nação e formas de intermediação política**. Lua Nova: Revista de Cultura e Política [online]. 2017, n. 100 [Acessado 26 fevereiro 2022] , p. 155-185.

_____. **Estado, estado-nação e formas de intermediação social**. FGV EESP - Textos para Discussão / Working Paper Series, 2016, p.3-20.

BROCADO, D; ANDRADE, C.L.T; FAUSTO, M.C.R; LIMA, S.M.L. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Panorama nacional a partir de dados do PMAQ**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro v.42, n. spe1, pp.130-144, 2018.

BRUGUÉ, Q. **Transversalidad: del concepto a la práctica, de las ideas a los resultados**. Kaleidos red fundación: local, pp.1-27, 2008.

BUSCH, V. S. S. **Violência urbana e processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família: estratégias de gestão de riscos e o Programa Acesso MaisSeguro**. 2020. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

BUSSINGER, Vera V. **Fundamentos dos direitos humanos**. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Política Social e Direitos, n.º. 53, São Paulo, Cortez, 1997.

CAIO PRADO, Jr. 1971. História econômica do Brasil. São Paulo: Brasiliense, 2011.

CÂMARA DO RIO. Anexo V ordenação para o planejamento. Câmara do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, s/a. Disponível em <[http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/a99e317a9cfec383032568620071f5d2/cdd6a33fa14df524832578300076df48/\\$FILE/ATT53C5O.pdf/ANEXO%20V.pdf](http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/a99e317a9cfec383032568620071f5d2/cdd6a33fa14df524832578300076df48/$FILE/ATT53C5O.pdf/ANEXO%20V.pdf)>. Acesso em 18 de julho de 2023.

CARITAS RIO DE JANEIRO. Refugiados africanos falam sobre experiências de racismo no Brasil: "Dói muito". Caritas, Rio de Janeiro, 2023. Disponível: <http://www.caritas-rj.org.br/refugiados-africanos-falam-sobre-experiencias-de-racismo-no-brasil.html> . Acesso em 11 de agosto de 2023.

CARITAS. Arquidiocese do Rio e Cáritas celebram 40 anos de trabalho com refugiados e apresentam raio-X do refúgio no RJ. Acnur, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < <https://www.acnur.org/portugues/2016/04/15/archidiocese-do-rio-e-caritas-celebram-40-anos-de-trabalho-com-refugiados-e-apresentam-raio-x-do-refugio-no-rj/>> Acesso em 17 de setembro de 2023.

CARNEIRO, C. S. **Direitos humanos e direito internacional das mulheres: a luta feminista contra a discriminação e a violência de gênero**. In: SEVERI, F.C;

ZACARIAS, L.S. Relatório NAJURP: Direitos Humanos das Mulheres; Ribeirão Preto, FDRP, p. 8-20, 2017.

CARNEIRO, Henrique. **Guerra dos Trinta Anos**. In: MAGNOLI, Demétrio. História das guerras. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

CARNOY, M. **Estado e Teoria política**. (Equipe de trad. PUCCAMP). 2ª ed. Campinas: Papirus, 1988.

CARTA CAPITAL. **No Brasil, 63% das casas chefiadas por mulheres negras estão abaixo da linha da pobreza**. Carta Capital: Brasil, 2019. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/no-brasil-63-das-casas-chefiadas-por-mulheres-negras-estao-abaixo-da-linha-da-pobreza/>>. Acesso em 17 de julho 2023.

CARVALHO, Bruno Leal Pastor de. **A “Paz de Vestfália”: marco das relações internacionais** (artigo). In: Café História – história feita com cliques. Disponível em: <https://www.cafehistoria.com.br/paz-de-vestfalia-marco>. Publicado em: 29 jan. 2018. Acesso: 26 de fevereiro de 2022.

CARVALHO, Yara Maria de e CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Tratado de saúde coletiva. Tradução . São Paulo: Hucitec, 2006. . . Acesso em: 19 jun. 2023.

CASSAB, L. A. **Violência de gênero**. In: TEIXEIRA, E. F.; MENEGHEL, S. N. Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 376-378.

CASTLES S. **Entendendo a migração global. Uma perspectiva desde a transformação social**. Revista Interdisciplinar da. Mobilidade. Humana: Brasília, 35, 2010, p. 11-43.

CAVALCANTI, L.; HORA, T.D. Acesso à saúde: conceito e questões para o debate. X Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2021, Maranhão.

CAVALCANTI, L.F; SILVA, R.M; TSUBOI, A.P. **A abordagem da violência sexual em quatro cursos da UFRJ**. In: Violência sexual contra a mulher : abordagens, contexto e desafios / Ludmila Fontenele Cavalcanti (org.). – Rio de Janeiro : Ed. UFRJ, 2022, pp. 21-41.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual OBMigra 2022**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2022.

CECIM, R.; FERLA, A. A. P. **Educação permanente em saúde**. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p.162-168, 2008.

Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA)(*site*). **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/ PAISM – 1983**. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/_anos/1983.php?iframe=lanc_pais_m_1983>. Acesso em 17 de julho de 2023.

CERQUEIRA, D. Atlas da Violência 2021 / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: FBSP, 2021.

CERQUETANI, S. **Vidas negras importam?** Viva Bem-UOL. Reportagem: Samantha Cerquetani, Edição: Bárbara Paludeti. Artes: Yasmin Ayumi. Publicado em 18 de fevereiro de 2021. Disponível: <<https://www.uol.com.br/vivabem/reportagens-especiais/saude-da-populacao-negra/#cover>>. Folha |Uol, Brasil, 2020. Acesso em 07 de agosto de 2023.

CERVO, A.L. A instabilidade internacional. In: SARAIVA, J.F.S. História das Relações Internacionais Contemporâneas – da sociedade internacional do século XIX à era da globalização. São Paulo: Saraiva, 2007-a, pp. 132-167.

_____. **Hegemonia coletiva e equilíbrio: a construção do mundo liberal (1815-1871)**. In: SARAIVA, J.F.S. História das Relações Internacionais Contemporâneas – da sociedade internacional do século XIX à era da globalização. São Paulo: Saraiva, 2007-b, pp. 41-75.

CHAUÍ, M. **Ética e violência no Brasil**. Bioethikos, Centro Universitário São Camilo: Local, v. 5, n. 4, p. 378-383, dez. 2011.

CHINAGLIA, P, H; VIANA, w, c. **Estado westfaliano versos estado-nação e seus reflexos nas colônias da América Latina**. In: Vasconcelos, a. W. S; Vasconcelos, T. N. S. Ciências humanas: características práticas, teóricas e subjetivas 2. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

CLARO, C.B. **Do estatuto do estrangeiro à lei de migração: avanços e expectativas**. Boletim de Economia e Política Internacional | BEPI | n. 26 | Set. 2019/Abr. 2020.

CM INTERATIVO. Os 10 países mais perigosos para ser mulher. Disponível em: <https://www.cmjornal.pt/multimedia/cm-interativo/detalhe/cm-interativo--da-violencia-sexual-ao-trafico-humano-estes-sao-os-paises-mais-perigosos-para-ser-mulher>. Acesso em 05 de maio de 2023.

COELHO, E.A. C; SILVA, C. T. O; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, M. S. **Integralidade do cuidado à Saúde da mulher: limites da prática profissional**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.154-160,2009.

COLLINS, P. H.; BILGE, B. **Interseccionalidade** [recurso eletrônico]. Tradução Rane Souza. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2020.

COMPARATO, F.K. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. Editora Saraiva: São Paulo, 2010.

CONARE. Nota Técnica n.º 3. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE. Atenção Primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde. **CONASS: BRASILIA, 2019**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>. Acesso em: 07 de agosto de 2023.

CONVENÇÃO SOBRE ASILO TERRITORIAL E CONVENÇÃO SOBRE ASILO DIPLOMÁTICO. 28 de março de 1954. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d42628.htm. Acesso em 21 de agosto de 2023.

COSER. S. **Viagens deslocamentos, espaços (conceitos críticos)**. Vitória: EDUFES, 2016.

COSTA, N. R.; SILVA, I. M.; LIMA, T. M.; SILVA, T. S.; COSTA, I. C. M.; FIGUEIREDO, I. V. O. **A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n. 6, jun, pp. 2075-2082, 2021.

COSTA, A. M. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. *Ciênc. Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro. vol.14, n.4, p.1073-1083, 2009.

COSTA, A.M; BAHIA, L.; CONTE, D. **A saúde da mulher e o SUS: Laços e diversidades no processo de formulação, implementação das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. *Saúde em Debate*: Rio de Janeiro, p. 13-24, 2007. Disponível em:.. Acesso em: 17 de julho de 2023.

COSTA, C.S. **Guia de Estudos OUA (1999) – Segunda Guerra do Congo**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC- Minas: Minas Gerais, 2022.

COSTA, G. **Assistência Social, no enlace entre a cor e gênero dos (as) que dela necessitam**. *O Social em Questão - Ano XX - nº 38 - Mai a Ago/2017*, g 227 – 246.

COSTA, L. R.; AMARAL, A. P. M. **A proteção aos trabalhadores migrantes pelo sistema global de proteção dos Direitos Humanos**. *Revista Paradigma*: Ribeirão Preto, 29(2), 2020. p. 213–228.

COSTA, M.I.S., IANNI, A.M.Z. **Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica [online]**. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018.

CRENSHAW, K. **Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas**. Tradução de Carol Correia. Editora: São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/mapeando-as-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contramulheres-nao-brancas-de-kimberle-crenshaw%E2%80%8A-%E2%80%8Aparte-1-4/>>. Acesso em: 21 junho de 2023.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *In*: OLIVEIRA, R. G (Org.). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

DA CUNHA, G.; ALMEIDA, G. **Introdução à Parte II (Direito Internacional dos Refugiados)**. *In*: Flávia Piovesan (Coord.). *Código de Direito Internacional dos Direitos Humanos Anotado*. São Paulo: Editora Perfil Ltda, 2008, pp.423-44.

DADOS MUNDIAIS. **República Democrática do Congo**. Disponível em: <<https://www.dadosmundiais.com/africa/congo-kinshasa/index.php>>. Acesso em 14 de julho de 2023.

DATA RIO. População. Disponível em: <https://www.data.rio/pages/rio-em-sntese-2>. Acesso em 17 de julho de 2023.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. tradução Heci Regina Candiani. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2016.

Declaração de Independência – Estados Unidos da América. 4 julho, 1776. Disponível em: <https://www.archives.gov/founding-docs/declaration-transcript>. Acesso em 21 de agosto de 2023.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO HOMEM E DO CIDADÃO. 26 de agosto de 1789. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1789.pdf>. Acesso em 21 de agosto de 2023.

DESLANDES, S; COUTINHO, T. **Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: Notas teórico-metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, 2020, pp.2-11. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/hz9h4Fm4mdrvnZwTfKRpRNq/?lang=pt>>. Acesso em: 18 de julho de 2023.

DI CESARE, D. **Estrangeiros residentes. Uma filosofia da migração**. Belo Horizonte: Editora Ayiné, 2020.

DIALLO, A. O. **Integração africana: da organização da unidade africana à união africana**. Espaço Jurídico Journal of Law [EJL]: Unoesc, 2015,p. 7–20.

DIAS, D. N. S.; OLIVEIRA, P. T. R. Qual a relação entre a saúde e a doença?. Rev. NUFEN: São Paulo , v. 5, n. 2, p. 23-45, 2013.

DÖPCKE. W. **Apogeu e colapso do sistema internacional europeu (1871-1918)**. In: SARAIVA, J.F.S. História das Relações Internacionais Contemporâneas – da sociedade internacional do século XIX à era da globalização. São Paulo: Saraiva, 2007, pp.76-129.

ENGELS. F. **As situações da classe trabalhadora na Inglaterra**. Boitempo: Editorial, 2010.

ESCOREL, S. **Equidade em saúde**. In: PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 202-210.

FACUNDO, A. N. **Êxodos e refúgios: Colombianos refugiados no Sul e Sudeste do Brasil**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, UFRJ, 2014.

FARIAS, C. L.; GIOVANELLA, L; ADAUTO, E. O.; NETO, T.S. **Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde**. Saúde em Debate [online]. v. 43, n. spe5 [Acessado 9 Agosto 2023] , pp. 190-204, 2019.

FASSIN, D. **Humanitarian reason: a moral history of the present**. Translated by Rachel Gomme. London: University of California Press, 2012.

FAUSTINO, D. M.; OLIVEIRA, L. M. **Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematicando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil**. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana [online]. 2021, v. 29, n. 63, pp. 193-210.

FERNANDES, L. **Marx e a formação do sistema internacional moderno**. In: BUGIATO, Caio, (Organizador) *Marxismo e Relações Internacionais*. [recurso digital] / Caio Bugiato (Organizador). – Goiânia-GO: Editora Phillos Academy, 2021.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura**. Saúde debate, Jan;43(120):223–39, 2019.

FIGUEIRA, A. D. **Introdução à análise de política externa**. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2011.

FISCHEL DE ANDRADE, J.H. **Direito Internacional dos Refugiados – Evolução Histórica (1921-1952)**. Rio de Janeiro: Renovar, 1996). 2006. 272 f. Tese (Doutorado em Relações Internacionais da Universidade de Brasília)- UNB, Brasília, 2006.

FIUZA, J. **Do neoliberalismo de cooptação ao ultraneoliberalismo: respostas do capital à crise**. Esquerda Diário: Brasil, 2022. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2020/06/08/do-neoliberalismo-de-cooptacao-ao-ultraneoliberalismo-respostas-do-capital-a-crise/>>. Acesso em 17 de julho de 2023. Acesso em: 14 de setembro de 2023.

FLEURY, S; OUVÉNEY, A. M. **Política de Saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p.25-59.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. Ed., Artmed: Porto Alegre, 2009.

FLORES, M. D. L. A. **Violência de gênero no plano internacional**. *Verba Juris*: Local, ano 5, n. 5, p. 245-276, jan./dez. 2006.

FOLHA UOL (site). **Cresce o número de angolanas grávidas que chegam em SP para dar à luz**. Folha UOL, Brasil, 2023. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/07/cresce-o-numero-de-angolanas-gravidas-que-chegam-em-sp-para-dar-a-luz.shtml#:~:text=Os%20dois%20entraram%20para%20estat%C3%ADsticas,Vila%20Clementino%2C%20zona%20sul%20paulistana>>. Acesso em 31 de julho de 2023.

FONSECA, M. N. S. **A maternidade negra na encenação literária de *Um defeito de cor***. Letras UFMG, Minas Gerais, 2020. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/resenhas/ensaio/1261-fabiana-carneiro-da-silva-ominibu-maternidade-negra-em-um-defeito-de-cor#_ftn1>. Acesso em 04 de agosto de 2023.

FRENTE NACIONAL PELA SAÚDE DE MIGRANTES (FENAMI). Conferência nacional livre de saúde das populações migrantes. Disponível em: <https://www.fenami.org/conferencia-livre-2023>. Acesso em 17 de julho de 2023.

GARCIA, A. K. O. **Interseccionalidade ou consubstancialidade: faz diferença para pensar a diferença?** *Norus: Pelotas*, |vol. 10, nº 18 , Ago/Dez/2022, p. 103-129.

GARCIA, F. DE D., E S. GOROVITZ. **O intérprete comunitário: sua Agência na Entrevista de Solicitação de Refúgio.** *Tradterm*, vol. 36, dezembro de 2020, p. 72-101, doi:10.11606/issn.2317-9511.v36i0p72-101.

GEORGETOWN INSTITUTE FOR WOMEN PEACE AND SECURITY (GIWPS). The 2021 Women, Peace and Security Index. 2021. Disponível: <https://giwps.georgetown.edu/the-2021-women-peace-and-security-index/#:~:text=The%20WPS%20Index%20incorporates%20three,a%20higher%20score%20indicates%20better> . Acesso em 17 de julho de 2023.

GIOVANELLA, L; FLEURY, S. **Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso: Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise.** In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GIOVANELLA. L; MENDOZA-RUIZ, A; PILAR, A.C.A; ROSA M.C; MARTINS. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23(6), 1763–1776, 2018.

GÓES, E. D. A.; BORGES, A. V. B. **Entre a cruz e a espada: múltiplas violências contra mulheres refugiadas.** *SER Social: Brasília*, 49, jul.-dez. 2021, 318-337.

GOMARASCA, P. **Direito de excluir ou dever de acolher? A migração forçada como questão ética.** *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, Brasília, v. 25, n. 50, ago. 2017, p. 11-24.

GOMES, R. **A Mulher em Situação de violência sob a Ótica da saúde.** In: MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.199-223, 2003.
GOMES, R. *Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, S. F; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. Cap. 1. p. 79-106.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, S. F; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31. ed. Vozes: Petrópolis: Rio de Janeiro, 2012. p. 79-106.

GONDIM, G. M. M. et al. **O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização.** In: Miranda et al (Orgs.) *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. 255f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Território e territorialização.** In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova;

MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

GOROVITZ, S.; CARNEIRO, T. D.; MARTINS, M. **A Interpretação Comunitária como garantia de direitos: qual formação para qual atuação no Brasil?**. *Revista Belas Infieis*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 01-33, 2023.

GOV.BR (*site*). **Coordenação-Geral do Conare (CG-Conare)**. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Publicado em 20/08/2021 16h22 Atualizado em 14/08/2023 22h41. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/institucional/coordenacao-geral-do-conare-cg-conare>>. Acesso em: 19 de setembro de 2023.

GOV.BR (*site*). **Etapas do processo de refúgio**. Ministério da Justiça e Segurança Pública. [Sem data (s)/d] Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/o-que-e-refugio/etapas-do-processo-de-refugio>>. Acesso em 19 de setembro de 2023.

GRUPPI, L. **Os pensadores políticos desde N. Maquiavel até G. W. F. Hegel**. In: *Tudo começou com Maquiavel*. Porto Alegre: L P & M, 1996.

GUARNIERI, T. H. **Os direitos das mulheres no contexto internacional da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing (1995)**. *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*: Rio de Janeiro, n. 8, 2010.

GUIMARÃES, M.C; PEDROZA, R.L.S. **Violência Contra Mulher: Problematizando Definições Teóricas, Filosóficas e Jurídicas**. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 2015, p. 256-266.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2005.

HARZHEIM E, organizador. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. OPAS: Porto Alegre, 2013.

HATHAWAY, J. C. **A Reconsideration of the Underlying Premise of Refugee Law**. *Harvard International Law Journal*. Boston, v. 31, n. 1, p. 129-147, 2017.

HEPP, C. **O princípio da autodeterminação dos povos e sua aplicação aos palestinos**. *Universidade Federal do Paraná*. Setor de Ciências Jurídicas. Curso de Graduação em Direito, 2005.

HIRATA, H. **Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais**. *Tempo Social*: São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, jun. 2014.

HOBBS, T. **Leviatã ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil**. São Paulo: Nova Cultural, 2004.

HOBSBAWM, E. **Nações e nacionalismo desde 1780: programa, mito e realidade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

HOBSBAWM. E. **A Revolução Francesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

HOBBSAWM.E. **A era do capital (1848-1875)**. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1977.

HOBBSAWM.E. **A era do capital (1848-1875)**. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 2015.

HOBBSAWM.E. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991** / São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

HORA, T.D; CAVALCANTI, L.F; PAIVA, A.R. **Desafios da experiência de pesquisa em serviço social no contexto remoto**. XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Rio de Janeiro, p. 1-11, 2022.

<https://carioca.rio.orgao/secretaria-municipal-de-saude-subsecretaria-de-protecao-e-defesa-civil-subpdec/http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/028ae108-4b83-4300-9b85-3fca50963b97>. Acesso em 18 de julho de 2023.

<https://www.acnur.org/portugues/2016/04/15/arquidiocese-do-rio-e-caritas-celebram-40-anos-de-trabalho-com-refugiados-e-apresentam-raio-x-do-refugio-no-rj/>. Acesso em 18 de julho de 2023.

<https://www.camara.leg.br/noticias/853645-dados-do-unicef-apontam-que-o-brasil-ocupa-o-4o-lugar-em-casamentos-infantis-no-mundo/>.

HUNDERTMARK, J.R.T; LIMA, F. S. L; PEZENDE, C. R. **As evidências racistas e sexistas no campo de atuação da Lei Maria da Penha: uma leitura pela perspectiva da colonialidade**. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito: Florianópolis, v. 7 | n.1 | p. 91–111| Jan/Jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimentos. Rio de Janeiro: IBGE, 2020, p.89.

"interculturalidade", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2023, <https://dicionario.priberam.org/interculturalidade>.

JANNUZZI, M. P. . **Comentários Paulo de Martino Jannuzzi**. Revista Do Serviço Público: Brasília, 73(b), 124-126, 2002.

JELIN, E. **Mulheres e Direitos Humanos**. Estudos Feministas, Florianópolis, n.1/94, ano 2, 1994, p.117-149.

JUBILUT, L. L. **O Direito internacional dos refugiados e sua aplicação no orçamento jurídico brasileiro**. São Paulo: Método, 2007.

JUBILUT, L. L. **O direito internacional dos refugiados e sua aplicação no Ordenamento Jurídico Brasileiro**. São Paulo: Método, 2007.

JUBILUT, L. L.; MADUREIRA, A.L. **Os desafios de proteção aos refugiados e migrantes forçados no marco de Cartagena + 30**. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana. 2014, v. 22, n. 43, p. 11-33.

JUBILUT, L.L; PEREIRA, G.A. **Mudanças no Procedimento de Reconhecimento do Status de Refugiado no Brasil ao longo dos 25 anos da Lei 9.474/97 e seus impactos na proteção das pessoas refugiadas.** REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, v. 30, n. 66, dez. 2022, p. 165-190.

JUNGER, G.; CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, Bianca G. **Refúgio em Números** (7ª Edição). Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2022.

JUNQUEIRA, K. **A cidadania moderna e seus desafios.** Cadernos da Escola do Legislativo. [S.l.], v. 19, n. 31, p. 12-54, fev. 2019. ISSN 2595-4539. Disponível em: <<https://cadernosdolegislativo.almg.gov.br/ojs/index.php/cadernosele/article/view/7/373>>. Acesso em: 10 out. 2022.

KARL, V. R. e B. O Preço da saúde na África. *Le Monde Diplomatique Brasil (site)*. Edição 15 - Direitos Humanos. 4 de outubro de 2008. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/o-preco-da-saude-na-africa-2/>. Acesso em 09 de agosto de 2023.

KENICKE, P. H. g; LORENZETTO, B. M. **O estatuto do estrangeiro e a mudança da fundamentação da política migratória brasileira.** Direito E Desenvolvimento, 8(2), 2017, p. 195-209.

KONDER, M.; O'DWYER, G. **As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências.** Physis: Revista de Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 290-203, 2019.

KYRILLOS, G. **Os direitos das mulheres no Sistema Internacional de Direitos Humanos.** CAPTURA CRÍPTICA: Florianópolis, n.5., v.1., jan./dez. 2016, p. 57-79.

LAVOR A. **Do outro lado da linha: Preconceitos e barreiras culturais dificultam acesso à saúde de refugiados que vivem no Brasil.** Radis: Fiocruz, n.180, p. 18-21, 2017.

LEI 6.815 de 19 de agosto de 1980.

LEITE, M. X. F. **A violência contra as mulheres e a determinação do estatuto de refugiada.** 2018. Dissertação (Mestrado em Direito e Segurança) – Faculdade de Direito, Universidade Nova Lisboa: Lisboa, 2018.

LIMA, M. **História da África.** Cadernos PENESB, v. 12, p. 23-63, 2010.

LISBOA, T, K. **Gênero e migrações – trajetórias globais, trajetórias locais de trabalhadoras domésticas.** REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana: Brasília, ano XIV, n. 26 / 27, p.151-166, 2006.

LISBOA, T. K.; ZUCCO, L. P. **Os 15 anos da Lei Maria da Penha.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 30(2), 2022, p.1-12.

LOCKE, J. **Segundo tratado sobre o governo civil: ensaio sobre a origem, os limites e os fins verdadeiros do governo civil.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. F. **A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania: São Paulo, v. 19, n. 64, 2014.

LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil** / organizadora: Gabriela Lotta. -- Brasília: Enap, 2019. 324 p.

LUZ, N. **República Democrática do Congo: a independência do país que viveu um dos mais cruéis regimes coloniais da África**. Por dentro da África: Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.pordentrodafrica.com/cultura/republica-democratica-coloniais-da-africa>>. Acesso em 14 de julho de 2020.

MADUREIRA, A.L. **O Conceito de Refugiado e os Direitos Inerentes a esse Status**. IN: JUBILUT, L.L.; GARCEZ, G.S; SILVA, J.C.J. Direitos Humanos e Vulnerabilidade e Direito Internacional dos Refugiados. – Boa Vista: Editora da UFRR, 2021, pp. 10-132.

MAIA AC, AZIZE RL. **Saúde nas margens: dilemas da territorialidade da Atenção Primária em Saúde no cuidado aos refugiados no município do Rio de Janeiro**, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020.May.

MAIA, A. C.; AZIZE, R. L.. **Saúde nas margens: dilemas da territorialidade da Atenção Primária em Saúde no cuidado aos refugiados no município do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1789–1798, maio de 2020.

MARSHALL, TH. **Cidadania e classe social**. São Paulo: Editora Unesp, 2021.

MASTROPAOLO, J. Punição e controle do feminino: funcionalidade da violência sexual no capitalismo. IN: CAVALCANTI, L. F. Violência sexual contra a mulher: abordagens, contexto e desafios / Ludmila Fontenele Cavalcanti (org.). – Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022, p. 113-130.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MAZZEO, A. C. (1950). **Estado e burguesia no Brasil: origens da autocracia burguesa** / Antonio Carlos Mazzeo. - 3. ed. - São Paulo: Boitempo, 2015.

MEDICOS SEM FRONTEIRAS. República Democrática do Congo. Disponível em: <https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/projetos-msf/republica-democratica-do-congo/>. Acesso em 09 de agosto de 2023.

MENDES, A. A; BRASIL, D.R. A nova Lei de Migração Brasileira e sua Regulamentação da Concessão de Vistos aos Migrantes. Sequência (Florianópolis), n.84, p. 64-88, p.2020.

MÉSZÁROS, István. **A Crise Estrutural do Capital**. Trad. Francisco Raul Cornejo [et al.]. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

MEZZADRA, S. **A condição pós-colonial. História e Política no presente global**. São Paulo: Editora Filosófica Política, 2020.

MIGRAMUNDO (*site*). **A saúde de imigrantes e refugiados: um debate necessário**. 14 de outubro de 2021. Disponível em: <<https://migramundo.com/a-saude-de-imigrantes-e-refugiados-um-debate-necessario/>>. Acesso em 17 de julho de 2023.

MIGRAMUNDO (*site*). **Com homenagem a Moïse, Ministério da Justiça lança programa de políticas de refúgio para solicitantes afrodescendentes**. 2023. Disponível em: <<https://migramundo.com/com-homenagem-a-moise-ministerio-da-justica-lanca-programa-de-politicas-de-refugio-para-solicitantes-afrodescendentes/>>. Acesso em 17 de julho de 2023.

MILESI, R; ANDRADE, C.W. Atores e Ações por uma lei de refugiados no Brasil. In: BARRETO, L. P. T. F. Refúgio no Brasil: A proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas. 1.ed. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010, p.24-47.

MINAYO, M. C. S. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31. ed.: Vozes: Rio de Janeiro, Cap. 1. p. 9-28, 2012.

MINAYO, M. C. **Violência e saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. Hucitec-Abrasco: Rio de Janeiro, 2014.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. **Etapas do processo de refúgio**. {(sem local [s/l]); (sem data [s/d])}. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/o-que-e-refugio/etapas-do-processo-de-refugio>>. Acesso em 13 de mar.2022.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Comitê Nacional para os Refugiados (Conare). Disponível: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/institucional>. Acesso em 17 de julho de 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Comitê Nacional para os Refugiados (Conare). Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/institucional>. Acesso em 13 de mar. 2022.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Conare aprova reconhecimento de mulheres refugiadas vindas de contextos de mutilação genital feminina. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/conare-aprova-reconhecimento-de-mulheres-refugiadas-vindas-de-contextos-de-mutilacao-genital-feminina>. Acesso em 17 de julho de 2023.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Informações gerais do Grupo de Trabalho. 2023. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/informacoes-gerais-do-grupo-de-trabalho#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Migra%C3%A7%C3%B5es,sociedade%20civil%2C%20organismos%20internacionais%20e>. Acesso em 17 de julho de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equidade garantia constitucional. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade>. Acesso em 17 de julho de 2023.

MINISTERIO DA SAÚDE. Populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/o-que-e-equidade/populacoes-em-situacao-de-vulnerabilidade-e-desigualdade-social>. Acesso em 17 de julho de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-Natal. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal>. Acesso em 25 de julho de 2023.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. **Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental**. Saúde soc.: São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072- 1083, Dez. 2013.

MOREIRA, G. A. R.; FREITAS, K. M. DE.; CAVALCANTI, L. F.; VIEIRA, L. J. E. DE S.; SILVA, R. M. **Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual**. Trabalho, Educação e Saúde: Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1039–1055, set. 2018.

MOULIN, A. C. **Entre a crise e a crítica: migrações e refúgio em perspectiva global**. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD 8 (16), 2019, p. 21–41.

MOULIN, C. **Entre liberdade e proteção: refugiados, soberanos e a lógica da gratidão**. In: 33º Encontro da ANPOCS, 2009, Caxambu. 33º Encontro Anual da ANPOCS - 26 a 30 de outubro de 2009, Caxambu, MG, 2009.

MUKWEGE, D. **“Rape as a weapon of war in the Democratic Republic of the Congo: from holistic care to transitional justice”**, *Revue LISA/LISA e-journal*: França, vol. 20, nº53, 2022. Disponível em: < <https://journals.openedition.org/lisa/13875#quotation> >. Acesso em 22 de agosto de 2023.

MULLER, P.; SUREL, Y. **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat, 2002.

NAÇÕES UNIDAS. Crise de violência da RD Congo é tema de reunião diplomática no Quênia. ONU NEWS, 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805807>. Acesso em 02 de maio de 2023.

NAÇÕES UNIDAS. Crise na RD Congo gera mais de 7 milhões de deslocados, diz Acnur. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/05/1813927>. Acesso em: 14 de julho 2023.

NAÇÕES UNIDAS. Igualdade de gênero está a três séculos de distância. ONU NEWS, 2022. Disponível: <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1800321#:~:text=At%C3%A9%20o%20final%20de%202022,extrema%20pobreza%20do%20que%20hoje>. Acesso em 04 de maio de 2023.

NAÇÕES UNIDAS. No Sudão do Sul, mulheres são “sistematicamente usadas como espólios de guerra”. ONU NEWS, 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1783572>. Acesso em 10 de maio de 2023.

NETO, P. H. **O erguimento de barreiras à migração e à diferenciação dos “Direitos à Mobilidade”**. REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, vol. 16, núm. 31, 2008, pp. 394- 400.

NETTO, J. P. **Crise do capital e consequências societárias**. Serviço Social & Sociedade, n. 111, 2012, pp. 413-429.

NOGUEIRA, C. A. G.; FORTE, S. H. A. C. **Efeitos intersetoriais e transversais e seus impactos sobre a efetividade das políticas públicas nos municípios do Ceará**. Revista de Administração Pública, v. 53, n. 1, p. 64–83, jan. 2019.

NOGUEIRA, C. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. 1. ed. Salvador da Bahia: Editora Devires, 2017. 234.p.

NORONHA, J.C; LIMA, L. D. L.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 365-395.

OLIVEIRA, B. A.; JUNIOR, J. B. L. **O estupro como estratégia de guerra em conflitos armados: a experiência do Tribunal Penal Internacional para a antiga Iugoslávia nos casos de violência gênero**. BJIR: Marília, v. 8, n. 1, p. 97-116, jan./abr. 2019.

ONU MULHERES. Conferências Mundiais da Mulher. Disponível: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>. Acessado em 02 de maio de 2023.

ONU MULHERES. ONU Mulheres promove rodas de conversa sobre violência em Roraima. Disponível: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-mulheres-promove-rodas-de-conversa-sobre-violencia-em-roraima/>. Acesso em 17 de julho de 2023.

ONU MULHERES. Uma em cada cinco refugiadas são vítimas de violência sexual no mundo. *ONU Mulheres*, 23 jun. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3un4Zgh>. Acesso em 22 de agosto de 2023.

ONU MULHERES. Uma em cada cinco refugiadas são vítimas de violência sexual no mundo. *ONU Mulheres*, 23 jun. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3un4Zgh>. Acesso em: 16 jun. 2020.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em. Acesso em 19/3/2009.

_____. O Número de vítimas de tráfico num ano ultrapassou 50 mil no mundo. ONU, 2021. disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/02/1740252>. Acesso em: 14 de julho de 2023.

_____. ONU firma acordo com Ucrânia para proteger vítimas de violência sexual. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/05/1788072>. Acesso em março de 2023.

_____. Uma em cada cinco refugiadas é vítima de violência sexual no mundo é vítima de violência sexual. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2017/06/23/uma-em-cada-cinco-refugiadas-e-vitima-de-violencia-sexual-no-mundo/>. Acesso em 12 de março de 2023.

_____. **Relatório Mulheres em Fuga da Acnur**. UNHCR, October, 2015.

Osis, M. J. M. D.. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos De Saúde Pública, 14, S25–S32, 1998.

OSÓRIO, L. F. **Imperialismo, Estado e Relações Internacionais**. São Paulo: Ideias e Letras, 2018.

PAIM, J. **O que é o SUS**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAIM, J. S. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde: São Paulo, v.12 n.2 , ago. 2010

PAÍSES IBGE. **República Democrática do Congo**. s/a. IBGE: Rio de Janeiro, s/a. Disponível em: <<https://paises.ibge.gov.br/#/mapa/republica-democratica-do-congo>>. Acesso em 14 de julho de 2023.

PAIVA, A. R. **Formulação e legitimação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS: análise do processo decisório da lei 12.435/2011**. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social: Rio de Janeiro, 2014.

PASSOS. J. D.S. Evolução Histórica dos Direitos Humanos. Revista Jurídica Universidade Sul de Santa Catarina, ano VII, nº 13, julho/dezembro, 2016, pp. 232-244.

PEREIRA, L.; AGUILAR, S. **Congo - a atual dinâmica do conflito e a rendição do m23** . Série Conflitos Internacionais, N. 02 - Abril de 2014.

PERIN, V. **"Um campo de refugiados sem cercas": etnografia de um aparato de governo de populações refugiadas**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 20, n. 41, p. 303-330, jan./jun. 2014.

PIERRE, L. A. DOS S.; CLAPIS, M. J. **Family Planning in a Family Health Unit**. Revista Latino Americana de Enfermagem: São Paulo, v. 18, n. 6, p. 1161–1168, nov. 2010.

PINHEIRO, R. **Integralidade em Saúde**. In: PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 255- 262.

PIOVESAN, F. **A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres**. Revista EMERJ: Rio de Janeiro, v. 15, n. 57 (Edição Especial), jan.-mar. 2012, p. 70-89.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano**. São Paulo: Saraiva, 2014.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo : Saraiva Educação, 2021.

PIOVESAN, F. **Igualdade de gênero na Constituição Federal: os Direitos Civis e Políticos das Mulheres no Brasil**. Consultoria Legislativa do Senado Federal: local, 2008.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos: desafios e perspectivas contemporâneas**. Rev. TST: Brasília, vol. 75, no 1, jan/mar 2009, p.107-113.

PIOVEZAN, S. (UOL FOLHA - site). **Minha filha morreu porque o médico não conseguiu me entender', diz venezuelano**. Folha de São Paulo: São Paulo, 20.jun.2023 às 17h53. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/06/minha-filha-morreu-porque-o-medico-nao-conseguiu-me-entender-diz-venezuelana.shtml#:~:text=%22A%20barreira%20do%20idioma%20%C3%A9,de%20vida%20do%20Acnur%20Brasil.>> Acesso em 07 de agosto de 2023.

PIRES, D. E. **Precarização do Trabalho em Saúde**. IN: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p.317-320, 2008.

PIRES, R.C. C.; LUCENA, A. D., MANTESSO, J. B.; FORTALEZA, C. S. Avaliação da resolutividade na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa sobre os atendimentos através da estratégia saúde da família no Brasil. Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação: **São Paulo**, 9(1), 47–69, 2023.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K; COSTA, S.H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

POLANYI, KARL. **A grande transformação: as origens de nossa época (tradução de Fanny Wrabel)**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

PRADO JR. **PRADO Jr., Caio. Formação do Brasil Contemporâneo**. São Paulo, Editora. Brasiliense, 2011.

PREFEITURA DO RIO (site). Atendimento em Unidades de Atenção Primária em Saúde. Disponível em: <<https://carioca.rio/servicos/atendimento-em-unidades-de-atencao-primaria-em-saude/>>. Acesso em 09 de agosto de 2023.

Projeto de Lei nº 5.182, de 2020. Institui como política pública a obrigatoriedade de alocação de tradutores e intérpretes comunitários em todas as instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais. Brasília: Distrito Federal, Gabinete do Senador Paulo Paim, 2020.

RADIS. SUS Sob Nova Direção: **Austeridade, Subfinanciamento, planos de carreira, controle social e Mais Médicos: como fica a saúde no novo governo?** Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAMOS, M. N. P. **Comunicação em saúde e interculturalidade - perspectivas teóricas, metodológicas e práticas**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde: Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, 2012.

Resolução SES nº 2.530, de 09 de dezembro de 2021.

REZENDE, H. L. **O refúgio no Brasil**. Editora Dialética: Belo Horizonte, 2021.

RISSON, A. P.; MATSUE, R. Y.; LIMA, A. C. C. Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais. O Social em Questão, Rio de Janeiro, n. 41, p.111-130, maio, 2018.

RODRIGUES, A. S.; HERZOG, R. S. OBSERVATÓRIO DE OBSTETRÍCIA (*site*). **Óbitos de puérperas representaram 63% dos óbitos maternos do período de 2016 a 2020**. 14 de abril de 2023. Disponível em: <<https://observatorioobstetricobr.org/publicacoes/obitos-de-puerperas-representam-63-dos-obitos-maternos-do-periodo-de-2016-a-2020/>>. Acesso em 22 de maio de 2023.

RODRIGUES, I. A. **Sofrimento e saúde mental entre migrantes venezuelanos no município de Rio de Janeiro**. 2022. 177 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

ROLIM, M. R. **Tranças: além da estética uma forma de sobrevivência**. Revista em Pauta, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/empauta/trancas-alem-da-estetica-uma-forma-de-sobrevivencia/#:~:text=As%20tran%C3%A7as%20de%20cultura%20africana,eco n%C3%B4mia%20para%20muitas%20pessoas%20negras>>. Acesso em 04 de agosto de 2022.

ROSSEAU, J.J. **Do Contrato Social (1762)**. Sumaré: Editora Martin Claret, 2000.

RUSEISHVILI, S. **Perfil sociodemográfico e distribuição territorial dos russos em São Paulo: deslocados da guerra da Europa e refugiados da China após a Segunda Guerra Mundial**. Revista Brasileira de Estudos de População. 2018, v. 35, n. 03.

RUSEISHVILI, S. **Por uma Genealogia da Convenção de 1951: a nacionalização da sociedade na Europa e a construção normativa do refugiado-apátrida no período de entreguerras**. IN: JUBILUT, L.L.; GARCEZ, G.S; SILVA, J.C.J. Direitos Humanos e Vulnerabilidade e Direito Internacional dos Refugiados. – Boa Vista: Editora da UFRR, 2021, pp.55-83.

SACK, R. **Human Territoriality: its theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986..

SAFFER, D. A.; MATTOS, L. V.; REGO, S. R. **Nenhum Serviço de Saúde a**

Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe1, pp. 147-159, 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.** Cadernos Pagu (16): Campinas, 2001, p.115-136.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** 1.ed. Fundação Perseu Abramo: São Paulo, 2004.

SAFFIOTI, H.I. B. **Já se mete a colher em briga de marido e mulher.** Em Perspectiva: São Paulo, 1999, p. 82-91.

SALES, D.E. A história não contada do refúgio no brasil antes da lei nº 9.474/97. In: Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SALES, J. B. Atuação do governo do Estado do Rio de Janeiro diante da chegada e permanência de refugiados no território fluminense. Dissertação, Faculdade Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2019.

SANSEN, S. **Expulsões: brutalidade e complexidade na economia global.** 1ª ed., Rio de Janeiro/ São Paulo: Paz e Terra, 2016.

SANTOS, F. A.; BARROS, M.C. **Enfrentamento à violência obstétrica em mulheres negras e o conceito de justiça reprodutiva.** In: Violência sexual contra a mulher : abordagens, contexto e desafios / Ludmila Fontenele Cavalcanti (org.). – Rio de Janeiro : Ed. UFRJ, 2022, pp. 131-145.

SANTOS, I. D. C.; MARTUSCELLI, P. N. **Proteção internacional e meninas refugiadas: onde elas estão?** TRAVESSIA - Revista do Migrante: São Paulo, - Nº 80 - Janeiro - Junho / 2017, p.41-60.

SANTOS, P. V. **A importância dos tratados internacionais na consolidação do direito das mulheres no Brasil.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos): Florianópolis, 2013.

SANTOS. E. C. **O Tráfico de mulheres como uma modalidade da violência de gênero.** XIX Encontro de História da Anpuh-Rio, 2020.

SANTOS. E. C.; GIACOMINI, S. M. **Tráfico e Gênero: a moralização do deslocamento feminino.** Tese de Doutorado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. 270p.

SARAIVA J. F. S. **Dois gigantes e um condomínio: da guerra fria à coexistência pacífica (1947-1968).** In: SARAIVA, J.F.S. História das Relações Internacionais Contemporâneas – da sociedade internacional do século XIX à era da globalização. São Paulo: Saraiva, 2007, pp. 198-230.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books .

SARTORETTO, L. M. **Direito dos refugiados: do eurocentrismo às abordagens de terceiro mundo.** Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2018.

SAWYER, D. O. **Assessing access constraints on system equity: source of care differences in the distribution of medical services.** Health Serv Res, Spring, v.17, n.1, p.27-44, 1982.

SCHLINDWEIN, S. **Cobalto: um metal raro, precioso e muito disputado na RDC.** Made for Minds: Germany, 2018. Disponível: <https://www.dw.com/pt-002/cobalto-um-metal-raro-precioso-e-disputado-na-rep%C3%BAblica-democr%C3%A1tica-do-congo/a-45510238>. Acesso em 14 de julho de 2023.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C.A. **Entrevistas online: Potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19.** REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 4, 2020, pp. 960-966.

SECRETARIA ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. Cartilha de orientações sobre o SUS para a População Imigrante e Refugiada – folders. SES, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/participacao-social-e-equidade/saude-da-populacao-imigrante-e-refugiada/2019/04/cartilha-de-orientacoes-sobre-o-sus-para-a-populacao-imigrante-e-refugiada-folders>. Acesso em 11 de setembro de 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (*site*). **Atenção ao Pré-Natal Rotinas para gestantes de baixo risco.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2016. disponível: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176323/GuiaPrenatal_reunido.pdf>. Acesso em 25 de julho de 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RIO) (*site*). **Conheça a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** (Sem ano [s/a]). Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conheca-a-secretaria#>>>. Acesso em: 17 de setembro 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. A experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados. SMS, Rio de Janeiro, 2017. 8. p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. **Cidade do Rio avança na reestruturação da atenção primária. Prefeitura do Rio: Rio de Janeiro.** 2023. Disponível em: <<https://prefeitura.rio/saude/cidade-do-rio-avanca-na-reestruturacao-da-atencao-primaria/#:~:text=Nos%20esfor%C3%A7os%20para%20a%20reestrutura%C3%A7%C3%A3o,voltar%20aos%2070%25%20at%C3%A9%202024>>. Acesso em 18 de julho de 2023.

SEGATO, R. L. *La guerra contra las mujeres.* Madri: Traficantes de Sueños, 2016.

SENADO. DRU. Senado: Brasília, s/d. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>>. Acesso em 17 de setembro de 2023.

SERAPIONI, M.; TESSER, C. D. **O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável.** Saúde em Debate, Minas Gerais, v.43, n.5, p. 44-57, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ft6GqmSCTyxGYkG33Lmm8FP/?lang=pt>>. Acesso em: 17 de julho de 2023.

SILVA, B. Z. **Pela DesCriminalização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia.** Physis, Rio de Janeiro. v. 30, n. 03., pp.2-9, 2020.

SILVA, G. J.; CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. **Refúgio em Números**, 5ª Ed. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

SILVA, J. A. **Comentário contextual à Constituição**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

SILVA, J. J. L. S. da; LEITÃO, S. G.; OLIVEIRA, D. **From Africa to Brazil, a parallel between Yoruba traditional medical systems.** SciELO Preprints: São Paulo, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.3759. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3759>>. Acesso em: 4 aug. 2023.

SILVA, N.C; ROCHA, T.A.H; RODRIGUES, R.B; BARBOSA, A.C.Q. **Equidade na Atenção Primária à Saúde da Mulher: uma análise do Brasil e suas regiões.** Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia, v.38, n.2, abr./jun. 2014, p.243-265.

SILVA, W. M. N. **Mulheres e refugiadas: uma análise da proteção internacional dos direitos humanos conferidos às mulheres refugiadas sob a ótica interseccional entre gênero e refúgio.** Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Direito. Natal, RN, 2021.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2012.

SOARES, L. F. M. **O Estado liberal e social e as constituições brasileiras no tocante à ordem econômica.** Confluências, vol. 13, n. 2 – Niterói: PPGSD-UFF, novembro de 2012, p. 110 -130.

SOLYSZKO, I. Realidades de horror: feminicídios e violência sexual contra a mulher. IN: CAVALCANTI, L. F. Violência sexual contra a mulher: abordagens, contexto e desafios / Ludmila Fontenele Cavalcanti (org.). – Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022, p. 145-163.

SONDHAUS, L. **A Primeira Guerra Mundial.** São Paulo: Contexto, 2013.

SORANZ, D. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [livro eletrônico] : 2022 - 2025 / Daniel Soranz ; coordenação Liliane Cardoso de Almeida Leal, Carmem Lopes, Fabiana Dias. -- Rio de Janeiro, RJ : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

SORANZ, D.; PINTO, L. F. PENNA, G. O. **Eixos e Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro.** Ciencia & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, pp. 1327-1338, 2016.

SOUTO, K. **A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero.** Revista Ser Social: Brasília, n. 22, p. 161-182, 2008.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v.45, n. 130, p. 832-846, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 de julho de 2023.

SOUZA C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias: Porto Alegre, pp. 20–45, 2006.

SOUZA, F. T. **A crise do refúgio e o refugiado como crise**. Tese (Doutorado em Direito) – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SPEDO, S. M; TANAKA, O.Y; PINTO, N. R .S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 8, p. 1781–1790, ago. 2009.

SQUEFF, T.C. **O Status de Refugiado enquanto um Conceito Europeu: reflexos de uma construção hegemônica**. IN: JUBILUT, L.L.; GARCEZ, G.S; SILVA, J.C.J. Direitos Humanos e Vulnerabilidade e Direito Internacional dos Refugiados. – Boa Vista: Editora da UFRR, 2021, pp.13-16.

STANDING, G. **O precariado: a nova classe perigosa** / Guy Standing ; tradução Cristina Antunes. -- 1. ed.; 1. reimp, - Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRECK, L; MORAIS, J. L.B. **Ciência Política e Teoria Geral do Estado**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000. 183 p.

Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em situação de Vulnerabilidade (SAPV). Mitos e Verdades sobre Saúde da População Imigrante e Refugiada. SAPV: Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/atencao-psicossocial/novidades/2022/04/mitos-e-verdades-sobre-saude-da-populacao-imigrante-e-refugiada>> . Acesso em 11 de setembro de 2023.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Acesso ao Tribunal Constitucional: Possibilidade de ações movidas por estrangeiros.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. In: Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho, 2011.

TOMAZONI, L; GOMES, E.B. **Afirmção histórica dos direitos humanos das mulheres no âmbito das nações unidas**. Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL): Curitiba-PR | vol. 2, nº 23, jul/dez 2015, p. 44-59.

TOTA, P. **Segunda Guerra Mundial**. In: MAGNOLI, D. História das guerras. São Paulo: Contexto, 2006, p. 355-391.

TRAVASSO, C; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V; CARVALHO, A.I; NORONHA, J.C. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. **Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003**. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n.10 p. 2490-2502, 2007.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública: Rio de Janeiro, v. 20, suppl 2, p.190-198, 2004.

TRUAX, E. **La falta de voluntad ante “todas las crisis del mundo”**. Corea / PANÓPTICO. Julio de 2022. Disponível em: <<https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/a05282e6-2609-4fc9-935b-d150f328fe9f/la-falta-de-voluntad-ante-todas-las-crisis-del-mundo>>. Acessado em 11 de out. 2022.

UNESCO. **A Liga das Nações: um sonho universal que resistiu ao teste do tempo**. Disponível em: <https://pt.unesco.org/courier/2020-1/liga-das-nacoes-um-sonho-universal-que-resistiu-ao-teste-do-tempo>. Acesso em 10 de out. 2022.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Conheça as leis e os serviços que protegem as mulheres vítimas de violência de gênero. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/04/conheca-as-leis-e-os-servicos-que-protegem-as-mulheres-vitimas-de-violencia-de-genero.html>. Acesso em 17 de julho de 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO AMERICANA (UNILA). O papel da mediação cultural no atendimento a refugiados e imigrantes. UNILA, Foz do Iguaçu, 2021. Disponível: <<https://portal.unila.edu.br/noticias/o-papel-da-mediacao-cultural-no-atendimento-a-refugiados-e-imigrantes>>. Acesso em 11 de setembro.

VALENZOLA, R. H. **O conflito na República Democrática do Congo e a ausência do Estado na regulação das relações sociais**. Marília, São Paulo: Revista do Laboratório de Estudos da Violência e Segurança (LEVS) da Universidade Estadual Paulista, Edição 12, novembro de 2013, p. 59.

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

VENTURA, D.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

VERGÈS, F. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: UBU, 2019.

VIDIGAL, Armando. **Guerras da unificação alemã**. In: MAGNOLI, Demétrio. História das guerras. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

WANDELY, A. B.; FIGUEIRA, L. E. **“Eles fazem de tudo para pegar as pessoas”:** **Administrando narrativas dos solicitantes de refúgio no Brasil**. Revista Brasileira de Sociologia do Direito: Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, mai./ago. 2018.

WELLE, D. **O dilema demográfico da África**. UFJF: Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/ladem/2019/07/18/o-dilema-demografico-da-africa/>>. Acesso em 25 de julho de 2023.

WISE, Raúl Delgado. **Notas sobre la cuestión laboral y migratória hoy: migración forzada, desarrollo desigual e imperialismo**. Revista Theomai: Estudios críticos sobre Sociedade y Desarrollo, n.33, 2016.

WOLF, Rafael Henrique. **Da queda do liberalismo ao estado do bem-estar social: meio século de história do mais breve dos séculos**. Formação Econômica: Campinas, (6): 43-58, dez. 2000.

WOMEN PEACE AND SECURITY INDEX. **Women Peace and Security Index**. Georgetown Institute for Women, Peace and Security: Washington. Disponível em: <<https://giwps.georgetown.edu/the-2021-women-peace-and-security-index/>>. Acesso em: 06 de maio de 2023.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Global Gender Gap Report 2021**. World Economic Forum: Cologny/Geneva, 2021. Disponível em: <https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf>. Acesso em 22 de agosto de 2023.

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2002.

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

ZAPATA, G. P.; GUEDES, G. **Refúgio e modalidades de deslocamentos populacionais no século XXI: tendências, conflitos e políticas**. Revista Brasileira de Estudos de População. v. 34, n. 01, 2017, pp. 05-13.

ZUZARTE, A. Entre a “crise do refúgio” e a “crise das cidades”: uma análise sobre a inserção de refugiados no meio urbano. 2019. 255 p. Tese (Doutorado em Relações Internacionais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

7. Apêndices

7.1. Apêndice A - roteiro de entrevista A

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Cargo/função:	Tempo de atuação na área de saúde
Idade:	no
Graduação:	município:
Pós-graduação:	Tempo de atuação com atendimento a migrantes e refugiados:

ENTREVISTA

1. Como é realizado o atendimento para mulheres refugiadas e migrantes na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro?
2. Como é organizado o fluxo para o atendimento de mulheres refugiadas e migrantes na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro?
3. Como estão sendo planejadas ações específicas para Atenção Integral à Saúde de mulheres refugiadas e migrantes no Município do Rio de Janeiro?
4. Quais os principais problemas de saúde apresentados pelas mulheres refugiadas e migrantes congolesas quando chegam nos serviços de saúde?
5. Quais as principais barreiras de acesso você identifica durante o atendimento de mulheres refugiadas e migrantes?
6. Como as diferenças culturais das mulheres refugiadas e migrantes influenciam o atendimento realizado?
7. Quais são ações realizadas pelas equipes de saúde para superar as barreiras de idioma?
8. Você acha que a rede de serviços de saúde no território é suficiente para atender as demandas das mulheres refugiadas e migrantes no município do Rio de Janeiro?
9. Como é observada a aceitação ao que é proposto durante os atendimentos pelas mulheres refugiadas e migrantes congolesas?
10. Como a educação permanente pode ser útil para superar barreiras de acesso de mulheres refugiadas e migrantes na Atenção Primária? Como o modelo de Atenção Primária pode ser eficiente para atender a saúde de mulheres refugiadas e migrantes?
11. Qual o papel das Organizações Sociais na garantia do acesso à saúde de mulheres refugiadas e migrantes no município do Rio de Janeiro?
12. Como se organiza a rede informal para atender as questões de saúde das mulheres refugiadas e migrantes?
13. Quais os principais desafios e limites que você identifica no atendimento de mulheres refugiadas e migrantes?

7.2.

Apêndice B - roteiro de entrevista B**FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Cargo/função:	Tempo de atuação na área de saúde no município:
Idade:	
Graduação:	Tempo de atuação com atendimento a migrantes e refugiados:
Pós-graduação:	

ENTREVISTA

1. Como é realizado o atendimento para mulheres refugiadas e migrantes na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro?
2. Como é organizado o fluxo para o atendimento de mulheres refugiadas e migrantes na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro?
3. Como estão sendo planejadas ações específicas para Atenção Integral à Saúde de mulheres refugiadas e migrantes no Município do Rio de Janeiro?
4. Quais documentos norteadores para o atendimento de mulheres refugiadas e migrantes que devem ser utilizados pelos profissionais de saúde?
5. Como tem sido a produção de material específico sobre refúgio e migração pela Área Técnica de Saúde da Mulher?
6. Como é a atuação da equipe para amenizar as barreiras de acesso para mulheres refugiadas junto as unidades de atenção primária?
7. Como a educação permanente pode ser útil para superar barreiras de acesso de mulheres refugiadas e migrantes na Atenção Primária?
8. Quais limites e as potencialidades do modelo de Atenção Primária para atender a saúde de mulheres refugiadas congolesas?
9. Como tem sido o processo de produção de dados sobre a saúde de mulheres congolesas no município do Rio de Janeiro? *(Caso a resposta seja negativa) Há planejamento para que isso seja feito no futuro*
10. Qual o papel das ONGs na garantia do acesso à saúde de mulheres refugiadas e migrantes no município do Rio de Janeiro?
11. Quais os principais desafios e limites que você identifica no atendimento de mulheres refugiadas e migrantes?

7.3.

Apêndice C- Roteiro de entrevista para mulheres refugiadas congolesas**IDENTIFICAÇÃO**

Idade:

Escolaridade:

Ocupação:

País de origem:

Tempo de moradia no Brasil:

Tempo de moradia no Rio de Janeiro:

ENTREVISTA

1. Como foi sua experiência ao usar algum serviço de saúde da mulher no município do Rio de Janeiro?
2. Quais dificuldades você encontrou para ser atendida nos serviços de saúde?
3. Quais as principais demandas de saúde das mulheres refugiadas e migrantes no município do Rio de Janeiro?
4. Como as diferenças culturais impactaram no atendimento à saúde? Como você avalia que isso aconteceu?
5. Quais problemas relacionados ao idioma você enfrentou para acessar os serviços de saúde? Como fez para superar esse problema?
6. Quais dificuldades você identificou ao utilizar os serviços de saúde no município do Rio de Janeiro?
7. Quais as dificuldades você encontrou pelo fato de ser uma mulher negra e refugiada ou migrante? Como isso influenciou no atendimento em uma unidade de saúde?
8. Quais redes informais formada entre as próprias mulheres refugiadas e migrantes para atender as questões de saúde você identifica?
9. Quais os principais desafios e limites que você identifica ao acessar um serviço de saúde no município do Rio de Janeiro?

7.4.

APÊNDICE D - roteiro de entrevista Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro**FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Cargo/função:

Idade:

Graduação:

Pós-graduação:

Tempo de atuação com atendimento a migrantes e refugiados:

ENTREVISTA

1. Como é a atuação do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro?
2. Como tem sido a produção de material específico sobre refúgio e migração pelo Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro?
3. Como estão sendo planejadas ações específicas para Atenção Integral à Saúde de mulheres refugiadas congolesas no Município do Rio de Janeiro?
4. Quais as barreiras no acesso à saúde o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro identifica no caso das mulheres refugiadas congolesas?
5. Quais ações têm sido criadas para amenizar essas barreiras no acesso à saúde?
6. Como a educação permanente pode ser útil para superar as barreiras de acesso de mulheres refugiadas congolesas na Atenção Primária?
7. Quais limites e as potencialidades do modelo de Atenção Primária para atender a saúde de mulheres refugiadas congolesas?
8. Como tem sido o processo de produção de dados sobre a saúde de mulheres congolesas no município do Rio de Janeiro? (Caso a resposta seja negativa) Há planejamento para que isso seja feito no futuro?
9. Qual o papel das Organizações Não Governamentais na garantia do acesso à saúde de mulheres congolesas no município do Rio de Janeiro?
10. Quais instituições de saúde tem sido parceiras no atendimento das mulheres refugiadas congolesas no Município ou Estado do Rio de Janeiro?
11. Quais os principais desafios e limites que você identifica no atendimento de mulheres refugiadas congolesas no município do Rio de Janeiro?