



Vulnerabilidades de mulheres venezuelanas refugiadas: violências e relações sociais interseccionais*

Vulnerabilities of Venezuelan refugee women: violence and intersectional social relations
Vulnerabilidades de las mujeres refugiadas venezolanas: violencia y relaciones sociales interseccionales

Como citar este artigo:

Gehlen RGS, Langendorf TF, Vieira LB, Padoin SMM. Vulnerabilities of Venezuelan refugee women: violence and intersectional social relations. Rev Esc Enferm USP. 2023;57(spe):e20220430. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0430en>

- Rubia Geovana Smaniotto Gehlen¹
- Tassiane Ferreira Langendorf²
- Letícia Becker Vieira³
- Stela Maris de Mello Padoin²

*Extraído da dissertação: “Mulheres venezuelanas refugiadas em contexto de mobilidade e reterritorialização: violências, vulnerabilidades e interseccionalidade”, Universidade Federal de Santa Maria, 2019.

¹ Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the vulnerabilities of Venezuelan women considering their experiences of violence in refugee situations. **Method:** Qualitative study, developed with ten (10) Venezuelan refugee women in the southern region of Brazil, through individual in-depth interviews. The theoretical framework of analysis was Vulnerability, Human Rights, and Intersectionality. **Results:** The greater the intensity of the intersection of social markers present, such as sex, racial, nationality, generation, cultural, bodily, territorial and other relations, the greater the range of vulnerable experiences in the social relations of these women, producing exclusions and violation of rights. **Conclusion:** The situations of vulnerabilities of refugee women are enhanced as more or less social markers intersect in their life experiences and established social relationships, causing impacts that allow the transition from ‘vulnerable to violated subjects’. Thus, intersectional relationships were formed, either promoting oppression or producing resilience and resistance.

DESCRIPTORS

Interpersonal Relations; Health Vulnerability; Violence Against Women; Human Rights; Refugees.

Autor correspondente:

Stela Maris de Mello Padoin
Avenida Roraima, 1000, Bairro Camobi
97105-900 – Santa Maria, RS, Brasil
stela.padoin@ufsm.br

Recebido: 06/12/2022
Aprovado: 09/08/2023

INTRODUÇÃO

A concepção do senso comum⁽¹⁾ de que doenças ou problemas socio sanitários não se relacionam a sexo, cor, classe social ou nacionalidade contribui para a compreensão social de que todas as pessoas possuem as mesmas chances de adoecerem ou de permanecerem saudáveis. Ainda, seria igual a chance de se recuperarem de algum agravo ou de terem alguma qualidade de vida, independentemente do seu país de origem ou regiões em que vivem, dos marcadores sociais de diferenças implicados e de suas condições de vida⁽²⁾.

Entretanto, estudiosos apontam que populações que não têm seus direitos respeitados e garantidos têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte⁽³⁻⁴⁾. Estudos com grupos sociais em situação de refúgio⁽⁵⁻¹¹⁾ referem que esses sujeitos se encontram às margens da sociedade e das políticas públicas de saúde, além de estarem potencialmente em maior risco para o adoecimento⁽⁶⁾. Ao considerar a situação de refúgio, a população de mulheres está mais vulnerável à violência e às violações de seus direitos⁽¹²⁾. Essa vulnerabilidade distribui-se de forma desigual entre os gêneros, territórios e segmentos da sociedade, variavelmente à intersecção dos marcadores sociais de diferenças⁽¹³⁾, os quais são definidos para delimitar, classificar, hierarquizar e padronizar as relações de sociabilidade e edificam atitudes de discriminação e estigmatização, acentuando desigualdades⁽¹⁴⁾.

Nesse caminho, entende-se que as diferentes situações de vulnerabilidade se produzem à medida que, nos distintos cenários sociais, políticos, culturais e econômicos, diferenças entre pessoas e grupos convertem-se em desigualdades de direitos e de cidadania. Dessa forma, o entendimento das relações sociais e os atravessamentos das múltiplas categorias de diferenciação (marcadores sociais) trazem luz à compreensão do posicionamento desigual das mulheres refugiadas na sociedade, produzindo diferentes situações que podem levar ao adoecimento, principalmente quando apresentam experiências de vida permeadas por violências.

Assim, tem-se como objetivo analisar as vulnerabilidades de mulheres venezuelanas considerando suas experiências de violências na situação de refúgio. Para tanto, o Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH)⁽⁴⁾ foi a opção de análise teórica, visto que tem como foco orientador as relações sociais e considera o contexto ampliado de saúde, compreendido como processo saúde-doença e sua relação com os Direitos Humanos e a Cidadania. Ele atua como um ponto de referência para a análise do problema que se busca investigar, uma vez que identifica situações potenciais de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática⁽⁴⁾. Os resultados do estudo também serão discutidos a partir de posicionamentos teóricos e conceituais da Interseccionalidade^(13,15), que, em consonância, aponta que os problemas sociais que atingem principalmente as mulheres estão relacionados aos marcadores sociais de diferenças que se entrecruzam em suas vidas, visto que a mulher reveste-se de múltiplas identidades sociais de acordo com os contextos e territórios que percorre⁽¹³⁾.

MÉTODO

TIPO DO ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa orientado pelo referencial teórico do Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH).

LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o município de Chapada, no interior do Rio Grande do Sul, pioneiro a voluntariar-se ao Programa de Interiorização do Ministério do Desenvolvimento Social e à Organização das Nações Unidas para a acolhida e ajuda humanitária de migrantes da Venezuela⁽¹⁶⁾. Em setembro de 2018, foram alocadas em um abrigo localizado na área rural aproximadamente 50 pessoas com status migratório de *refugiado*, sendo 12 mulheres. O status migratório de *refugiado* é concedido a pessoas que se encontram fora do seu país em virtude de fundado temor de perseguição, violência e/ou violação generalizada de direitos humanos e que não possam, ou não queiram, voltar para o país de origem. Esse status é atribuído ao migrante quando em solo brasileiro, pelo Comitê Nacional para os Refugiados (Conare)⁽¹⁶⁾. Os integrantes do grupo residiram no local coletivamente por cerca de seis meses, e então deixaram a comunidade para estabelecer-se no perímetro urbano em imóveis alugados.

POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

As participantes foram 10 mulheres venezuelanas pertencentes a esse grupo. O critério de inclusão foi ter idade igual ou superior a 18 anos. Não houve recusa, entretanto, duas mulheres mudaram de cidade antes do período de coleta de dados. Para aproximação, a pesquisadora realizou voluntariamente oficinas temáticas de saúde e acessibilidade linguística, que aconteciam semanalmente no abrigo, por três meses. Esse vínculo foi positivo para o desenvolvimento deste estudo.

COLETA DE DADOS

O convite para participação na pesquisa foi individual e com agendamento prévio para entrevista. As participantes optaram por realizar a entrevista em sua casa, quando estavam sozinhas, e depois do horário de trabalho para aquelas que estavam empregadas. Isso permitiu a fluidez da conversa com aprofundamento da entrevista e sem interrupções. Os dados foram gerados a partir de entrevistas individuais em profundidade, com duração média de uma hora, de modo semiestruturado para os dados sociodemográficos das participantes, e com perguntas abertas acerca dos aspectos migratórios e das experiências de violência vividas.

Foi deixado à livre escolha das participantes o idioma (português ou espanhol) que elas preferiam utilizar para o estabelecimento da comunicação com a pesquisadora. Durante o diálogo estabelecido, eram questionadas acerca de dificuldade na compreensão das perguntas. Quando foi observada dificuldade de compreensão, as perguntas eram realizadas com a fala lenta, pausada e com uma linguagem de fácil entendimento. As participantes conseguiram mesclar as línguas portuguesa e espanhola, o que facilitou a comunicação e compreensão do diálogo. As perguntas que orientaram o desenvolvimento das entrevistas tiveram como base teórica o V&DH. A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2019. O encerramento de cada entrevista ocorreu pelo princípio da saturação teórica, quando se atingiu o objetivo, e a etapa de campo foi concluída quando todas as mulheres pertencentes ao grupo foram ouvidas.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A organização dos dados para a análise⁽¹⁷⁾ ocorreu em três etapas: (a) Organização dos dados e pré-análise: constituição do *corpus* da pesquisa a partir das transcrições das entrevistas, concomitantemente à etapa de campo; escuta e leitura exaustiva das entrevistas; e identificação cromática de fragmentos do texto para agrupar ideias semelhantes conforme o quadro de análise⁽⁴⁾; (b) Exploração do material: unidades de registro (palavras, frases e expressões que dão sentido ao conteúdo das falas) enumeradas de acordo com os agrupamentos e categorias temáticas; e (c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: presunção de inferências e interpretações acerca dos resultados. A partir da exploração e análise dos dados, os resultados foram discutidos com base na perspectiva interseccional^(13,15), visto que confronta as diferenças e desigualdades que se constroem nas relações sociais e que são causadoras de adoecimento para quem as vivencia.

Para a análise, foi utilizado o Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos⁽⁴⁾, que parte da proposição de que as relações sociais estão na base de situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação de Direitos Humanos. Ele considera que as esferas individual, social e programática estão inter-relacionadas e possuem interdependência. O Quadro divide-se em agrupamentos e subsequentes categorias temáticas conforme as suas três dimensões: a individual reconhece a pessoa como sujeito de direitos, dinamicamente nas suas cenas de vida; a social considera as relações sociais, os marcos da organização e da cidadania e o cenário cultural; e a programática analisa o quanto e como os governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde⁽⁴⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido seguindo as recomendações da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil⁽¹⁸⁾ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em janeiro de 2019. Para o registro integral das entrevistas, elas foram gravadas em áudio, com o consentimento prévio das participantes por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando à preservação do anonimato, as participantes foram identificadas a partir de um código alfanumérico (P = participante e um número).

RESULTADOS

Dez mulheres participaram do estudo, todas declararam-se pardas, tinham idade entre 18 e 45 anos, seis estavam em uma relação estável e oito tinham filhos. Quanto ao nível de escolaridade, duas possuíam ensino superior completo e uma possuía ensino superior incompleto; duas possuíam ensino médio completo e uma possuía ensino médio incompleto, e quatro tinham ensino fundamental incompleto. Todas afirmaram possuir residência própria e emprego estável em seu país de origem. Em relação à família, duas tiveram seus filhos no Brasil. No contexto do município, a renda mensal das mulheres variava de um a dois salários mínimos por família. As mulheres migraram de diferentes regiões da Venezuela e não se conheciam antes do processo migratório de interiorização.

As participantes relataram que suas experiências migratórias refletiram as violências vividas e as relações sociais estabelecidas em três contextos distintos: o contexto de origem, que é a Venezuela (desterritorialização); a migração transfronteiriça e a chegada no extremo norte do Brasil, nas cidades de Pacaraima e Boa Vista no estado de Roraima; e, posteriormente, no município de Chapada, no estado do Rio Grande do Sul, onde interiorizaram-se (reterritorialização).

Os dados revelaram diferentes marcadores, interseccionados pelas relações sociais das mulheres venezuelanas refugiadas e por suas interações. Foram analisados nas três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática, as quais se relacionaram de forma inextricável.

DIMENSÃO INDIVIDUAL

Nesta dimensão, as situações de vulnerabilidade geraram impacto na saúde das mulheres venezuelanas, desencadeadas pelas suas experiências de violência nos três contextos: de **desterritorialização (Venezuela), transfronteiriço e de reterritorialização (Brasil)**. Elas relataram piora na saúde mental e mais problemas de saúde de modo geral ao iniciar o processo migratório. Estes estão relacionados a experiências vividas nos três contextos que percorreram desde a desterritorialização até a reterritorialização, com implicações na dimensão individual e violação de direitos:

(Na Venezuela) *Eu desenvolvi síndrome do pânico por tudo que passei [...] vivi tanta coisa, violência, xenofobia [...] vi mi família moriendo desnutrida, sem comida, revistando lixo porque no hay comida, então isso é doloroso.* (P1)

O que é um quadro psicológico [depressão] depois de tudo que vivi? (P2)

(No Brasil) *Eu não denunciei [a situação de violência] porque a gente é imigrante, e o senhor [agressor] é de lá, conhecido, então a gente não fez nada.* (P5)

Eu não fiz nada [em relação à violência sofrida], porque ninguém iria acreditar em yo, e sim no pastor [agressor], porque ele é local [Chapada-Brasil] e yo soy una venezolana. Então eu tento no pensar em tudo que vivi com ele [agressor], porque soffro muito. (P2)

No que permeia os recursos pessoais, o nível de conhecimento das mulheres venezuelanas mostrou-se limitado quanto aos tipos de violência contra a mulher, bem como à informação acerca das leis brasileiras que oferecem proteção e dos meios para acessá-las.

Violência é bater, estuprar. É isso que sei. (P9)

Eu penso que violência é maltrato, tanto a agressão como verbal, julgar, discriminar a pessoa pelo que ela é. (P4)

Eu sei que tem a Maria da Penha, eu recebi um folheto lá em Roraima [Brasil] que falava disso [...]. Eu não sei bem

[como acessar a lei], *sei que tem um número pra ligar, mas não sei como fazer.* (P5)

No conheço nenhuma lei [brasileira]. [...] Estudei até o 6º grau. Eu não pude estudar muito porque tinha que ajudar mi padres lá em Venezuela. (P1)

No conheço nada das leis do Brasil. Não sei o que fazer [em uma situação de violência]. (P8)

As participantes relatam que no processo de desterritorialização (Venezuela) foram obrigadas a se separar de suas famílias e migrar sozinhas, desacompanhadas de uma figura masculina. Isso causou o rompimento de relações sociais, em especial com sua família, bem como conflitos geracionais e culturais, devido à desaprovação pela decisão de migrar. Na reterritorialização, quando as mulheres migraram com seus companheiros, as relações intrafamiliares e afetivo-sexuais, que já se apresentavam fragilizadas, mantiveram-se marcadas por desigualdades, violências masculinas e, ainda, por sua dependência.

Minha mãe não queria que eu fosse sozinha [para o Brasil], aí brigamos [...] e agora a gente não se fala. (P7)

Meus pais não me perdoaram por ter vindo para o Brasil, minha mãe não aceita minhas decisões. (P10)

Está tudo um caos agora porque mi marido só bebe [...] então a gente briga bastante. [...] O dinheiro que eu ganho na fábrica [Chapada-Brasil] eu tenho que dar pro meu marido. (P8)

Meu marido é bem ciumento, yo tengo que me cuidar com o que faço [em qualquer contexto]. (P3)

Meu marido um dia lá no abrigo ficou bem louco, queria me bater [...] as mulheres da assistência social [de Chapada-Brasil] tiveram que vir aqui me proteger! (P4)

Ainda na dimensão individual, a rede de apoio (família, amigadas e colegas de trabalho) apresentou-se fragilizada. Além disso, as participantes não conseguiam identificar as instituições assistenciais e de saúde como redes de apoio e, portanto, não formavam vínculos nesses ambientes.

Eu me sinto um pouco abandonada sem a minha família, aqui [Brasil] não posso contar com ninguém. (P8)

Aqui [Brasil] eu tenho só o meu marido, só tenho ele pra me cuidar. (P9)

Não fiz amigas aqui. (P4)

As pessoas dizem que eu ganhei um emprego bom [Chapada-Brasil], e me parece algo de invejoso! Como se eu, por ser venezuelana, deveria trabalhar em outro lugar. (P10)

Eu não sei pra quem pediria ajuda [em uma situação de violência], não sei o que eu faria. (P7)

No procuro a ajuda delas [assistência social], porque no que elas podem nos ajudar? (P2)

Durante o processo de integração à nova sociedade migrada, as mulheres relatam tristeza e vergonha pelas situações vividas, principalmente no contexto transfronteiriço, demonstrando sentimentos de humilhação e inferioridade.

Os primeiros três dias dormindo em piso e sem comer [Roraima-Brasil], então as pessoas nos davam marmitas, mas era muito humilhante isso para mim, depender, assim, de alguém sentir pena em ajudar, porque saímos da Venezuela e continuamos passando fome e medo aqui. (P3)

Isso dá muita vergonha, você sair da sua casa e passar por tudo isso, depender da boa vontade dos outros, e eu estava acostumada a trabajar e ter minhas cosas. (P7)

No meu país eu trabajava, tinha minha casa, vivia com dignidade, e ali quando chegamos [Roraima-Brasil], éramos tratados como lixo, como ninguém. A gente era invisível pra muitas pessoas. (P9)

Nós vimos tudo o que a gente construiu na Venezuela com o nosso trabalho indo embora bem rapidinho [...] foi muito triste. (P4)

Entretanto, as mulheres demonstraram capacidade de agência e resiliência frente às adversidades encontradas no processo migratório. Apesar das forças correlacionais para a subordinação e opressão social, os mecanismos de resistência também partiram das relações intersubjetivas na sociedade.

Eu não vim para o Brasil para fracassar. (P3)

Chegamos em Boa Vista [Brasil] com muy esperança e fé em Dios que tudo iria dar certo. (P1)

Lutei por mim mesma em Roraima [Brasil]. Chorava de noite, pero de dia yo ia à luta. (P2)

Tudo isso que vivi com mi marido, foi como um aprendizado para mi vida. (P10)

DIMENSÃO SOCIAL

Nesta dimensão, os contextos de interação são evidenciados como os espaços de experiência concreta da intersubjetividade das mulheres venezuelanas na nova sociedade migrada, atravessados por normatividades e poderes sociais baseados nas organizações políticas, estruturais, econômicas e culturais e crenças religiosas, bem como nos marcadores de diferença como de gênero, de raça, geracionais, entre outros. Na busca por acesso ao emprego e por inserção na sociedade e no mercado de trabalho, as mulheres estiveram vulneráveis a sofrer diferentes violências e discriminações no Brasil.

[Em Roraima-Brasil] eu tentei trabajar em las casas de familias e limpiar, pero ninguém me aceitou porque no falo bien português. (P1)

Eu chego pra ver trabalho [Chapada-Brasil] em algum lugar, todo mundo está a falar desse venezuelano, então a gente se sente coibido, [...] discriminado. (P4)

Quando cheguei em Boa Vista [Roraima-Brasil], um homem pediu se eu tava sozinha, [...] disse: se você quiser ganhar um dinheiro me procura lá na Feira do Passarão, estou todos os dias lá. Você é muito bonita e vai ganhar bastante dinheiro, não é o que você veio buscar aqui no Brasil? (P7)

Relações raciais e de classe foram estabelecidas como produto não somente da diferença, mas também da desigualdade social frente à construção identitária no novo território migrado. Ademais, as relações de gênero estabelecidas denotaram assimetrias de poder, articulando-se com as categorias de corpo, sexualidade e cultura, produzindo violências e opressões baseadas no gênero.

As pessoas da mesma cor da pele não têm tanto preconceito assim uma com a outra. Mas aqui em Chapada [Brasil], o que eu mais vejo é gente branca. (P5)

Yo vejo que as personas respetam mais las personas que têm mais dinheiro. No deveria ser assim, mas é o que eu vejo aqui [Brasil], como se pobre fosse invisível. (P1)

O caráter no tem a ver com la cor de la pele da persona. Como nós venezuelanos falamos outra língua, nosso caráter no muda por isso, pero no é isso que as personas desta cidade [Chapada-Brasil] pensam, é o que eu vejo, o que eu sinto. [...] Tem homens que acham porque eu sou uma mãe solteira com três filhos, que eu tenho necessidades, claro que tenho [...], mas eles tentam comprar essas minhas necessidades, e isso pra mim [...] é como me chamarem de puta! Essa vida também não quero. (P10)

Todos somos iguales, não é nossa nacionalidad que muda quem somos, pero única coisa diferente é que temos outro tipo de língua. (P2)

Eu nunca senti tanto medo na minha vida [...] na travessia de ônibus, porque eu viajei 800 km [...] sozinha, e tinha um monte de homens olhando, ficavam me cuidando [...]. E daí as vezes a gente parava nos lugares, eu tentava não ficar muito longe do ônibus, dormia muito pouco porque tinha medo do que podia acontecer. Eu não confiava nem no homem que fazia a travessia, ele não me dava confiança. Mas são coisas que a gente precisa enfrentar pra tentar uma vida melhor. (P7)

DIMENSÃO PROGRAMÁTICA

Foram observadas formas institucionalizadas de interação, com alguns elementos que programaticamente reduziram as condições potenciais de vulnerabilidade das mulheres no contexto da reterritorialização, e com organização da governança local para o acesso e direito à saúde das mulheres refugiadas. Quatro eixos programáticos de análise do processo saúde-doença com base nos Direitos Humanos foram identificados nos relatos

das mulheres, sendo eles disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade dos serviços de saúde para com a população das mulheres refugiadas.

No acesso aos serviços, estabeleceram-se interações culturais, levando em conta as necessidades de gênero e dos ciclos de vida das mulheres, com vistas a melhorar seu estado de saúde. O atendimento oferecido a elas mostrou depender da forma equitativa e multidisciplinar, com resposta programática adequada às suas necessidades.

[Em Chapada-Brasil] eu me senti muy bien no atendimento de la enfermeira, ella no me tratou diferente por ser uma migrante, e me perguntou sobre como la gente cuidava de nuestra salud em nuestro país, de las nossas culturas, ella tava preocupada em respeitar isso. (P3)

Eu gostei muito do atendimento de los profissionais de salud do posto [Chapada-Brasil] porque se preocuparam comigo, porque yo como estoy embarazada [grávida], o médico e la enfermeira me pediram como las mujeres venezolanas ganhavam seus hijos, como a gente costuma fazer. Então eu gostei disso. (P7)

Eu cheguei no posto com muita dor na minha barriga, e o médico me chamou logo pra consulta. (P2)

Faço o pré-natal com la enfermeira [...] no posto de saúde, ela me atende nos horários que preciso. (P7)

Observou-se uma contrapartida na percepção de duas mulheres sobre o atendimento despendido pelos profissionais da saúde a elas, demonstrando que pode haver heterogeneidade nas competências culturais dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, cujo preparo técnico e científico, com abordagem transcultural, pode ser insuficiente ou ineficiente.

Eu percebo que eles [os profissionais de saúde] não sabem bem como atender a gente, não conhecem nossa cultura, nossa forma de cuidar de nossos hijos. Eles se sentem coibidos. (P10)

Eu acho que los profesionales no sabem bien como cuidar de nós venezuelanos, e elles parece que têm medo de perguntar, como se a gente fosse se ofender, então mandam a gente fazer coisas que não são do nosso costume. (P8)

A articulação do cuidado entre assistência, prevenção e promoção da saúde, visando à integralidade, foi também evidenciada e constituiu um elemento amenizador de vulnerabilidades.

Eu vou no posto de saúde [...], fiz o papanicolau, e aí ela pediu “desde quando você não faz o exame de mama [mamografia]?” e eu disse “eu nunca fiz isso”, então ela me deu um papel e depois me ligaram para dizer quando eu ia fazer. (P4)

Meu filho tem problema de saúde [...] no pulmão [...], então o posto me ajuda com tudo que preciso, remédios, médicos, e también ele ficou uns dias no hospital [internado]. (P5)

Me encaminharam para fazer o curso de gestante [Chapada-Brasil] com las outras mujeres e me levaram com ellas ver o hospital. (P7)

Em contraponto, a informação quanto à sistematização e organização dos serviços oferecidos pelo município no fluxo de atendimento da rede não chegou a toda a população, principalmente às mulheres venezuelanas, que não obtiveram informações suficientes sobre a disponibilidade dos serviços, além de percorrerem a rede de forma desarticulada com respostas insatisfatórias às suas necessidades de saúde. Este cenário aumentou a vulnerabilidade programática, essencialmente em situações de violência.

Eu sei que tem o posto de saúde e o hospital, mas não sei se tem mais alguma coisa. (P3)

Outros serviços, no conheço. (P7)

Não gostei do hospital [Chapada-Brasil], porque fui lá [...] e o médico disse “no, aqui no é lugar para isso, você tem que procurar o posto de saúde ou o médico especializado”, [...] então o médico me deu um calmante e no me examinou. (P1) [O relato descreve a experiência de busca por ajuda durante crise de ansiedade em decorrência de abuso sexual cometido por um membro religioso no contexto da reterritorialização em Chapada-Brasil].

A partir da exposição das experiências de mulheres venezuelanas refugiadas nas três dimensões inter-relacionadas, avança-se no entendimento de que as relações sociais, no âmago das experiências de violências e as formas como estas últimas produzem situações de vulnerabilidades, permeiam a compreensão de que os autóctones e as mulheres refugiadas coabitam sob condições objetivas e subjetivas que são produto dessas relações. Nesse horizonte, elas experienciaram as situações de vulnerabilidades nos pontos de intersecção (Figura 1).

Assim, as interações sociais, sustentadas por relações interseccionais (de gênero, raça, nacionalidade) desiguais, estigmatizadas

e excludentes, também recebem atravessamentos de violências nos contextos individuais, sociais e institucionais, com consequente violação e/ou negligência de direitos.

DISCUSSÃO

Nos três contextos da migração, foi possível identificar experiências de violências das mulheres venezuelanas, como violência doméstica no país de origem, de gênero nas fronteiras e sua continuidade no Brasil. Tais experiências foram constituídas por relações sociais interseccionais, atravessadas por marcadores sociais de diferenças, que produziram exclusão e violação dos Direitos Humanos. Essas relações desenhadas nas experiências migratórias e de violências das mulheres venezuelanas ocasionaram situações de vulnerabilidades, entre elas a de adoecimento mental, desencadeadas conforme os territórios percorridos e as interações sociais neles estabelecidas, tendo por vezes maior predominância a partir da chegada em solo brasileiro, no contexto da reterritorialização.

Uma vez que as refugiadas não conseguiam atender, sozinhas, suas necessidades básicas de vida e de proteção dos Direitos Humanos, as situações de vulnerabilidades permearam também o contexto do país nativo, uma vez que as mulheres venezuelanas se encontravam no cenário agravado de crise socio-política-sanitária e econômica corrente no país⁽¹⁶⁾.

Isso significa que a construção (individual, social e programática) das respostas às suas necessidades tem na sociabilidade sua determinação central. Todavia, nesta sociabilidade, os pontos de partida para as mulheres refugiadas no novo território migrado tendem a ser excludentes pela atribuição das suas diferenças e, conseqüentemente, pelas dificuldades de agência emancipatória – de subversão da norma – e empoderamento territorial enquanto corpo estrangeiro⁽¹³⁾.

Evidenciam-se, assim, os entrelaçamentos dos marcadores sociais de diferenças e seus significados nos contextos históricos, políticos e locais, atuando como potentes operadores analíticos para identificar o lugar das mulheres refugiadas na sociedade,

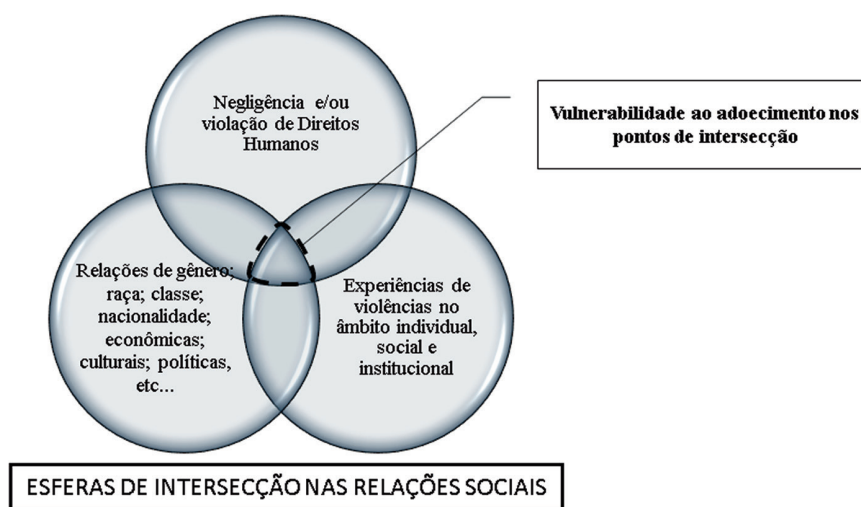


Figura 1 – Pontos de intersecção que potencializam as situações de vulnerabilidades.

desvelando vulnerabilidades. Logo, todas as relações sociais são intersubjetivas, interligadas, e transpassam, dessa forma, a matriz da interseccionalidade, uma vez que elas não são constituídas⁽¹³⁾ por seres universais homogêneos, mas por sujeitos de identidades múltiplas e uma pluralidade de facetas.

A construção social das relações intersubjetivas está imbricada num processo mais complexo, que compreende as várias dimensões de como a sociedade está estruturada e de como cada conjuntura altera a composição e o entrelaçamento das relações de classe, gênero, nacionalidade, raça, corporeidade, culturalidade e tantas outras⁽¹⁹⁾. No entanto, é importante ressaltar que não se trata de uma soma de relações sociais de diferenças, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta dessa fusão de identidades e nacionalidades, e de suas reais consequências, como as violências interseccionais que viabilizam o adoecimento do corpo e da mente.

As relações de gênero, raciais, de classe e de identidade política enquanto sujeito (não) nacional não se apresentam, desse modo, obrigatoriamente como ponto de partida da desigualdade e do antagonismo, mas se encontram na sociedade emaranhadas numa rede de relacionamentos dialéticos, profundamente afetados pelas características estruturais fundamentais de todo o complexo social⁽¹⁹⁾. Ademais, nesses emaranhados, as violências interseccionais são produzidas e reproduzidas. Na sociabilidade, as experiências de violências interseccionais constituem um grande obstáculo para o desenvolvimento pleno e livre da individualidade das mulheres refugiadas.

A busca pela reterritorialização e ressocialização desencadeou intempéries para as mulheres venezuelanas desde o início do seu processo migratório. Entretanto, o que se busca sublinhar são as formas e situações em que seus marcadores sociais de diferenças, e principalmente sua alteridade, transformaram-se em desigualdades sociais. A partir delas, fatores de exclusão e/ou de discriminação causaram o seu afastamento da sociedade receptora, provocando, em contraponto, resistência e resiliência.

A sociedade como um todo demonstra dificuldades em absorver de modo natural a presença de corpos estrangeiros, de corpos diferentes da imagem eurocêntrica e de corpos femininos fora dos lugares culturalmente e historicamente destinados a elas. Isso potencializa a manifestação de olhares sobre corpos abjetos⁽²⁰⁾ das mulheres venezuelanas refugiadas, ou seja, “corpos que não pertencem” independentemente do contexto em que se inserem nas suas interações sociais.

Nessa direção, a sociedade também demonstra dificuldades em entender que o deslocamento geográfico entre fronteiras configura uma estratégia de mobilidade social essencial para a sobrevivência, constituindo-se na fuga das situações reais de vulnerabilidade. Essa situação desencadeia vulnerabilidades interseccionais silenciadas, viabilizando a construção de linhas abissais⁽²¹⁾ de gênero, raça, nacionalidade, território e classe.

As vulnerabilidades atravessadas pelos marcadores de diferença nas interações configuraram relações sociais articuladas, ou seja, relações interseccionalizadas. Assim, processos de estigmatização edificaram-se a partir da construção social em que os atributos particulares das mulheres venezuelanas as desqualificaram, propiciando a não aceitação plena de sua inserção na sociedade, a reprodução de desigualdades e práticas discriminatórias.

No decorrer de todo o processo migratório, mesmo após o processo de reterritorialização, observou-se dupla vulnerabilidade a diferentes formas de violência. Consequentemente, constatou-se o adoecimento das mulheres frente à leitura social de mulher estrangeira, ou seja, as participantes não eram vistas em si mesmas, mas através de uma imagem genérica de atravessamentos de diferenças. O gênero aparece entrecruzado indissociavelmente do idioma, classe, nacionalidade, entre outros.

O sistema de distinções visíveis e invisíveis é constituído por linhas que dividem a realidade social em dois universos distintos: o “deste lado da linha” e o “do outro lado da linha”. A divisão é tal que “o outro lado da linha” desaparece como realidade, e torna-se inexistente⁽²¹⁾. Essas linhas, ao ignorar-se as experiências diversas nas relações sociais de grupos que tendem a ser marginalizados – como o das mulheres refugiadas – convertem-se em produção de sub-humanidades e exclusões⁽²²⁾.

No que permeia as vulnerabilidades de âmbito moral, foram evidenciados a estigmatização, o racismo, o sexismo, o classismo e a xenofobia nas relações sociais no contexto da sociedade migrada. Esses são fatores que implicam em vulnerabilidades ao adoecimento, relacionadas ao acesso à saúde, à prevenção, ao acompanhamento e à promoção de saúde. Ainda, os processos de estigmatização mantêm para as mulheres uma constante expectativa de não aceitação, de segregação social e do medo de sofrer mais discriminações, causando sofrimentos psíquicos e interferindo na sua qualidade de vida e bem-estar⁽¹⁴⁾.

Nos contornos da vulnerabilidade do ser humano, é importante o entendimento de que ser refugiado, por si só, não significa ser vulnerável. Isso porque indivíduos ou grupos não *são* vulneráveis, mas *estão* vulneráveis a algo, em algum grau e forma, num certo ponto do tempo e do espaço⁽²³⁾. Todavia, tanto o processo migratório em si, quanto a atribuição da identidade de refugiado com base no atravessamento de marcadores sociais, construindo-se alteridades estigmatizadas, podem favorecer situações de vulnerabilidades⁽²⁴⁾.

Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade aplicado às situações vividas pelas mulheres venezuelanas considera-as enquanto seres humanos em condição de vulnerabilidade, feridos e lesados em seu país de origem, necessitando de maior apoio para buscar proteção e garantia de direitos em outro lugar⁽¹¹⁾. No entanto, importa esclarecer que a vulnerabilidade difere da vulneração em termos de significados conceituais e práticos⁽²⁵⁾.

A vulnerabilidade remete a condições potenciais de estar em situação de susceptibilidade a agravos, presentes nos seres humanos de maneira geral, enquanto a vulneração remete a condições concretas, ou seja, é atribuída a uma situação factual, ocasionando dano real ao sujeito. As violações de direitos humanos, a fragilidade no acesso à saúde, a ausência de políticas públicas efetivas voltadas a grupos específicos para o cuidado em saúde, as relações interseccionais moldando identidades excludentes e as consequentes situações de violências interseccionais colocam essa população, que está mais vulnerável ao adoecimento, em estado de vulnerada, acarretando em aumento significativo de riscos para o restabelecimento da saúde, visto como bem-estar⁽²⁶⁾.

Desse modo, as mulheres venezuelanas vivenciaram situações de baixa, média e alta vulnerabilidades, mas também – e não

necessariamente de forma simultânea – encontraram-se vulneradas às violências e ao adoecimento. Nesse direcionamento, entende-se que a vulneração das mulheres venezuelanas é a antítese da garantia aos seus Direitos Humanos. Garantir direitos humanos perpassa pelo reconhecimento da vulnerabilidade dessas mulheres e da necessidade de propor a aplicabilidade de soluções institucionais distintas para esta população⁽²⁷⁾.

Como avanços para a área da enfermagem e da saúde, compreende-se que, na intersubjetividade das interações, não há uma soma de discriminações, situações e elementos que conferem vulnerabilidades. O que existe são experiências diversas daqueles que se encontram nas intersecções, e que se modificam conforme os espaços e territórios físicos e simbólicos que percorrem. Não há um conjunto fechado e predeterminado de necessidades a serem respondidas, pois os contextos migratórios e as interações e redes sociais estão constantemente em transformação, viabilizando experiências distintas em cada momento vivido, e exigindo, portanto, necessidades e arranjos singulares em cada situação. Isto fortalece a complexidade das análises desse cenário, visto que, para a sua compreensão, quando problemas sociais relevantes são considerados “universais”, ou buscam-se explicações generalizadas, acaba-se por produzir invisibilidades sobre suas especificidades.

Apontamos como limitação do estudo a diferença cultural e de linguagem, que pode impedir a mulher de se expressar e pode distanciar a pessoa que a entrevistou na apreensão de dados. No entanto, para minimizar essa diferença, a pesquisadora, em caráter de voluntariado, realizou oficinas temáticas em saúde e de acessibilidade linguística antes das entrevistas com as participantes.

RESUMO

Objetivo: Analisar as vulnerabilidades de mulheres venezuelanas considerando suas experiências de violências na situação de refúgio. **Método:** Estudo qualitativo, desenvolvido com dez (10) mulheres venezuelanas refugiadas na região sul do Brasil, por meio de entrevistas individuais em profundidade. O quadro teórico de análise foi Vulnerabilidade, Direitos Humanos e Interseccionalidade. **Resultados:** Quanto maior a intensidade da intersecção dos marcadores sociais presentes, como as relações de gênero, raciais, de nacionalidade, geração, culturais, corporais, territoriais e outras, maior a amplitude das experiências vulnerabilizantes nas relações sociais dessas mulheres, produzindo exclusões e violação de direitos. **Conclusão:** As situações de vulnerabilidades das mulheres que se refugiam acentuam-se à medida que mais ou menos marcadores sociais se interseccionam nas suas experiências de vida e nas relações sociais estabelecidas, provocando impactos que viabilizam a transição de ‘sujeitos vulneráveis para vulnerados’. Conformaram-se assim, relações interseccionais que ora promoveram opressão, ora produziram resiliência e resistência.

DESCRITORES

Relações Interpessoais; Vulnerabilidade em saúde; Violência contra a Mulher; Direitos Humanos; Refugiados.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las vulnerabilidades de las mujeres venezolanas considerando sus experiencias de violencia en la situación de refugiados. **Método:** Estudio cualitativo, desarrollado con diez (10) mujeres venezolanas refugiadas en la región sur de Brasil, a través de entrevistas individuales en profundidad. El marco teórico de análisis fue Vulnerabilidad, Derechos Humanos e Interseccionalidad. **Resultados:** Cuanto mayor es la intensidad de la intersección de marcadores sociales presentes, como género, raza, nacionalidad, generación, relaciones culturales, corporales, territoriales y de otro tipo, mayor es el rango de experiencias vulnerabilizantes en las relaciones sociales de estas mujeres, produciendo exclusiones y violaciones de derechos. **Conclusión:** Las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres que se refugian se acentúan a medida que marcadores más o menos sociales se cruzan en sus experiencias de vida y relaciones sociales establecidas, provocando impactos que posibilitan la transición de ‘sujetos vulnerables a vulnerabilizados’. Así, se formaron relaciones interseccionales que a veces promovían la opresión y a veces producían resiliencia y resistencia.

DESCRIPTORES

Relaciones Interpersonales; Vulnerabilidad en Salud; Violencia contra la Mujer; Derechos Humanos; Refugiados.

REFERÊNCIAS

1. Santos BS. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
2. Bellenzani R. Saúde e direitos: vulnerabilidades à saúde sexual juvenil em comunidades litorâneas brasileiras. *Psicol Saude Doencas*. 2012;13(2):459–79. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/12psd130222>.

CONCLUSÃO

As situações de vulnerabilidades para as mulheres que se refugiam acentuam-se à medida que mais ou menos marcadores sociais se interseccionam nas suas experiências de vida e nas relações sociais estabelecidas, provocando impactos que viabilizam a transição de “sujeitos vulneráveis para vulnerados”. Isto conforma, assim, relações interseccionais que ora promoveram opressão, ora produziram resiliência e resistência.

Dessa forma, as relações sociais são também interseccionais, permeadas por relações de gênero, raciais, de nacionalidade, geração, cultural, corporal, territorial, entre tantas outras. Quanto maior a intersecção dos marcadores sociais presentes, maior a amplitude das experiências vulnerabilizantes nas relações sociais. A utilização do referencial analítico evidenciou alta vulnerabilidade individual e social para mulheres refugiadas, em contraponto à baixa vulnerabilidade programática quando há um cenário de migração preparado para acolher refugiados.

A significância dos resultados deste estudo está implicada também no entendimento de que os Direitos Humanos se constituem como um indicador de vulnerabilidades. Isto é, quanto maior a violação ou negligência desses direitos, maior serão as situações de vulnerabilidades. Portanto, uma abordagem de “Direitos Humanos” imbricada à interseccionalidade de marcadores sociais de mulheres em situação de refúgio deve ser adotada por governanças regionais e locais.

Considerar as relações sociais das mulheres refugiadas sob a perspectiva da vulnerabilidade de Direitos Humanos possibilita ampliar o olhar para as demandas dessa população e direcionar o cuidado à saúde atendendo às especificidades de cada mulher.

3. Ayres JRC, França Jr I. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: Zóbole E, editor. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola; 2003. p. 63–9.
4. Ayres JR, Paiva V, França Jr I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, editors. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71–94.
5. Willen SS, Knipper M, Abadía-Barrero CE, Davidovitch N. Syndemic vulnerability and the right to health. *Lancet*. 2017;389(10072):964–77. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30261-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30261-1). PubMed PMID: 28271847.
6. Lanzarone A, Tullio V, Argo A, Zerbo S. When a virus (Covid-19) attacks human rights: the situation of asylum seekers in the medico-legal setting. *Med Leg J*. 2021;89(1):29–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0025817220937447>. PubMed PMID: 32700621.
7. Adhikari SR, Aryal S. Assessing Nepal’s health policies and programs from a human rights perspective. *Indian J Public Health*. 2018;62(2):123–7. PubMed PMID: 29923536.
8. Rocha ASPS, Rosaneli CF, Cunha TR, Friedrich TS. Vulnerabilidades no acesso à saúde por migrantes no Brasil e América do Sul: revisão integrativa. *Saúde Transform Soc*. 2019 [cited 2022 June 6];10(1):218–24. Available from: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4881>
9. Marshall J, Barrett H. Human rights of refugee-survivors of sexual and gender-based violence with communication disability. *Int J Speech Lang Pathol*. 2018;20(1):44–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17549507.2017.1392608>
10. Lori JR, Boyle JS. Forced migration: health and human rights issues among refugee populations. *Nurs Outlook*. 2015;63(1):68–76. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2014.10.008>. PubMed PMID: 25645484.
11. Silva FCA da, Sousa EM. Migração Venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima. *Tensões Mundiais*. 2019;14(27):105–19. doi: <http://dx.doi.org/10.33956/tensoesmundiais.v14i27.855>
12. Gehlen RGS, Arboit J, Paula CC, Padoim SMM. Perspectivas do conhecimento acerca da violência contra mulheres migrantes: mapeamento da produção acadêmica *Strictu Sensu*. *Res Soc Dev*. 2020;9(11):e99291110546. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10546>
13. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad Pagu*. 2006;(26):329–76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>
14. Venturi G. Misoginia, homofobia, racismo e “gerontofobia”: contribuições de análises da opinião pública para a prevenção. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla C, editors. *Vulnerabilidade e direitos humanos Prevenção e Promoção da Saúde*. Curitiba: Editora Juruá; 2012. p. 95–110
15. Crenshaw K. Background paper for the expert meeting on gender-related aspects of race discrimination. *Estud Fem*. 2002;10(1):171. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
16. UNHCR Brazil [Internet]. 2022 [cited 2022 June 6]. Available from: <https://www.acnur.org/portugues/>
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução, n.66/2012 [Internet]. 2012 [cited 2022 June 6]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Santos SMM, Oliveira L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. *Rev Katálysis*. 2010;13(1): 11–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802010000100002>
20. Macdowell PDL. Geografia do gênero: do (não) lugar de travestis e outros abjetos na cidade [Internet]. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; Caxambu/MG. 2008 [cited 2022 June 6]. Available from: https://seminariostematicos.files.wordpress.com/2011/05/abep2008_14671.pdf
21. Santos BS. Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Rev Critica Cienc Sociais*. 2007;79(8):3–46. doi: <http://dx.doi.org/10.4000/rccs.753>
22. Horta ALM, Cruz MG, Carvalho G. Famílias refugiadas africanas: qualidade de vida, expectativas e necessidades em relação à saúde. *Saude Soc*. 2019;4(28):123. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180959>
23. Ayres JR CM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, editors. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 5. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2017. p. 117–39.
24. Lussi C. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. *Psicol USP*. 2015;26(2):136–44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140014>
25. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Rev Bras Bioética*. 2006;2(2):187–200.
26. Friedrich TS, Rocha ASPS. As vulnerabilidades em saúde dos migrantes e refugiados: o panorama legislativo e a realidade prática. In: Jubilut LL, Lopes RO, editors. *As vulnerabilidades em saúde dos migrantes e refugiados: o panorama legislativo e a realidade prática*. Santos (SP): Editora Universitária Leopoldianum; 2018. p. 311–8.
27. Ribeiro JC. O outro cultural: migrantes, refugiadas e a vítima da violência de gênero. *Sex Salud Soc (Rio J)*. 2022;38:e22310. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22310.a>

EDITOR ASSOCIADO

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.