







Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática

Juliana de Oliveira Araujo^I , Fernanda Mattos de Souza^I , Raquel Proença^I , Mayara Lisboa Bastos^I , Anete Trajman^{II,III} , Eduardo Faerstein^{IV} 

^I Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. Programa de pós-Graduação em Clínica médica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{III} McGill University. Montreal, QC, Canadá.

^{IV} Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Departamento de Epidemiologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Sintetizar dados da literatura sobre a prevalência de violência sexual em refugiados.

MÉTODOS: Conduzimos uma revisão sistemática a partir da busca em sete bases bibliográficas. Foram elegíveis estudos em inglês, francês, espanhol e português com dados sobre a prevalência de violência sexual em refugiados e requerentes de asilo, de qualquer país, sexo ou idade.

RESULTADOS: Dos 2.906 títulos encontrados, 60 artigos foram incluídos. A prevalência foi amplamente variável (0% a 99,8%). Houve relatos de violência sexual em todos os continentes, com 42% dos artigos mencionando-a em refugiados provenientes da África (prevalências de 1,3% a 100%). O estupro foi a ocorrência mais relatada em 65% dos estudos (prevalências de 0% a 90,9%). As principais vítimas foram mulheres em 89% dos estudos, em todo o trajeto, principalmente nos países de origem. A violência foi perpetrada particularmente por parceiros íntimos, mas também por agentes de suposta proteção. Poucos estudos relataram-na em homens e crianças, com prevalências atingindo até 39,3% e 90,9%, respectivamente. Cerca de 1/3 dos estudos (32%) foram realizados em campos de refugiados ou locais de acolhimento, e mais da metade (52%) em serviços de saúde, utilizando instrumentos de avaliação de saúde mental. Nenhum estudo abordou a crise migratória mais recente. Não foi realizada meta-análise devido à heterogeneidade metodológica dos estudos.

CONCLUSÕES: A violência sexual é um problema prevalente que atinge refugiados de ambos os sexos, de todas as idades, em particular aqueles provenientes da África, durante todo o percurso migratório. Medidas de proteção são urgentemente necessárias, e novos estudos, com instrumentos mais apropriados, poderão mensurar melhor a magnitude atual do problema.

DESCRITORES: Refugiados. Delitos Sexuais. Estupro. Revisão. Prevalência.

Correspondência:

Eduardo Faerstein
Rua Sacopã, 191 apto 201
22471-180 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: efaerstein@gmail.com

Recebido: 9 set 2018

Aprovado: 4 dez 2018

Como citar: Araujo JO, Souza FM, Proença R, Bastos ML, Trajman A, Faerstein E. Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática. Rev Saude Publica. 2019;53:78.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Atualmente, o mundo vivencia a maior crise migratória desde a Segunda Guerra Mundial, com o aumento crescente do número de refugiados. De acordo com o relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), 65,6 milhões de pessoas foram forçadas a se deslocar em razão de perseguição, conflito, violência generalizada ou violações de direitos humanos em 2016. Desse total de migrantes, 22,5 milhões eram refugiados; 2,8 milhões, solicitantes de refúgio; e 40,3 milhões, deslocados internos dentro de seus países¹.

A violência sexual (VS), definida como ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual sem o consentimento voluntário da vítima ou com alguém incapaz de consentir ou recusar², é considerada uma ameaça presente durante o deslocamento forçado e a busca de asilo^{3,4}. Em tempos de guerra, mulheres e meninas são mais vulneráveis a estupro e apresentam maior risco de sofrer outras formas de VS, como casamento precoce ou forçado, abuso por parceiro íntimo, abuso sexual infantil, exploração e tráfico sexual⁴. A VS também tem sido perpetrada contra homens e meninos como tática de guerra ou durante a detenção e interrogatórios⁵; eles podem sofrer estupro, tortura sexual, mutilação, humilhação, escravização e incesto forçado⁶. Esse risco persiste durante a jornada de fuga e após o acolhimento em destinos aparentemente seguros⁷.

As consequências podem ser extremamente graves. Nas mulheres, pode levar a distúrbios mentais, complicações obstétricas, disfunções sexuais, gestações indesejadas, abortos inseguros e infecções sexualmente transmissíveis^{8,9}. Entre homens, além das infecções e transtornos mentais, são comuns a disfunção sexual, queixas somáticas, distúrbios do sono, afastamento de relacionamentos, tentativa de suicídio, abuso de álcool e drogas e comportamento violento^{8,10}. Na infância, o abuso sexual pode ser acompanhado também de culpa, vergonha, distúrbios alimentares, distorções cognitivas, distúrbios mentais, problemas sexuais e de relacionamento e absentismo escolar¹¹.

Duas revisões sistemáticas prévias retrataram a VS em refugiados e deslocados internos em complexos humanitários de emergência^{12,13}: uma revisão com meta-análise buscou estimar a prevalência somente em mulheres¹², e a outra objetivou quantificar a violência baseada no gênero em três categorias: violência física, por parceiro íntimo e sexual¹³. Nenhuma analisou os diferentes tipos, perfil dos perpetradores e momento da ocorrência da VS no processo migratório. Ainda não há estudos sobre a prevalência dessa violência na população total de refugiados (crianças, adultos e idosos de ambos os sexos) em diferentes cenários e momentos do percurso, para uma compreensão mais abrangente da magnitude do problema.

Assim, objetivamos sintetizar a literatura sobre a prevalência de VS em refugiados no mundo por meio de uma revisão sistemática, independentemente do gênero, idade e local onde se encontram. Com esse conhecimento, será possível identificar melhor o perfil dos refugiados vítimas de VS, contribuindo para estratégias específicas de prevenção, abordagem, tratamento e monitoramento nos países de origem, durante o percurso migratório e nos países de acolhimento.

MÉTODOS

A busca bibliográfica foi realizada em janeiro de 2018, nas bases MEDLINE (via Ovid), Embase (via Ovid), PsycINFO (via Ovid), Scopus, Web of Science, Sociological Abstracts (via ProQuest) e LILACS (via BVS). Não foram aplicados limites de data ou restrição de idioma. As estratégias de buscas envolveram os seguintes termos MeSH e livros: “*refugee*”, “*asylum seek*”, “*exiled*”, “*refugee camps*”, “*sexual violence*”, “*sexual harassment*”, “*child abuse*”, “*sexual offense*”, “*sexual abuse*”, “*sexual crime*”, “*rape*”, “*sexual coercion*”, “*sexual assault*”. Artigos que abordassem qualquer forma de VS foram incluídos, com a utilização do conector “OU”. Para o cálculo por tipo de VS, utilizamos a definição descrita em cada um dos artigos.

A estratégia de busca está detalhada no apêndice A. Artigos presentes nas listas de referências bibliográficas dos estudos de revisão e daqueles incluídos no presente estudo foram adicionados, quando aplicável.

Foram elegíveis estudos com dados disponíveis para o cálculo da prevalência de VS em refugiados ou requerentes de asilo (considerados como população única) em qualquer país, sexo ou idade e publicados em inglês, francês, espanhol e português. Não foram incluídos capítulos de livros, dissertações, anais de congressos, editoriais, cartas, notas e comentários.

A seleção dos estudos foi inicialmente conduzida pela consulta de títulos e resumos; em seguida, pela leitura dos textos completos. As decisões sobre elegibilidade dos estudos e extração dos dados foram realizadas por dois revisores independentes, em formulários eletrônicos construídos no EpiData 3.1 (EpiData Association, Odense, Dinamarca), e as divergências foram resolvidas por consenso ou pela avaliação de um terceiro revisor. As referências foram gerenciadas no *software* EndNote Web [Thomson Reuters (SCIENTIFIC), NY, EUA].

Foram coletadas informações sobre: (1) métodos e população do estudo; (2) prevalência de VS, de acordo com sexo, idade, tipo de VS, continente/região/país de origem, país/região de acolhimento, período da ocorrência e perfil dos perpetradores.

Nos estudos que apresentaram outras categorias adicionais de migrantes (por exemplo, migrantes econômicos), foram utilizadas somente as informações relativas a refugiados e requerentes de asilo. Da mesma forma, em estudos que relataram violência psicológica, física e sexual, foram utilizados somente os dados relativos à VS.

O cálculo da prevalência global foi estimado a partir das informações sobre o total de casos dos estudos. Para o cálculo das prevalências específicas, foram considerados os seguintes tipos de VS informados pelos artigos: estupro, tentativa de estupro, contato sexual indesejado, experiência sexual indesejada sem contato, assédio sexual, abuso sexual, tortura sexual, agressão sexual, exploração sexual incluindo prostituição forçada e sexo por sobrevivência, mutilação genital, casamento e aborto forçados. Quando apenas as prevalências por tipo estavam informadas e mais de uma dessas formas foi infligida às mesmas vítimas, não foi possível estimar a prevalência global.

RESULTADOS

Foram encontrados 2.906 estudos nas bases de dados pesquisadas e 10 nas listas de referências bibliográficas (Figura 1). Após a remoção das duplicatas (n = 1.111), 1.805 estudos foram selecionados para leitura dos títulos e resumos. Desses, foram excluídos 1.498 pelos seguintes critérios: idioma (n = 29), tipo de publicação (comentários, cartas, livros, notas, editoriais, resumos de conferências e dissertações, n = 361), desenho de estudo (em grande parte estudos qualitativos e de revisão, n = 521), população não composta por refugiados ou requerentes de asilo (n = 176), fora do escopo (não abordavam VS, n = 131) ou ambos (população e escopo, n = 280).

Trezentos e sete estudos foram selecionados para leitura dos textos completos. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 60 estudos para a extração dos dados. Dentre os excluídos, 15 não eram artigos originais, 121 eram estudos de revisão ou com desenho qualitativo e em 27 estudos a população não era formada por refugiados ou requerentes de asilo.

Características dos Estudos e suas Populações

Os 60 artigos selecionados foram todos publicados em inglês entre 1990 e 2017 (45% entre 2000 e 2010) e provenientes de 31 países diferentes (14 dos EUA). Os estudos eram de desenho transversal (Tabela 1), exceto dois estudos de coorte^{48,73}.

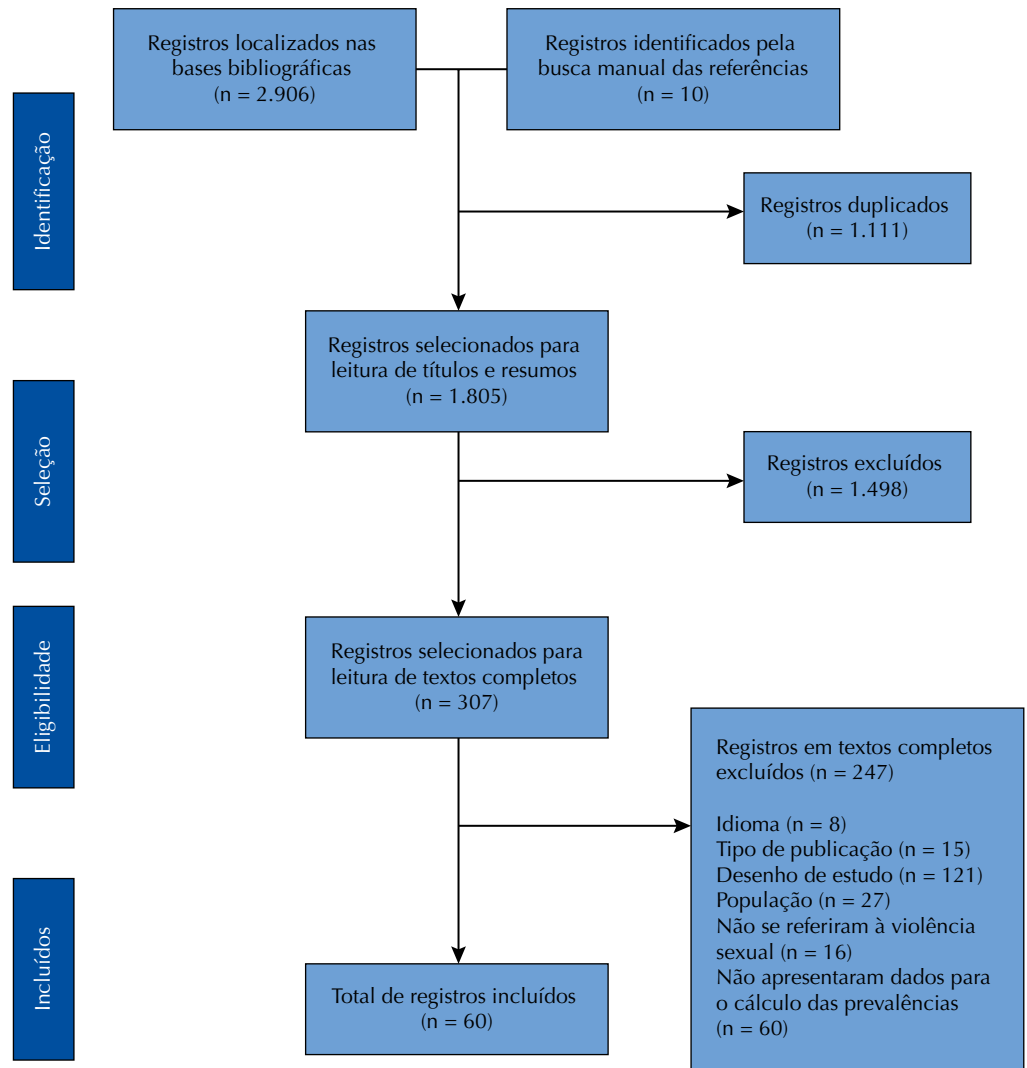


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática.

Os locais mais frequentes da coleta de dados, conforme os 54 artigos que continham essa informação, foram os serviços de saúde ($n = 28,52\%$) e campos de refugiados ($n = 17,32\%$). A maior parte dos estudos (87%) foi conduzida para avaliar desfechos em saúde mental, sem o objetivo principal de mensurar a prevalência de casos de VS. Dentre 49 que informaram o instrumento utilizado, o *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) foi o instrumento validado mais frequente ($n = 15$, correspondendo a 31%), enquanto 29% ($n = 14$) utilizaram questionários elaborados especificamente para a pesquisa.

Os estudos envolveram 28.101 refugiados e requerentes de asilo. A população de cada estudo variou entre 15 e 11.458 indivíduos. Em 33% ($n = 20$) dos estudos, a amostra incluiu menos de 100 pessoas, e em 18% ($n = 11$), mais de 500 pessoas. A média da idade dos participantes variou entre 10,6 e 41,6 anos; 42% ($n = 25$) dos estudos incluíram menores de 18 anos. Houve predominância geral de mulheres; em 37% ($n = 21$) dos estudos, a amostra era exclusivamente de mulheres. A religião predominante foi a muçulmana, em 12 (63%) dos 19 estudos com dados a respeito.

Prevalência de Violência Sexual

A variação da prevalência global apresentou grande amplitude, independentemente do tamanho da amostra: de 0% até 99,8%, com um total de 2.859 casos de VS. Em 15 estudos (31%), a prevalência foi menor que 10% (amostras de 80 a 11.458 pessoas), e em 11 (23%), maior que 50% (amostras de 15 a 919 pessoas), conforme demonstrado na Tabela 1. Essa

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática e prevalências de violência sexual. (n = 60)

Primeiro autor e ano do estudo	País(es)/ região de acolhimento	Local de coleta de dados	Período de coleta de dados		Instrumento do estudo	Amostra (n)	Idade média da amostra (anos)	Proporção de sexo feminino (%)	Prevalência global de VS (%)*	Prevalência de VS por sexo	
			Início	Fim						Feminino	Masculino
Allodi ¹⁴ (1990)	Canadá	USS	1979	1985	NI	56	NI	50,0	NI	64,3	39,3
Fornazzari ¹⁵ (1990)	Canadá	USS	NI	NI	Coleta em registros	36	37	100,0	22,2	22,2	NA
Mckelvey ¹⁶ (1995)	Filipinas	USS	NI	NI	QP	102	NI	33,3	9,8	8,8	10,3
Peel ¹⁷ (1996)	Reino Unido	USS e centros de detenção	1993	1994	Coleta em registros	92	NI	21,7	33,7	80	20,8
Frljak ¹⁸ (1997)	Bósnia e Herzegovina	USS	1993	1994	Coleta em registros	241	NI	100,0	3,3	3,3	NA
Silove ¹⁹ (1998)	Austrália	NI	NI	NI	HTQ	96	NI	NI	0,0	0,0	0,0
Gorst-Unsworth ²⁰ (1998)	Reino Unido	USS	NI	NI	HTQ	84	39	0,0	14,3	NA	14,3
Loutan ²¹ (1999)	Suíça	USS	1993	1994	HTQ	573	27	36,3	2,3	NI	NI
Blair ²² (2000)	EUA	USS e domicílios	1991	1991	WTS	124	37	60,5	5,6	NI	NI
Hondius ²³ (2000)	Holanda	USS	NI	NI	NI	156	NI	34	23,1	26,4	21,4
Petersen ²⁴ (2000)	Tailândia	CR	1999	1999	QP	129	36	37,2	NI	6,3	NI
Iacopino ²⁵ (2001)	Macedônia e Albânia	CR	1999	1999	QP	11.458	NI	NI	0,03	NI	NI
Tang ²⁶ (2001)	Gâmbia	CR	1999	1999	HTQ	80	41,3	48,8	1,3	NI	NI
Crescenzi ²⁷ (2002)	Índia	Aldeias	1995	1995	HTQ	150	NI	37,3	NI	NI	NI
Sabin ²⁸ (2003)	México	CR	2000	2000	HTQ	170	37,9	58,2	3,5	NI	NI
Cardozo ²⁹ (2004)	Tailândia	CR	2001	2001	HTQ	495	NI	57,4	NI	2,8	2,9
Sesay ³⁰ (2004)	Serra Leoa	CR e aldeias	2001	2011	QP	400	NI	100,0	11,3	11,3	NA
Thomas ³¹ (2004)	Reino Unido	NI	NI	NI	NI	100	16	41	32	63,4	10,2
Asgary ³² (2006)	EUA	USS	1998	2002	Protocolo de Istambul	89	34	13,5	NI	NI	NI
Avdibegovic ³³ (2006)	Bósnia e Herzegovina	USS e CR	2000	2002	DVI modificado	50	NI	100,0	30,0	30,0	NA
Bradley ³⁴ (2006)	Reino Unido	USS	NI	NI	NI	97	30	14,4	8,2	28,6	2,4
Schweitzer ³⁵ (2006)	Austrália	Comunidade	2003	2003	HTQ	63	34,2	33,3	11,1	19	7,1
Olsen ³⁶ (2006)	Dinamarca	USS	1991	1994	QP	221	35,6	12,7	11,3	NI	NI
Bogner ³⁷ (2007)	Inglaterra	USS	2004	2005	QP	27	NI	59,3	55,6	68,8	36,4
Edston ³⁸ (2007)	Suécia	USS	1993	2005	NI	63	28	100,0	76,2	76,2	NA
Hammoury ³⁹ (2007)	Líbano	USS	2005	2005	AAS	349	28	100,0	26,4	26,4	NA
Hooberman ⁴⁰ (2007)	EUA	USS	2000	2003	HTQ	325	33,5	38,8	28,9	NI	NI
John-Langba ⁴¹ (2007)	Botsuana	CR	NI	NI	SGBV	402	29,2	100,0	99,8	99,8	NA
Kira ⁴² (2007)	EUA	NI	NI	NI	CTS	501	35,7	45,3	1,2	NI	NI
Piwowarczyk ⁴³ (2007)	EUA	USS	1999	2002	NI	134	34	65,7	50,0	NI	NI
Chang ⁴⁴ (2008)	EUA	USS	2001	2001	NI	243	10,6	51,9	4,9	NI	NI
Nagai ⁴⁵ (2008)	Uganda	CR e aldeias	1999	2000	QP	1.216	NI	78,0	NI	18,1	16,9
Harrison ⁴⁶ (2009)	Uganda	CR e aldeias	2006	2006	BSS	1.158	NI	52,4	NI	3,8	NI
Mitike ⁴⁷ (2009)	Etiópia	CR	2004	2004	QP	288	NI	100,0	42,4	42,4	NA
Williams ⁴⁸ (2010)	Reino Unido	USS	2005	2005	NI	178	30,4	35,4	25,8	54,0	10,4
Schubert ⁴⁹ (2011)	Finlândia	USS	NI	NI	HTQ	78	37,6	37,2	NI	NI	NI
Tamblym ⁵⁰ (2011)	EUA	USS	2004	2007	HTQ modificado	58	34,7	29,3	20,7	NI	NI
Bogic ⁵¹ (2012)	Alemanha, Itália e Reino Unido	Domicílios e comunidades	2005	2006	LSC	854	41,6	51,3	5,2	NI	NI

Continua

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática e prevalências de violência sexual. (n = 60). Continuação

Kira ⁵² (2012)	EUA	NI	2006	2006	CTS	209	NI	0,0	90,9	NI	NI
Parma ⁵³ (2012)	República dos Camarões	Aldeias	2010	2010	NI	191	35,1	100,0	40,8	40,8	NA
Black ⁵⁴ (2013)	EUA	USS e comunidade	2004	2004	CREV SECV	196	13,8	45,9	4,6	NI	NI
Falb ⁵⁵ (2013)	Tailândia	CR	2008	2008	RHA	861	30,1	100,0	NI	NI	NA
Tufan ⁵⁶ (2013)	Turquia	USS	2005	2007	SLESQ	67	30,6	41,8	20,9	46,4	2,6
Gibson-Helm ⁵⁷ (2014)	Austrália	USS	2002	2011	NI	1.279	NI	100,0	5,7	5,7	NA
Idemudia ⁵⁸ (2014)	Polokwane, África do Sul	Cidade	NI	NI	QP	125	28,3	42,3	NI	NI	NI
Morof ⁵⁹ (2014)	Uganda	NI	2010	2010	HTQ QP	117	31,6	100,0	71,8	71,8	NA
Bell ⁶⁰ (2015)	Ruanda	CR	2008	2008	RHA toolkit	810	29	100,0	8,0	8,0	NA
Connor ⁶¹ (2015)	EUA	Comunidade	NI	NI	QP	30	31,8	100,0	93,3	93,3	NA
Sipsma ⁶² (2015)	Ruanda	CR	NI	NI	RHA toolkit	548	32	100,0	38,1	38,1	NA
Al-Modallal ⁶³ (2016)	Jordânia	CR	NI	NI	AAS	238	32,7	100,0	21,0	21,0	NA
Chu ⁶⁴ (2016)	EUA	Comunidades e domicílios	2014	2014	QP	15	NI	100,0	60,0	60,0	NA
Lerner ⁶⁵ (2016)	EUA	USS	2010	2013	QP	267	34	33,0	33,3	NI	NI
Um ⁶⁶ (2016)	Coréia do Sul	NI	2010	2010	CTS2	180	39,8	100,0	25,6	25,6	NA
Wirtz ⁶⁷ (2016)	Etiópia	CR	2012	2012	ASIST-GBV	487	NI	100,0	NI	NI	NA
Gušić ⁶⁸ (2017)	Suécia	Escolas USS	NI	NI	WRGTI	77	NI	35,0	12,0	NI	NI
Hopkinson ⁶⁹ (2017)	EUA	USS	2008	2013	HTQ QP	61	28,8	37,7	62,3	NI	NI
Logie ⁷⁰ (2017)	Canadá	Comunidades e redes sociais	2013	2015	QP	42	NI	100,0	52,0	52,0	NA
Riley ⁷¹ (2017)	Bangladesh	CR	NI	NI	HTQ	148	34	52,8	13,0	NI	NI
Stark ⁷² (2017)	Etiópia	CR	2015	2015	NI	919	14,6	100,0	65,3	65,3	NA
Wright ⁷³ (2017)	EUA	Agências de reassentamento	2011	2012	HTQ	298	NI	45,0	NI	1,5	NI

VS: violência sexual; NA: não se aplica; NI: não informado; CR: campos de refugiados; EUA: Estados Unidos da América; USS: unidades de serviços de saúde; QP: questionário da pesquisa; HTQ: *Harvard Trauma Questionnaire*; STAR: *Resettlement Stressor Scale*; WTS: *War Trauma Scale*; DVI: *Domestic Violence Inventory*; AAS: *Abuse Assessment Screen*; SBGV: *Sexual and Gender-based Violence Scale*; CTS: *Revised Conflict Tactics Scales*; CREV: *Children's Report of Exposure to Violence*; SECV: *Survey of Exposure to Community Violence*; BSS: *Behavioral Surveillance Surveys Questionnaire*; SLESQ: *Stressful Life Events Screening Questionnaire*; LEC: *Life Events Checklist*; ASIST-GBV: *Assessment Screen to Identify Survivors Toolkit for Gender Based Violence*; LSC: *Life Stressor Checklist*; RHA: *Reproductive Health Assessment*; WRGTI: *War/refugee and general trauma inventory*

* A prevalência de VS global foi calculada a partir do total de casos informados pelos estudos ou, quando não havia essa informação, pela soma total dos casos específicos relatados (ex.: casos de estupro, casos de assédio sexual, etc.). Porém, em cinco estudos^{32,49,55,58,67}, a prevalência global não pôde ser estimada, pois os autores não informaram o número total de casos. Não foi possível calculá-la a partir da soma das prevalências tipificadas, porque houve vítimas que sofreram mais de um tipo de VS, o que superestimaria o cálculo da prevalência global.

ampla variação ocorreu independentemente do cenário da coleta de dados – em campos de refugiados (n = 12; 0,03% a 99,8%), unidades de saúde (n = 25; 2,3% a 76,2%) e comunidades/aldeias (n = 6; 5,2% a 93,3%) – e da forma de mensuração – instrumentos validados (n = 25; 0,0% a 99,8%) ou questionários próprios da pesquisa (n = 14; 0,03% a 93,3%).

Seis estudos relataram VS em crianças e adolescentes, com prevalências variando entre 4,6% e 90,9%^{16,44,47,52,54,72}. Em 32 dos 36 (89%) estudos que apresentaram prevalências por sexo, as principais vítimas foram mulheres. Desses, 12 estudos relataram VS nos dois sexos, com uma diferença de até 59,2% a mais na prevalência em mulheres¹⁷. Dois estudos relataram o oposto, mas com disparidades menores que 2%^{16,29}. Em homens, a prevalência atingiu 39,3%¹⁴.

A África foi o continente de origem mais frequente em 13 (42%) dos 31 estudos com informações a respeito (Tabela 2). Quanto ao momento da ocorrência, abordado por 18 estudos, 17 (94%) relataram que a VS ocorreu no país de origem (prevalências entre

Tabela 2. Prevalência de violência sexual em refugiados segundo o lugar de origem. (n = 31)

Continentes(s) de origem	Região de origem	País(es) de origem	Primeiro autor e ano do estudo	Amostra (n)	Prevalência de VS	
África (n = 13)	NI	NI	Thomas ³¹ (2004)	65	24,6	
		NI	Chu ⁶⁴ (2016)	15	60,0	
	África Central	RDC	RDC	Peel ¹⁷ (1996)	92	33,7
			RDC	Edston ³⁸ (2007)	3	100,0
		República Centro-Africana	Parmar ⁵³ (2012)	77	57,1	
		RDC	Bell ⁶⁰ (2015)	810	8,0	
		RDC	Sipsma ⁶² (2015)	548	38,1	
		África Ocidental	Senegal	Tang ²⁶ (2001)	80	1,3
			Serra Leoa	Sesay ³⁰ (2004)	400	11,3
	Norte da África	NI	Gibson-Helm ⁵⁷ (2014)	45	6,7	
			Sudão	Schweitzer ³⁵ (2006)	63	11,1
		Sudão e Sudão do Sul	Stark ⁷² (2017)	919	65,3	
		NI	Gibson-Helm ⁵⁷ (2014)	1.147	5,1	
África Oriental		Uganda	Edston ³⁸ (2007)	9	66,7	
	Somália	Mitike ⁴⁷ (2009)	248	49,2		
Ásia (n = 8)	Ásia Meridional	Sri Lanka	Silove ¹⁹ (1998)	92	0,0	
		Bangladesh	Edston ²⁸ (2007)	13	84,6	
	Sul da Ásia	Mianmar	Petersen ²⁴ (2000)	129	2,3	
		Mianmar	Riley ⁷¹ (2017)	148	13,0	
	Sudeste Asiático	Vietnã	McKelvey ¹⁶ (1995)	102	9,8	
		Camboja	Blair ²² (2000)	124	5,6	
	Ásia Oriental	Camboja	Chang ⁴⁴ (2008)	243	4,9	
		Coréia do Norte	Um ⁶⁶ (2016)	180	25,6	
Europa	Oriente Médio	NI	Olsen ³⁶ (2006)	221	11,3	
Ásia		NI	Wright ⁷³ (2017)	133	1,5	
Europa Ásia África (n = 8)	Oriente Médio	Iraque	Gorst-Unsworth ²⁰ (1998)	84	14,3	
		Iraque	Kira ⁴² (2007)	501	1,2	
		Iraque	Kira ⁵² (2012)	209	90,9	
		Iraque	Black ⁵⁴ (2013)	196	4,6	
		Irã	Edston ³⁸ (2007)	11	45,5	
		Síria	Edston ³⁸ (2007)	3	66,7	
		Turquia	Bradley ³⁴ (2006)	97	8,2	
Turquia	Edston ³⁸ (2007)	3	100,0			
NA (n = 2)	Palestina	NA	Hammoury ³⁹ (2007)	349	26,4	
		NA	Al-Modallal ⁶³ (2016)	238	21,0	
América (n = 1)	América Central	Guatemala	Sabin ²⁸ (2003)	170	3,5	
Europa (n = 1)		Bósnia	Frljak ¹⁸ (1997)	241	3,3	

VS: violência sexual; NI: não informado; NA: não se aplica; RDC: República Democrática do Congo

1% e 92%); em dois estudos (11%), aconteceu durante o percurso (prevalências de 5,2% em ambos)^{53,68}; e dois (11%) relataram VS no local de acolhimento (prevalências de 39% na República dos Camarões⁵³ e 46,1% em Uganda⁵⁹).

O tipo de VS mais frequente foi o estupro (65%) (Tabela 3). Os perpetradores foram identificados em 18 estudos: 10 (55%) relataram a ocorrência de VS por parceiro íntimo (prevalências de 4,3% a 30%)^{33,39,45,53,55,59,62,63,66,72}, cinco por militares (prevalências de 1% a 74,6%)^{38,45,55,58,72},

Tabela 3. Prevalência de acordo com o tipo de violência sexual em refugiados. (n = 51)

Tipo de violência sexual	Primeiro autor e ano do estudo	Continente/região/país de origem	País/região de acolhimento	Prevalência (%)
Estupro (n = 33)	Allodi ¹⁴ (1990)	América Latina	Canadá	30,4
	Fornazzari ¹⁵ (1990)	América Latina	Canadá	22,2
	Peel ¹⁷ (1996)	RDC	Reino Unido	33,7
	Frljak ¹⁸ (1997)	Bósnia	Bósnia	3,3
	Silove ¹⁹ (1998)	Sri Lanka	Austrália	0,0
	Loutan ²¹ (1999)	África, Ásia e Europa	Suíça	2,3
	Petersen ²⁴ (2000)	Mianmar	Tailândia	2,3
	Tang ²⁶ (2001)	Senegal	Gâmbia	1,3
	Crescenzi ²⁷ (2002)	Tibete	Índia	0,7
	Cardozo ²⁹ (2004)	Mianmar	Tailândia	2,8
	Sesay ³⁰ (2004)	Serra Leoa	Serra Leoa	11,3
	Thomas ³¹ (2004)	África, Oriente Médio, Europa Ocidental e Ásia	Reino Unido	32,0
	Asgary ³² (2006)	África e Ásia	EUA	6,7
	Bradley ³⁴ (2006)	Turquia	Reino Unido	1,0
	Schweitzer ³⁵ (2006)	Sudão	Austrália	11,1
	Avdibegovic ³³ (2006)	NI	Bósnia	34,0
	Bogner ³⁷ (2007)	Oriente Médio, Europa, África e América Latina	Inglaterra	44,4
	Edston ³⁸ (2007)	África, Ásia e Oriente Médio	Suécia	76,2
	Hammoury ³⁹ (2007)	Palestina	Líbano	26,4
	Hooberman ⁴⁰ (2007)	África, Ásia, Europa e América Central e do Sul	EUA	18,2
Harrison ⁴⁶ (2009)	África	Uganda	2,0	
Williams ⁴⁸ (2010)	África e Oriente Médio	Reino Unido	16,3	
Estupro (n = 33)	Schubert ⁴⁹ (2011)	Oriente Médio, Sudeste da Europa, Sul da Ásia e África Central	Finlândia	21,8
	Kira ⁵² (2012)	Iraque	EUA	90,9
	Falb ⁵⁵ (2013)	Mianmar	Tailândia	0,3
	Moro ⁵⁹ (2014)	Somália e RDC	Uganda	54,7
	Idemudia ⁵⁸ (2014)	Zimbábue	Polokwane, África do Sul	56,8
	Bell ⁶⁰ (2015)	RDC	Ruanda	8,0
	Lerner ⁶⁵ (2016)	África, América e Europa Ocidental	EUA	33,3
	Wirtz ⁶⁷ (2016)	Somália	Etiópia	20,1
	Hopkinson ⁶⁹ (2017)	África, Ásia, América e Europa Oriental	EUA	42,6
	Logie ⁷⁰ (2017)	NI	Canadá	52,0
Stark ⁷² (2017)	Sudão e Sudão do Sul	Etiópia	16,1	
Toque sexual indesejado (n = 7)	Asgary ³² (2006)	África e Ásia	EUA	6,7
	Avdibegovic ³³ (2006)	NI	Bósnia	2,0
	Schubert ⁴⁸ (2011)	Oriente Médio, Sudeste da Europa, Sul da Ásia e África Central	Finlândia	46,2
	Falb ⁵⁵ (2013)	Sudeste Asiático	Tailândia	0,7
	Idemudia ⁵⁸ (2014)	Zimbábue	Polokwane, África do Sul	63,2
	Hopkinson ⁶⁹ (2017)	África, Ásia, América e Europa Oriental	EUA	24,6
	Stark ⁷² (2017)	Sudão e Sudão do Sul	Etiópia	22,0
Coerção sexual (n = 1)	Stark ⁷² (2017)	Sudão e Sudão do Sul	Etiópia	27,3

Continua

Tabela 3. Prevalência de acordo com o tipo de violência sexual em refugiados. (n = 51). Continuação

Tentativa de estupro (n = 2)	Idemudia ⁵⁸ (2014)	Zimbábue	Polokwane, África do Sul	44,8
	Morof ⁵⁹ (2014)	Somália e RDC	Uganda	64,1
Gravidez forçada (n = 1)	Wirtz ⁶⁷ (2016)	África Oriental	Etiópia	15,6
	Hondius ²³ (2000)	Turquia e Irã	Holanda	23,1
Tortura sexual (n = 6)	Asgary ³² (2006)	África e Ásia	EUA	9,0
	Bradley ³⁴ (2006)	Turquia	Reino Unido	2,1
	Olsen ³⁶ (2006)	Oriente Médio	Dinamarca	11,3
	Bogner ³⁷ (2007)	Oriente Médio, Europa, África e América Latina	Inglaterra	11,1
	Tamblyn ⁵⁰ (2011)	África	EUA	20,7
	Gorst-Unsworth ²⁰ (1998)	Iraque	Reino Unido	14,3
Agressão sexual (n = 5)	Iacopino ²⁵ (2001)	Kosovo	Macedônia	0,03
	Bradley ³⁴ (2006)	Turquia	Reino Unido	8,2
	Hooberman ⁴⁰ (2007)	África, Ásia, América Central e do Sul e Europa	EUA	10,8
	Williams ⁴⁸ (2010)	África e Oriente Médio	Reino Unido	12,9
	Asgary ³² (2006)	África e Ásia	EUA	2,2
Mutilação genital (n = 6)	Bradley ³⁴ (2006)	Turquia	Reino Unido	1,0
	Mitike ⁴⁷ (2009)	Somália	Etiópia	42,4
	Gibson-Helm ⁵⁷ (2014)	África e Oriente Médio	Austrália	5,7
	Connor ⁶¹ (2015)	Somália e Etiópia	EUA	93,3
	Chu ⁶⁴ (2016)	África	EUA	60,0
	Cardozo ²⁹ (2004)	Mianmar	Tailândia	1,0
Exploração sexual (n = 4)	Nagai ⁴⁵ (2008)	Sudão	Uganda	82,0
	Idemudia ⁵⁸ (2014)	Zimbábue	África do Sul	44,0
	Wirtz ⁶⁷ (2016)	Somália	Etiópia	27,3
	Crescenzi ²⁷ (2002)	Tibete	Índia	24,6
Experiência sexual indesejada sem contato (n = 5)	Asgary ³² (2006)	África e Ásia	EUA	4,5
	Avdibegovic ³³ (2006)	NI	Bósnia	2,0
	Falb ⁵⁵ (2013)	Mianmar	Tailândia	1,5
	Hopkinson ⁶⁹ (2017)	África, Ásia, América, Europa Oriental	EUA	29,8
Abuso sexual (n = 8)	Allodi ¹⁴ (1990)	América Latina	Canadá	21,4
	McKelvey ¹⁶ (1995)	Vietnã	Filipinas	9,8
	Blair ²² (2000)	Camboja	EUA	5,6
	Kira ⁴² (2007)	Iraque	EUA	1,2
	Chang ⁴⁴ (2008)	Camboja	EUA	4,9
	Nagai ⁴⁵ (2008)	Sudão	Uganda	85,0
	Black ⁵⁴ (2013)	Iraque	EUA	4,6
	Riley ⁷¹ (2017)	Mianmar	Bangladesh	13,0
Casamento forçado (n = 2)	Asgary ³² (2006)	África e Ásia	EUA	2,2
	Wirtz ⁶⁷ (2016)	Somália	Etiópia	19,5
Assédio sexual (n = 4)	Asgary ³² (2006)	África e Ásia	EUA	12,4
	Bogic ⁵¹ (2012)	Bósnia	Alemanha, Itália, Reino Unido	5,2
	Idemudia ⁵⁸ (2014)	Zimbábue	Polokwane, África do Sul	52,8
	Wright ⁷³ (2017)	Oriente Médio	EUA	1,5

NI: não informado; EUA: Estados Unidos da América; RDC: República Democrática do Congo

quatro por conhecidos^{51,53,55,72}, quatro por familiares^{45,54,58,72}, dois por desconhecidos^{51,53}, dois por soldados rebeldes^{31,53}, um por policiais⁵⁸, um por grupos armados⁷² e um por guardas na prisão¹⁷.

Em cinco estudos^{32,49,55,58,67}, os autores não informaram o número de vítimas, e não foi possível estimar a prevalência global. A estimativa pela soma das prevalências por tipo específico superestimaria a prevalência global em razão dos casos que sofreram mais de um tipo de VS.

DISCUSSÃO

Estudos prévios haviam revelado que a VS é uma ameaça constante ao longo de todo o percurso migratório dos refugiados^{3,12,13}, o que foi confirmado na presente revisão. Apesar de a maioria dos estudos aqui identificados terem revelado uma maior prevalência entre mulheres adultas, a VS também constituiu um sério problema em homens e crianças. Ademais, foi observado que a VS é perpetrada principalmente por parceiros íntimos, mas também por militares, guardas e policiais. A maior parte dos casos ocorre no país de origem, na forma de estupro e em refugiados provenientes da África. Em alguns campos de refugiados, como em Uganda e República dos Camarões, a frequência foi alarmante.

É possível que as prevalências estejam subestimadas em alguns estudos, pois muitas vítimas – principalmente homens – não relatam a VS por vergonha, ameaças por parte dos perpetradores, medo de serem consideradas culpadas ou de sofrer estigma e exclusão da família e comunidade^{6,74}, com conseqüente baixa procura por atendimento de saúde e registro dos casos⁷⁵. Além disso, a crise humanitária ocasionada pelos conflitos armados nos países de origem dos refugiados gera grandes deslocamentos de pessoas e demandas incompatíveis com a disponibilidade de serviços e recursos de saúde⁷⁶, o que pode reduzir ainda mais as chances de identificação de casos. Por outro lado, os estudos focados na avaliação de trauma mental em serviços de saúde possivelmente superestimam a prevalência.

Na meta-análise de prevalência de VS em mulheres nos cenários de complexos humanitários de emergência, que também incluiu deslocados internos e excluiu mutilação genital, a prevalência sumarizada foi de 21,4% e maior em refugiados provenientes da África¹². Em nossa revisão, encontramos vários estudos com prevalências bastante superiores. Independentemente da real prevalência, a VS foi frequente nas populações estudadas, e merece atenção especial nos serviços de saúde e de acolhimento dessa população já fragilizada por traumas de guerra e perseguição.

As mulheres jovens são as principais vítimas de VS, mas homens, crianças e adolescentes também são vítimas, uma realidade pouco discutida na literatura. Homens e menores desacompanhados também estão expostos ao risco de exploração e abuso sexual durante a migração e na chegada aos países de destino³. Não obstante, a predominância em mulheres não causa surpresa. O processo de imigração é acompanhado por dificuldades como insegurança econômica, barreiras de linguagem e aculturação que levam ao desequilíbrio de poder entre mulheres e parceiros, provocando aumento das tensões⁷⁷. Em virtude das mudanças econômicas, políticas e sociais durante guerras e pós-guerras, muitos homens utilizam violência para controlar as mulheres e reestabelecer seu status de poder⁷⁸. Tais condições podem explicar a maior frequência de VS perpetrada por parceiros íntimos.

A VS ocorre principalmente antes da migração, nos países de origem dos refugiados. Isso sugere uma relação com as condições geradas pelos conflitos armados, que potencializam normas culturais de superioridade do poder masculino presentes nesses locais, antes mesmo da condição de busca de refúgio. As elevadas prevalências na África corroboram essa visão. A República Democrática do Congo, onde conflitos armados em torno das reservas de recursos naturais perduram desde a independência em 1960⁷⁹, é marcada por

atrocidades que incluem estupro por grupos, escravidão sexual, participação forçada de familiares em estupros, mutilação genital, entre outras⁸⁰. Mais chocante é o fato de que, mesmo quando acolhida em campos de refugiados, essa população, já fragilizada, ainda enfrenta insegurança e sofre VS perpetrada por aqueles de quem esperam proteção, como oficiais e policiais.

O estupro foi a forma mais mencionada dessa violência. Isso pode ser explicado pela definição mais concreta, pela experiência mais marcante e porque grande parte dos estudos utilizou o instrumento HTQ, que possui uma questão específica sobre estupro e abuso sexual, mas não sobre outras formas de VS. O estupro é considerado o tipo mais cruel por trazer graves e sérias consequências à saúde das vítimas. Sobreviventes de guerra com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático e vítimas de estupro relatam mais sintomas somáticos que aqueles sem experiência de estupro⁸¹. O estupro também aumenta as chances de adquirir infecção por HIV, como relatado em mulheres refugiadas da África subsaariana em Paris, e está relacionado com dificuldades sociais e falta de residência fixa devido ao risco de sofrer sexo transacional ou assédio sexual durante a hospedagem por parentes ou conhecidos⁸².

Vários estudos incluídos nesta revisão apresentaram diversas limitações, como a falta de detalhamento sobre a população, desfecho de interesse, momento da ocorrência, perfil dos perpetradores, sexo e idade das vítimas. Além disso, os estudos não incluíram vítimas da crise migratória mais recente, iniciada em 2015.

Nossa revisão também apresenta limitações. A busca bibliográfica não incluiu os termos “tortura sexual” e “mutilação genital”, o que pode ter resultado em baixa sensibilidade e explicar a quantidade de artigos encontrados nas listas de referências. Não incluímos a literatura cinzenta e não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados. Ademais, não restringimos o tamanho da amostra dos artigos, o que resultou em estimativas imprecisas em estudos com poucos indivíduos³⁸. Finalmente, as diferenças metodológicas entre os estudos (diferentes locais de coleta de dados, como serviços de saúde mental e campos de refugiados; diferentes instrumentos de coleta de dados; estudos focados em transtornos mentais e não na prevalência de VS; e amostragens desiguais) podem ter contribuído para a diversidade das taxas encontradas e heterogeneidade entre os estudos, o que impediu a realização de uma meta-análise para sumarizar as informações.

Em resumo, os resultados desta revisão mostram que a VS é um problema frequente entre refugiados, tanto em mulheres quanto em homens, principalmente vindos da África, que ocorre em todos os momentos do processo migratório, inclusive nos locais de suposto acolhimento. O problema da VS entre os refugiados da crise migratória mais recente precisa ser investigado, em cenários não selecionados e com métodos mais adequados para melhor orientar as medidas de proteção necessárias.

REFERÊNCIAS

1. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends: forced displacement in 2016. Geneva: UNHCR; 2017.
2. Basile KC, Smith SG, Breiding MJ, Black MC, Mahendra RR. Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014 [citado 29 jun 2017]. Disponível em: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv_surveillance_definitions-2009-a.pdf
3. United Nations High Commissioner for Refugees. Working with men and boy survivors of sexual and gender-based violence in forced displacement. Geneva: UNHCR; 2012.
4. Ward J, Vann B. Gender-based violence in refugee settings. *Lancet*. 2002 [citado 29 jun 2017];360 Suppl:13-14. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673602118022.pdf>

5. United Nations. Sexual violence in conflict: General Assembly Security Council Report of the Secretary General. New York: UN; 2013.
6. Women's Refugee Commission. Mean streets: identifying and responding to urban refugees' risks of gender-based violence male survivor and member of men of hope. New York: WRC; 2016.
7. Sheehy I. Sexual assault in refugee camps. *Harvard Political Review*. 2016 Oct 17 [citado 29 jun 2017]. Disponível em: <http://harvardpolitics.com/hprgument-posts/sexual-assault-in-refugee-camps/>
8. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Sexual violence; p.147-74.
9. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):15-26. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012>
10. Tewksbudy R. Effects of sexual assaults on men: physical, mental and sexual consequences. *Int J Mens Health*. 2007;6(1):22-35. <https://doi.org/10.3149/jmh.0601.22>
11. Haal M, Hall J. The long-term effects of childhood sexual abuse: counseling implications. *Vistas Online*. 2011 [citado 29 jun 2017]: Article 19. Disponível em: https://www.counseling.org/docs/disaster-and-trauma_sexual-abuse/long-term-effects-of-childhood-sexual-abuse.pdf?sfvrsn=2
12. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Curr*. 2014;6. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7>
13. Stark L, Ager A. A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies. *Trauma Violence Abuse*. 2011;12(3):127-34. <https://doi.org/10.1177/1524838011404252>
14. Allodi F, Stiasny S. Women as torture victims. *Can J Psychiatry*. 1990;35(2):144-8. <https://doi.org/10.1177/070674379003500207>
15. Fornazzari X, Freire M. Women as victims of torture. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82(3):257-60. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb03062.x>
16. McKelvey RS, Webb JA. A pilot study of abuse among Vietnamese Amerasians. *Child Abuse Negl*. 1995;19(5):545-53. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00014-Y](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00014-Y)
17. Peel MR. Effects on asylum seekers of ill treatment in Zaire. *Br Med J*. 1996;312(7026):293-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7026.293>
18. Frljak A, Cengic S, Hauser M, Schei B. Gynecological complaints and war traumas: a study from Zenica, Bosnia-Herzegovina during the war. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76(4):350-4. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.1997.tb07991.x>
19. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P. Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97(3):175-81. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb09984.x>
20. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. *Br J Psychiatry*. 1998;172(1):90-4. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.90>
21. Loutan L, Bollini P, Pampallona S, Haan DB, Garazzo F. Impact of trauma and torture on asylum-seekers. *Eur J Public Health*. 1999;9(2):93-6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/9.2.93>
22. Blair RG. Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health Soc Work*. 2000;25(1):23-30. <https://doi.org/10.1093/hsw/25.1.23>
23. Hondius AJK, Willigen LHM, Kleijn WC, Ploeg HM. Health problems among Latin-American and Middle Eastern refugees in the Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):619-34. <https://doi.org/10.1023/A:1007858116390>
24. Petersen HD, Worm L, Olsen MZ, Hartling OJ. Human rights violations in Burma/Myanmar: a two year follow-up examination. *Dan Med Bull*. 2000;47(5):359-62.
25. Iacopino V, Frank MW, Bauer HM, Keller AS, Fink SL, Ford D, et al. A population-based assessment of human rights abuses committed against ethnic Albanian refugees from Kosovo. *Am J Public Health*. 2001;91(12):2013-8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.12.2013>

26. Tang SS, Fox SH. Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(8):507-12. <https://doi.org/10.1097/00005053-200108000-00003>
27. Crescenzi A, Ketzer E, Ommeren M, Phuntsok K, Komprou I, Jong JTVM. Effect of political imprisonment and trauma history on recent Tibetan refugees in India. *J Trauma Stress.* 2002;15(5):369-75. <https://doi.org/10.1023/A:1020129107279>
28. Sabin M, Cardozo BL, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA.* 2003;290(5):635-42. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.635>
29. Cardozo BL, Talley L, Burton A, Crawford C. Karenni refugees living in Thai-Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. *Soc Sci Med.* 2004;58(12):2637-44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.024>
30. Sesay FL. Where there is no 'safe haven': human rights abuses of Sierra Leonean women at home and in exile. *Agenda Empower Women Gender Equity.* 2004;(59):22-31.
31. Thomas S, Thomas S, Nafees B, Bhugra D. 'I was running away from death': the pre-flight experiences of unaccompanied asylum seeking children in the UK. *Child Care Health Dev.* 2004;30(2):113-22. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2003.00404.x>
32. Asgary R, Metalios EE, Smith CL, Paccione GA. Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health Hum Rights.* 2006;9(2):164-79. <https://doi.org/10.2307/4065406>
33. Avdibegovic E, Sinanovic O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 2006;47(5):730-41.
34. Bradley L, Tawfiq N. The physical and psychological effects of torture in Kurds seeking asylum in the United Kingdom. *Torture.* 2006;16(1):41-7.
35. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(2):179-87. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01766.x>
36. Olsen DR, Montgomery E, Bojholm S, Foldspang A. Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. *Scand J Public Health.* 2006;34(5):496-503. <https://doi.org/10.1080/14034940600554677>
37. Bögner D, Herlihy J, Brewin CR. Impact of sexual violence on disclosure during Home Office interviews. *Br J Psychiatry.* 2007;191:75-81. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030262>
38. Edston E, Olsson C. Female victims of torture. *J Forensic Leg Med.* 2007;14(6):368-73. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2006.12.014>
39. Hammoury N, Khawaja M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon. *Eur J Public Health.* 2007;17(6):605-6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm009>
40. Hooberman JB, Rosenfeld B, Lhewa D, Rasmussen A, Keller A. Classifying the torture experiences of refugees living in the United States. *J Interpers Violence.* 2007;22(1):108-23. <https://doi.org/10.1177/0886260506294999>
41. John-Langba J. The relationship of sexual and gender-based violence to sexual-risk behaviour among refugee women in Sub-Saharan Africa. *World Health Popul.* 2007;9(2):26-37. <https://doi.org/10.12927/whp.2007.18957>
42. Kira I, Hammad A, Lewandowski L, Templin T, Ramaswamy V, Ozkan B, et al. The physical and mental status of Iraqi refugees and its etiology. *Ethn Dis.* 2007;17 Suppl 3:S3-79-S3-82.
43. Piwowarczyk L. Asylum seekers seeking mental health services in the United States: clinical and legal implications. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(9):715-22. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318142ca0b>
44. Chang J, Rhee S, Berthold SM. Child abuse and neglect in Cambodian refugee families: characteristics and implications for practice. *Child Welfare.* 2008;87(1):141-60.
45. Nagai M, Karunakara U, Rowley E, Burnham G. Violence against refugees, non-refugees and host populations in southern Sudan and northern Uganda. *Glob Public Health.* 2008;3(3):249-70. <https://doi.org/10.1080/17441690701768904>
46. Harrison KM, Claass J, Spiegel PB, Bamaturaki J, Patterson N, Muyonga M, et al. HIV behavioural surveillance among refugees and surrounding host communities in Uganda, 2006. *Afr J AIDS Res.* 2009;8(1):29-41. <https://doi.org/10.2989/AJAR.2009.8.1.4.717>

47. Mitike G, Deressa W. Prevalence and associated factors of female genital mutilation among Somali refugees in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2009;9:264. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-264>
48. Williams ACC, Peña CR, Rice ASC. Persistent pain in survivors of torture: a cohort study. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(5):715-22. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.02.018>
49. Schubert CC, Punamäki RL. Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(3):175-82. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.514943>
50. Tamblyn JM, Calderon AJ, Combs S, O'Brien MM. Patients from abroad becoming patients in everyday practice: torture survivors in primary care. *J Immigr Minor Health*. 2011;13(4):798-801. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9429-2>
51. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry*. 2012;200(3):216-23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>
52. Kira I, Lewandowski L, Somers CL, Yoon JS, Chiodo L. The effects of trauma types, cumulative trauma, and PTSD on IQ in two highly traumatized adolescent groups. *Psychol Trauma*. 2012;4(1):128-139.
53. Parmar P, Agrawal P, Greenough PG, Goyal R, Kayden S. Sexual violence among host and refugee population in Djohong District, Eastern Cameroon. *Glob Public Health*. 2012;7(9):974-94. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.688061>
54. Black BM, Chiodo LM, Weisz NA, Elias-Lambert N, Kernsmit PD, Yoon JS, et al. Iraqi American refugee youths' exposure to violence: relationship to attitudes and peers' perpetration of dating violence. *Violence Against Women*. 2013;19(2):202-21. <https://doi.org/10.1177/1077801213476456>
55. Falb KL, McCormick MC, Hemenway D, Anfinson K, Silverman JG. Suicide ideation and victimization among refugee women along the Thai-Burma border. *J Trauma Stress*. 2013;26(5):631-5. <https://doi.org/10.1002/jts.21846>
56. Tufan AE Alkin M.; Bosgelmez S. Post-traumatic stress disorder among asylum seekers and refugees in Istanbul may be predicted by torture and loss due to violence. *Nord J Psychiatry*. 2013;67(3):219-24. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.732113>
57. Gibson-Helm M, Teed H, Block A, Knight M, East C, Wallace EM, et al. Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:382. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0392-0>
58. Idemudia ES. Displaced, homeless and abused: the dynamics of gender-based sexual and physical abuses of homeless Zimbabweans in South Africa. *Gender Behav*. 2014;12(2):6312-6.
59. Morof DF, Sami S, Mangeni M, Blanton C, Cardozo BL, Tomczyk B. A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda. *Int J Gynecol Obstet*. 2014;127(2):138-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.05.014>
60. Bell SA, Lori J, Redman R, Seng J. Psychometric validation and comparison of the Self-Reporting Questionnaire-20 and Self-Reporting Questionnaire-Suicidal Ideation and Behavior among Congolese refugee women. *J Nurs Meas*. 2015;23(3):393-408. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.23.3.393>
61. Connor JJ, Hunt S, Finsaas M, Ciesinski A, Ahmed A, Robinson BB. Sexual health care, sexual behaviors and functioning, and female genital cutting: perspectives from Somali women living in the United States. *J Sex Res*. 2016;53(3):346-59. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1008966>
62. Sipsma HL, Falb KL, Willie T, Bradley EH, Bienkowski L, Meerdink N, et al. Violence against Congolese refugee women in Rwanda and mental health: a cross-sectional study using latent class analysis. *BMJ Open*. 2015;5(4):e006299. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006299>
63. Al-Modallal H, Abu-Zayed I, Abujilban S, Shehab T, Atoum M. Prevalence of Intimate partner violence among women visiting health care centers in Palestine refugee camps in Jordan. *Health Care Women Int*. 2015;36(2):137-48. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.948626>

64. Chu T, Akinsulure-Smith AM. Health outcomes and attitudes toward female genital cutting in a community-based sample of West African immigrant women from high-prevalence countries in New York City. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2016;25(1):63-83. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1081663771>.2015.1081663
65. Lerner E, Bonanno GA, Kaeatley E, Joscelyne A, Keller AS. Predictors of suicidal ideation in treatment-seeking survivors of torture. *Psychol Trauma*. 2016;8(1):17-24. <https://doi.org/10.1037/tra0000040>
66. Um M, Kim H, Palinkas LA. Correlates of domestic violence victimization among North Korean refugee women in South Korea. *J Interpers Violence*. 2018;33(13):2037-58. <https://doi.org/10.1177/0886260515622297>
67. Wirtz, A, Glass N, Pham K, Perrin N, Rubenstein LS, Singh S, et al. Comprehensive development and testing of the ASIST-GBV, a screening tool for responding to gender-based violence among women in humanitarian settings. *Confl Health*. 2016;10:7. <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0071-z>
68. Guši S, Cardeña E, Bengtsson H, Søndergaard HP. Dissociative experiences and trauma exposure among newly arrived and settled young war refugees. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2017;26(10):1132-49. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1365792>
69. Hopkinson R, Keatley E, Glaeser E, Erickson-Schroth L, Fattal O, Sullinam NM. Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers. *J Homosex*. 2017;64(12):1650-66. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1253392>
70. Logie CH, Kaida A, Pokomandy A, O'Brien N, O'Campo P, MacGillivray J, et al. Prevalence and correlates of forced sex as a self-reported mode of HIV acquisition among a cohort of women living with HIV in Canada. *J Interpers Violence*. 2017 Jul 1:886260517718832. <https://doi.org/10.1177/0886260517718832>
71. Riley A, Varner A, Ventevogel P, Hasan MMT, Welton-Mitchell C. Daily stressors, trauma exposure and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcul Psychiatry*. 2017;54(3):304-31. <https://doi.org/10.1177/1363461517705571>
72. Stark I, Sommer M, Davis K, Asghar K, Assazenew Baysa A, Abdela G, et al. Disclosure bias for group versus individual reporting of violence amongst conflict affected adolescent girls in DRC and Ethiopia. *PLoS One*. 2017;12(4):e0174741. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174741>
73. Wright AM, Talia YR, Aldhalimi A, Broadbridge CL, Jamil H, Lumley MA, et al. Kidnapping and mental health in Iraqi refugees: the role of resilience. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(1):98-107. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0340-8>
74. Hynes M, Cardozo BL. Sexual violence against refugee women. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(8):819-23. <https://doi.org/10.1089/152460900750020847>
75. Alcorn T. Responding to sexual violence in armed conflict. *Lancet*. 2014;383(9934):2034-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60970-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60970-3)
76. Checci F, Warsame A, Treacy-Wong V, Polonsky J, Ommerem M, Prudhon C. Public health information in crisis-affected populations: a review of methods and their use for advocacy and action. *Lancet*. 2017;390(10109):2297-313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30702-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30702-X)
77. Hilsdon AM, Rozario S. Special issue on Islam, gender and human rights. *Women's Stud Int Forum*. 2006 29(4):331-8. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2006.05.009>
78. Guruge S, Ford-Gilboe M, Varcoe C, Jayasuriya-Illesingh V, Ganesan M, Sivayogan S, et al. Intimate partner violence in the post-war context: women's experiences and community leaders' perceptions in the Eastern Province of Sri Lanka. *PLoS One*. 2017;12(3):e0174801. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174801>
79. Bastik M, Grimm K, Kunz R. Sexual violence in armed conflict: global overview and implications for the security sector. Geneva: Centre for the Democratic Control of Armed Forces; 2007.
80. Peterman A, Palermo T, Bredenkamp C. Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. *Am J Public Health*. 2011;101(6):1060-7. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300070>
81. Gola H, Engler H, Schauer M, Adenauer H, Riether C, Kolassa S, et al. Victims of rape show increased cortisol responses to trauma reminders: a study in individuals with war- and torture-related PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(2):213-20. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.06.005>

82. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*. 2018;3(1):e16-23. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30211-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30211-6)

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: JOA, FMS, RP, AT, EF. Coleta, análise e interpretação dos dados: JOA, FMS, RP, MLB, AT, EF. Elaboração ou revisão do manuscrito: JOA, FMS, AT, EF. Aprovação da versão final: JOA, FMS, RP, MLB, AT, EF. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: JOA, FMS, RP, MLB, AT, EF.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.