



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo original

Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014[☆]



Jetro Santos^{a,*}, Jefferson Drezett^b e Alan de Loiola Alves^a

^a Faculdade de Serviço Social, Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil

^b Núcleo de Programas Especiais, Serviço de Violência Sexual e Aborto Legal, Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 12 de maio de 2015

Aceito em 25 de maio de 2015

On-line em 2 de julho de 2015

Palavras-chave:

Aborto legal

Violência sexual

Migração internacional

Violações de direitos humanos

R E S U M O

Introdução: A cidade de São Paulo é um dos principais destinos de mulheres migrantes bolivianas em busca de trabalho. No entanto, estão submetidas a precárias condições de vida e de trabalho que as tornam mais vulneráveis a sofrer violências, incluso a sexual.

Objetivo: Identificar características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de estupro, atendidas em serviço público de referência para abortamento legal.

Método: Estudo retrospectivo e documental. Amostra de conveniência com 38 mulheres bolivianas que solicitaram abortamento por gestação decorrente de estupro entre 2002 e 2014. As variáveis de estudo foram região de procedência, idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, religião, tipificação do agressor, comunicação para a polícia, circunstâncias do crime sexual e seus desdobramentos.

Resultados: A idade variou de 13-34 anos, média de $24 \pm 6,3$ anos. A maioria era solteira (63,2%), católica (55,3%), trabalhadora (71,1%) e com ensino fundamental incompleto (28,9%) e residia na Zona Leste (44,7%). A violência sexual ocorreu principalmente na residência (26,3%) ou durante lazer (23,7%), praticada por desconhecido (63,2%) mediante violência física e ameaça (39,5%). A maior parte dos casos foi encaminhada por serviços públicos de saúde (39,5%) portando boletim de ocorrência policial (52,6%) e com idade gestacional média de 12,1 semanas. A gestação foi interrompida em 30 casos (78,9%) e o principal motivo de recusa do abortamento foi idade gestacional ≥ 23 semanas.

Conclusões: Em muitos aspectos a violência sexual praticada contra migrantes bolivianas se assemelha às situações vivenciadas por mulheres em grandes centros urbanos

[☆] Estudo conduzido no Núcleo de Programas Especiais, Serviço de Violência Sexual e Aborto Legal, Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: jetro@live.com (J. Santos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2015.05.004>

1413-2087/© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

espaços públicos por agressores desconhecidos. No entanto, os resultados sugerem que as migrantes bolivianas estão mais sujeitas ao estupro praticado com violência física e menor capacidade de comunicar o crime para a polícia.

© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.
Todos os direitos reservados.

Sociodemographic characteristics of Bolivian women migrants with pregnancy caused by sexual violence seen in public reference service for legal abortion, São Paulo, Brazil, 2002 - 2014

A B S T R A C T

Keywords:

Legal abortion
Sexual violence
Emigration and immigration
Human rights abuse

Introduction: The city of São Paulo is one of the main destinations of Bolivian migrant women in search of work. However, they are subjected to poor living conditions and work that make them more vulnerable to suffer violence, included sexual.

Objective: To identify sociodemographic characteristics of Bolivian migrants with pregnancy resulting from rape, met in public service reference for legal abortion.

Method: Retrospective study and documentation. Convenience sample with 38 Bolivian women who requested abortion for pregnancy resulting from rape between 2002 and 2014. The study variables were the origin of region, age, education, occupation, marital status, religion, offender classification, reporting to the police, circumstances of sexual crime and its consequences.

Results: The age ranged from 13-34 years, mean 24.0 ± 6.3 years. Most were single (63.2%), Catholic (55.3%), working (71.1%) and incomplete primary education (28.9%), residing on the east side (44.7%). Sexual violence occurred mainly at home (26.3%) or during leisure (23.7%), perpetrated by unknown (63.2%) by physical violence and threat (39.5%). Most of the cases were referred by public health services (39.5%) carrying police report (52.6%) and mean gestational age of 12.1 weeks. Pregnancy was interrupted in 30 cases (78.9%) and the main abortion ground for refusal was gestational age ≥ 23 weeks.

Conclusions: In many ways the sexual violence against women Bolivian migrants, resemble the situations experienced by women in large urban centers addressed in public places by unknown assailants. However, the results suggest that the Bolivian migrants are more likely to rape practiced with physical violence and less able to communicate the crime to the police.

© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.
All rights reserved.

Introdução

Estudo feito pela Organização Internacional para as Migrações (OIM), em 2012, indica que o Brasil ganhou destaque regional como receptor de fluxos migratórios sul-americanos devido ao crescimento econômico do país na última década.¹ Em 2011, a OIM constatou que o Brasil foi o quarto principal destino dos emigrantes bolivianos, superado apenas por Argentina, Espanha e Estados Unidos da América, respectivamente.²

Nas últimas décadas é possível verificar uma cadeia migratória com um fluxo crescente de mulheres migrantes bolivianas para a Região Metropolitana de São Paulo. Estudo da OIM em parceria com a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd), publicado em 2010, mostra que 35% dos destinos adotados dentro do Brasil pelos migrantes de outras nacionalidades na década de 1990 foram as metrópoles paulistana e fluminense.³ No entanto, cabe considerar

que essa rede migratória tem registro desde o fim do século XIX nas regiões de fronteira.⁴

Fato notável tem sido o aumento constante da migração de sul-americanos nos últimos anos para o Brasil. Nesse contexto se destacam as populações de peruanos e bolivianos, com presença crescente no período censitário de 1991 a 2000.⁵ A tendência de que a quantidade reconhecida oficialmente não represente a totalidade de indivíduos bolivianos residentes na cidade se deve a grande quantidade de migrantes indocumentados. De qualquer forma, em 2000 o Estado de São Paulo concentrava 50,1% dos bolivianos residentes no país.⁴

Nos últimos anos, parece ocorrer um incremento significativo dessa rede migratória na cidade de São Paulo que supera outras tendências internacionais. No caso das imigrantes bolivianas radicadas na Região Metropolitana de São Paulo, a inserção territorial e ocupacional dessa população tem forte relação com a exploração do trabalho, particularmente no ramo do vestuário, frequentemente relacionada

com a sobreposição entre local de moradia, muitas vezes coletiva.⁶

Alguns estudos têm considerado as relações de parentesco e a conjuntura socioeconômica como decisivas no caso das emigrações bolivianas. Dentro da migração boliviano-brasileira, são importantes as relações de parentesco estabelecidas desde o país de origem até o destino final, com as redes alimentando o fluxo por meio do apoio oferecido às migrantes para se estabelecer e trabalhar no país de destino.⁷

A condição de dependência do trabalho para a sobrevivência obriga as migrantes bolivianas a aceitarem jornadas laborais intermináveis, num contexto de vulnerabilidade social que as expõem aos mais diversos tipos de abusos, com exploração trabalhista, condições insalubres de moradia e de alimentação e situações de violência que afetam sua saúde.

Observando-se o caso boliviano, nota-se a implantação de políticas públicas direcionadas à identificação, erradicação e ao controle da violência intrafamiliar e doméstica, reforçadas constantemente pelo poder público. Mesmo assim, há um crescimento notável de casos de violência de gênero na Bolívia nos últimos anos. Em 1999, 50% das mulheres sofreram algum tipo de violência. Esses percentuais se elevaram para 60%, em 2003, e para 70%, em 2004.⁸

Estudos apontam consequências para as mulheres em situação de violência sexual. Destacam-se impactos psicológicos que podem acarretar em transtornos, fobias, depressão, tentativas de suicídio e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Da mesma forma, sofrer violência sexual pode acarretar graves traumas físicos, até com possibilidade de letalidade, bem como doenças sexualmente transmissíveis (DST).⁹

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez merece ênfase devido à complexidade de reações que desencadeia, considerada como uma segunda violência, que expõe a mulher a uma série de complicações sociais, físicas e psicológicas.¹⁰ No entanto, nem todas as mulheres têm acesso a serviços de saúde preparados para interromper essa gravidez e acabam recorrendo ao abortamento clandestino em condições inseguras, o que pode gerar consequências ainda mais graves.¹¹

O problema pode ser ainda maior para mulheres em condições de maior vulnerabilidade social, como ocorre com as imigrantes bolivianas. Quando instaladas no Brasil, essas migrantes estão sujeitas à legislação brasileira, inclusive no que se refere a situações de violência. Esse é um cenário no qual passam a ter direito a recorrer à assistência nos serviços de saúde, uma vez que não há impedimentos para que se façam todos os atendimentos que se fizerem necessários.¹²

No entanto, não existem investigações suficientes que demonstrem em quais condições esses crimes ocorrem ou os desdobramentos das gestações decorrentes do estupro. Parte desse desconhecimento pode ser creditada ao recente movimento migratório dessa população e à menor denúncia dessas mulheres, muitas vezes indocumentadas no país, o que dificulta suas relações com os sistemas de segurança e justiça.⁴ Assim, o objetivo deste estudo é identificar as características sociodemográficas de mulheres bolivianas com gestação por estupro, atendidas em um serviço público de saúde de referência para o abortamento legal.

Método

Delineamento

Estudo retrospectivo e descritivo, documental, de natureza quantitativa. Amostra de conveniência a partir de dados secundários coletados em 2014 de banco eletrônico entre janeiro de 2002 e dezembro de 2014, com alegação de gravidez decorrente de estupro e solicitação de interrupção legal da gravidez.

Crítérios de seleção e inclusão

Estudo conduzido no Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal do Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, serviço público da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, referência para o atendimento de pessoas em situação de violência sexual e para casos de interrupção legal da gestação.

Foram incluídas mulheres migrantes de origem boliviana residentes no município de São Paulo que buscaram atendimento em situação de gestação decorrente de estupro e solicitaram interrupção legal da gestação. Foram incluídos 38 casos registrados entre 2002 e 2014, equivalentes a 2,9% das 1.284 mulheres atendidas no período que solicitaram interrupção de gravidez, nas mesmas circunstâncias.

A caracterização do crime sexual foi feita mediante a queixa apresentada pela paciente ou por seu representante legal concordante com os artigos 213 ou 217-A da legislação penal brasileira, previstos na Lei n° 12.015, de 12 de agosto de 2009. O artigo 213 tipifica o estupro por qualquer ato sexual não consentido cometido com emprego de força física e/ou de grave ameaça. O artigo 217-A, que trata do estupro de pessoas em situação de vulnerabilidade, abrange atos sexuais contra menores de 14 anos ou contra aqueles de qualquer idade que não podem oferecer resistência ou consentimento válido.¹³

A solicitação de abortamento teve por fundamentação o inciso II do artigo 128 da legislação penal brasileira, que estabelece o direito de interromper a gestação decorrente de estupro sem punição para o médico ou para a mulher que a praticam. Os casos obedeceram ao disposto pela Portaria MS/GM n° 1.508, do Ministério da Saúde, que estabelece os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁴

Nas situações que envolveram migrantes bolivianas menores de 18 anos foi feita a comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar e cumpriu-se o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).¹⁵ Para todos os casos, procedeu-se com a Notificação Compulsória determinada pelo Decreto-Lei 5.099.¹⁶ Não foi exigida a apresentação do boletim de ocorrência policial ou laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para a inclusão no estudo ou para realização do abortamento.

Instrumentos

Os dados foram coletados de banco de dados em programa Microsoft Excel® 2010. A alimentação do banco de dados foi feita por meio de ficha complementar pré-codificada, com informações consensuais da equipe interdisciplinar

responsável pelo atendimento, composta por médico, assistente social e psicólogo. As fichas complementares foram submetidas a revisão e eventual correção antes da digitação. Cada caso incluído foi submetido à revisão de consistência das informações após a digitação. Divergências identificadas nessa etapa foram corrigidas no banco de dados Microsof Excel® 2010. Somente os dados de interesse para este estudo foram organizados em nova planilha Microsof Excel 2010®.

Variáveis de estudo

As variáveis independentes ou variáveis de estudo foram: região de procedência, idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, religião, tipificação do agressor e registro do boletim de ocorrência policial. Também foram: desfechos, as circunstâncias em que ocorreram o crime sexual, seus encaminhamentos e desdobramentos.

Aspectos éticos

De acordo com a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde foram observados os aspectos éticos inerentes à feitura de pesquisa que envolva seres humanos. Foram cumpridos os cuidados éticos em relação ao sigilo das informações e nenhuma paciente incluída foi por qualquer meio identificada. O manejo das informações foi feito em computador protegido com senha. O acesso foi permitido apenas ao pesquisador. Não houve necessidade de adoção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido a usar-se somente informações já registradas em banco eletrônico de dados. Contudo, foi firmado termo de sigilo e confidencialidade no manejo dos dados. O projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Nove de Julho, conforme parecer n° 948.691, de 5 de fevereiro de 2015.

Resultados

A idade das pacientes estudadas variou de 13-34 anos, com média de 24 e desvio padrão de 6,3 anos. Na [tabela 1](#) encontra-se a síntese das características sociodemográficas das mulheres bolivianas com gestação decorrente de violência sexual.

A [tabela 2](#) se refere às circunstâncias em que ocorreu a violência sexual, com características do estupro, de suas vítimas e seus agressores.

Com vistas à apreensão dos caminhos percorridos pelas mulheres bolivianas para chegar ao Hospital Pérola Byington, bem como de outros fatores relacionados à destinação dos casos, na [tabela 3](#) encontram-se as características do encaminhamento, da gestação e do resultado dos procedimentos de interrupção da gestação. A média de idade gestacional no ingresso para atendimento foi de 12,1 semanas.

Discussão

Atualmente é amplamente difundida e discutida a questão da violência sexual, visto que sua prevalência é considerável mundialmente e indica uma das mais importantes violações

Tabela 1 – Características sociodemográficas de 38 mulheres imigrantes bolivianas residentes no município de São Paulo com solicitação de interrupção de gestação decorrente de violência sexual, São Paulo, 2002 - 2014

Variável	n = 38	%
Idade		
Adolescente (≤ 17 anos)	7	18,4
Adulta (≥ 18 anos)	31	81,6
Escolaridade		
Não alfabetizada	3	7,9
Fundamental incompleto	11	28,9
Fundamental completo	6	15,8
Médio completo	10	26,3
Médio incompleto	7	18,4
Superior incompleto	1	2,6
Estado civil		
Solteira	24	63,2
Casada ou união estável	9	23,7
Separada ou divorciada	3	7,9
Viúva	2	5,3
Religião		
Católica	21	55,3
Sem religião	6	15,8
Evangélica	5	13,2
Cristã	3	7,9
Outra religião	3	7,9
Ocupação		
Trabalho formal ou informal	27	71,1
Estudante	4	10,5
Desempregada	4	10,5
Sem ocupação	3	7,9
Procedência		
Leste	17	44,7
Centro	6	15,8
Norte	4	10,5
Oeste	3	7,9
Ignorada	8	21,1

de direitos humanos.¹⁷ Esse fato tem chamado atenção dos organismos internacionais e provoca uma série de conferências e acordos que buscam enfrentar essa realidade.¹⁸ Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência sexual como “qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto”.¹⁹

Importa considerar que a violência sexual representa o extremo cerceamento do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, fato que também pode ocorrer com a imposição patriarcal do matrimônio, a exploração sexual comercial, a gravidez forçada e o abortamento.²⁰ Em todos os casos, o que se observa é uma estreita relação com a questão de gênero, coartando diferenças em desigualdades, imbricada em processos culturais de imposição da vontade de uns sobre a de outros, neste caso, especificamente, sobre o gênero feminino.²¹

Tabela 2 – Características da violência sexual praticada contra 38 mulheres imigrantes bolivianas residentes no município de São Paulo com solicitação de interrupção de gestação decorrente de violência sexual, São Paulo, 2002 - 2014

Variável	n = 38	%
<i>Abordagem</i>		
Residência da paciente	10	26,3
Lazer	9	23,7
Cotidiana	8	21,1
Percurso do trabalho	5	13,2
Local de trabalho	1	2,6
Outra atividade	5	13,2
<i>Autor</i>		
Desconhecido	24	63,2
Membro da comunidade	5	13,2
Colega de trabalho	3	7,9
Padrasto	1	2,6
Parceiro íntimo	1	2,6
Irmão	1	2,6
Outro	3	7,9
<i>Intimidação</i>		
Grave ameaça associada a força física	15	39,5
Estupro de vulnerável	9	23,7
Força física	8	21,1
Grave ameaça	6	15,8
<i>Condição de estupro de vulnerável</i>		
Embriaguez	4	44,4
Substância com atuação no sistema nervoso central	3	33,3
Idade < 14 anos	2	22,2
<i>Número de autores</i>		
1	30	78,9
≥ 2	7	18,4
Ignorado	1	2,6

Os direitos sexuais e reprodutivos se relacionam com a violência de gênero na medida em que essa favorece os processos de dominação masculina que se encontram nos marcos do patriarcado e da ideologia e acabam por impelir o patriarca a usar da violência para garantir sua dominação. Assim, as diversas formas de violência contra a mulher surgem como consequência da cultura patriarcal dominante.²²

A concentração de migrantes bolivianas na Região Leste da cidade de São Paulo não difere do apontado em outras pesquisas que também indicam o deslocamento mais recente dessas populações para bairros mais afastados do centro, o que estaria relacionado com a flexibilização do trabalho para fora da indústria, que reforça a informalidade e leva as oficinas de costura para o âmbito doméstico. Os bolivianos são pioneiros nesse tipo de migração internacional nas regiões periféricas.⁵

Dessa forma, a maioria das migrantes que chegam da Bolívia é de mulheres jovens, com baixa qualificação profissional e pouca escolaridade, o que caracteriza essencialmente uma imigração laboral no ramo da confecção.⁶ Dessa forma, o “trabalho em casa” pode ser um facilitador da manutenção das cadeias migratórias e usa os migrantes já instalados no Brasil como principais receptores desses fluxos.

Essa informalidade e precariedade das condições de trabalho e a situação não regular no país das migrantes bolivianas

Tabela 3 – Encaminhamentos e desdobramentos do atendimento de 38 mulheres imigrantes bolivianas residentes no município de São Paulo com solicitação de interrupção de gestação decorrente de violência sexual, São Paulo, 2002-2014

Variável	n = 38	%
<i>Encaminhada por</i>		
Serviço público de saúde	15	39,5
Distrito policial ou delegacia de defesa da mulher	12	31,6
Serviço de violência sexual e aborto legal	5	13,2
Busca espontânea	3	7,9
Serviço privado de saúde	1	2,6
Organização não governamental	1	2,6
Outra instituição	1	2,6
<i>Boletim de Ocorrência Policial</i>		
Sim	20	52,6
Não	18	47,4
<i>Idade gestacional (em semanas)</i>		
≤ 12	23	60,5
13-22	11	28,9
≥ 23	4	10,5
<i>Feitura do abortamento</i>		
Sim	30	78,9
Não	8	21,1
<i>Motivo da não feitura do abortamento</i>		
Idade gestacional ≥ 23	4	50
semanas/peso fetal ≥ 500 g		
Gestação prévia à violência	2	25
Gestação posterior à violência	2	25
Total	8	100

dificultam conhecer muitos aspectos de sua saúde, particularmente quanto a experiências com violência. Nesse sentido, a falta de comunicação com os sistemas públicos de atendimento é fator agravante no que se refere à superação da situação de violência e vulnerabilidade a qual estão expostas, uma vez que as impossibilita de ter acesso aos recursos educativos, jurídicos e de saúde.²³

Assim, o estudo com configuração mais próxima a este é o de Pedroso (2010),²⁴ em que a autora fez pesquisa com 936 casos de estupro e gravidez com solicitação de abortamento, referente a mulheres procedentes da Região Metropolitana de São Paulo. Para Pedroso (2010), a média de idade encontrada foi 22,2 anos, com predominância de escolaridade fundamental incompleta (37,4%), estado civil solteira (76,3%) e religião católica (53,3%). O boletim de ocorrência policial foi apresentado por 82,1% das mulheres. Em 92,3% dos casos o estupro foi praticado por autor único, em 60,9% das vezes um desconhecido que usou ameaça grave como forma de intimidação em 64,2% das situações.²⁴

Considerando os resultados de Pedroso (2010), é possível verificar que a escolaridade, a religião e o estado civil foram semelhantes entre brasileiras e bolivianas com gestação decorrente de estupro. De fato, as evidências indicam que a maior parte das mulheres adultas e adolescentes que sofre crimes sexuais praticados por desconhecidos em grandes regiões urbanas é jovem, solteira, católica e com pouca escolaridade.^{25,26} Por outro lado, observam-se fatores que

diferenciam a ocorrência de violência sexual, como a menor proporção de comunicação para a polícia entre as mulheres bolivianas (52,6%).

Acredita-se que a maior parte das mulheres não comunica a violência sexual por constrangimento e pelo sentimento de humilhação, somados ao receio de serem desacreditadas pelo parceiro íntimo, parentes, amigos, vizinhos ou autoridades.²³ Também é comum que a violência se acompanhe de ameaças graves, inclusive a de morte, caso a mulher revele o ocorrido.²⁷

No Brasil, não existem dados consolidados sobre os crimes sexuais e enfrenta-se o problema da subnotificação. Estima-se que apenas 10 a 20% das mulheres em situação de violência sexual comunicam o fato para as autoridades.⁹ Considerando-se a situação não regular de muitas migrantes bolivianas, bem como possíveis barreiras culturais e sociais, é razoável supor que esses percentuais possam ser ainda menores entre migrantes bolivianas. No entanto, quando a violência sexual resulta em gravidez forçada, podem prevalecer outras motivações para a mulher denunciar o ocorrido.¹¹

Neste estudo, o mecanismo de intimidação empregado pelo agressor para impor o crime sexual também mostrou diferença. Enquanto que a grave ameaça prevaleceu para 64,2% dos casos no estudo de Pedroso (2010),²⁴ esse tipo de constrangimento entre mulheres bolivianas foi expressivamente menor e atingiu 15,8%. O achado indica que a violência sexual contra as migrantes bolivianas se associou com maior frequência de uso da violência física, com ou sem associação com ameaças.

Além disso, as situações de estupro de vulnerável estabelecidas pela lei foram identificadas em 23,7% dos casos, o que contrasta fortemente com achados de Blake et al. (2014)²⁵ para o município e São Paulo, que verificaram a tipificação de vulnerabilidade em 4,2% dos casos. O estupro de vulnerável praticado em situação de embriaguez foi o tipo mais frequente entre as migrantes bolivianas (44,4%), enquanto que no estudo de Blake et al. (2014)²⁵ prevaleceram casos em que a idade foi menor do que 14 anos (46,8%) e de doença mental (42,5%). No entanto, os resultados não permitem afirmar que migrantes bolivianas façam maior uso de bebidas alcoólicas.

Sobre a situação ou atividade da vítima no momento da abordagem do agressor, estudo de Blake et al. (2014)²⁵ mostra que, em nosso meio, 34,2% dos casos ocorreram durante o deslocamento para a escola ou trabalho, 32,8% em outras atividades cotidianas, 14,2% na residência da vítima e 13,5% durante atividade de lazer. Neste estudo, observa-se que a frequência de crimes sexuais praticados na residência da vítima, muitas vezes seu local de trabalho, foi quase o dobro do que o observado por Blake et al. (2014),²⁵ com 26,3% dos casos, assim como nas situações de abordagem durante atividades de lazer.

Em certa medida, a condição de abordagem das mulheres reflete a relação com o agressor. A violência sexual praticada contra mulheres bolivianas mostra frequência menor de autores desconhecidos (63,2%) se comparada aos 80,4% observados por Blake et al. (2014).²⁵ Nesse aspecto, a literatura indica resultados heterogêneos. Divergindo deste estudo, autores conhecidos são reportados na maioria dos crimes sexuais contra adolescentes e mulheres adultas jovens.²⁸ Para outros autores, os agressores desconhecidos estão envolvidos

em 50% a 70% dos casos de violência sexual, semelhantemente aos dados encontrados.²⁹

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) publicou investigação em 2014 a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), instrumento para registro individual de casos de violência atendidos em unidades de saúde em todo território brasileiro. Os resultados da pesquisa revelam que 15% dos casos de violência sexual são praticados por dois ou mais agressores.³⁰ Desconhecidos passam a configurar como principais autores do estupro na medida em que a idade da vítima aumenta. Agressores desconhecidos aumentam em 45% a chance de a vítima desenvolver doenças sexualmente transmissíveis (DST).³⁰

O número de agressores envolvidos na violência sexual entre imigrantes bolivianas (18,4%) foi mais próximo dos resultados do Ipea se comparado com o do estudo de Pedroso (2010), em que 7,3% dos casos se relacionaram com múltiplos agressores.^{25,30} Outro aspecto interessante na pesquisa nacional do Ipea mostra que 12% das vítimas de estupro estavam ou foram casadas, enquanto que entre as migrantes bolivianas atendidas no Hospital Pérola Byington essa condição foi constatada em 23,7% dos casos.³⁰

Essa diferença pode ser resultado da questão da rede migratória, uma vez que essas mulheres podem ter migrado em situação de união no país de origem, embora se encontrassem sem parceiro no momento da violência. Segundo Vargas (2008),³¹ essa é uma situação que as coloca em maior vulnerabilidade, considerando que as ocorrências em que existe contato físico se identificam três elementos: um agressor motivado, uma vítima e a ausência de alguém capaz de impedir a agressão.³¹

Existem evidências de que o agressor pode continuar a exercer influência indireta sobre as decisões das vítimas, mesmo depois de consumada a violência sexual.³² Estudo de regressão multinomial aponta que mulheres grávidas da violência sem parceiro íntimo, que sofrem ameaças e que foram estupradas por parentes são as que mais postergam a busca por atendimento nos serviços de saúde. Em consequência, em 6% desses casos a idade gestacional no ingresso supera 22 semanas, o que impede tecnicamente a feitura do abortamento.³³

Enfrentar os desafios implicados na interseção entre violência sexual e mulheres em condição migratória exige preparo. Esse é viabilizado justamente com o conhecimento da realidade. Disso decorre a importância de se desenvolverem investigações que propiciem a aproximação analítica desses fatos e subsidiem a intervenção qualificada nas manifestações da questão social envoltas nesse complexo emaranhado cultural e sociopolítico. Dessa forma, este estudo tomou em conta a situação particular de mulheres migrantes trabalhadoras para se tratar da questão da violência sexual.

Existem limitações neste estudo que cabe reconhecimento, como a falta de análise da renda das migrantes bolivianas e a distinção entre o trabalho formal e o informal, variáveis indisponíveis no banco de dados original. Além disso, a limitação do número de casos não permite assegurar que os resultados possam ser extrapolados para todas as migrantes bolivianas em nosso meio.

De toda forma, os resultados deste estudo indicam que mulheres migrantes bolivianas se encontram em condição de vulnerabilidade para sofrer violência sexual. Cabe considerar sua inclusão junto a outros grupos minoritários nas políticas públicas de atenção social e à saúde. Além disso, os condicionantes implícitos em sua cotidianidade aumentam seu grau de vulnerabilidade social, os quais podem ser entraves ou obstáculos que dificultam ainda mais que mulheres migrantes acessem os serviços de saúde e de segurança que forneçam apoio em momento de dificuldade.

Por outro lado, cabe o reconhecimento das normativas e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que asseguram uma política inclusiva, solidária e universal, acolhem toda pessoa independente de sua nacionalidade e sem a exigência de documento.¹² Portanto, não se justifica que as migrantes bolivianas enfrentem obstáculos para o atendimento de urgência em casos de estupro ou para o acesso ao abortamento legal nas circunstâncias previstas pela lei. Não obstante, o Brasil é signatário da Assembleia Geral das Nações Unidas que, desde 1999, estabelece que nas circunstâncias em que o abortamento não seja contrário à lei os serviços de saúde devem ser capacitados e equipados para assegurar que esses procedimentos sejam seguros e acessíveis.³⁴

Conclusões

As características sociodemográficas de migrantes bolivianas que solicitam abortamento por gestação decorrente de estupro apontam para mulheres predominantemente jovens, sem companheiro, com pouca escolaridade, católicas, trabalhadoras e procedentes da Zona Leste da cidade de São Paulo. Na maior parte dos casos o crime sexual foi praticado por agressor único e desconhecido, que as abordou na residência ou em atividade de lazer, com maior emprego de violência física.

A chegada dessas mulheres ao hospital se deu, principalmente, por encaminhamento da polícia ou de outros serviços públicos de saúde. Na maior parte dos casos a idade gestacional no ingresso foi menor do que 13 semanas e foi possível fazer o abortamento na maior parte dos casos. O principal motivo para não aprovação do pedido de interrupção da gestação foi a idade gestacional acima dos limites técnicos para feitura do procedimento.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Organización Internacional para las Migraciones. Panorama migratorio de América del Sur. 2012. Disponível em: http://publications.iom.int/bookstore/free/Panorama.Migratorio.de_America_del_Sur2012.pdf. Acesso em: 07/05/2015.
2. Organización Internacional para las Migraciones. Perfil Migratorio de Bolivia, 2001. Disponível em: http://publications.iom.int/bookstore/free/Perfil.Migratorio.de_Bolivia.pdf. Acesso em: 07/05/2015.
3. Organización Internacional para las Migraciones. Perfil Migratório do Brasil, 2009. Disponível em: <http://publications.iom.int/bookstore/free/Brazil.Profile2009.pdf>. Acesso em 07/05/2015.
4. Xavier IR. A inserção socioterritorial de migrantes bolivianos em São Paulo. Uma leitura a partir da relação entre projetos migratórios, determinantes estruturais e os espaços da cidade. In: Baeninger R (org.). *Imigração Boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; 2012.
5. Souchaud S. A imigração boliviana em São Paulo. In: Ferreira AP, Vainer C, Póvoa-Neto H, Santos MO (org). *Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante*. Rio de Janeiro: NIEMUFRJ Garamond; 2010.
6. Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrópole*. 2007;17:119-33.
7. Pedone C. El potencial del análisis de las cadenas y redes migratorias en las migraciones internacionales contemporáneas. In: III Congreso sobre la Inmigración en España. Granada, 2002. Disponível em: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales.de_consulta/Migracion/Articulos/redes_migratorias.pdf Acesso em: 26/02/2015.
8. Valdía AEM. La lucha contra la violencia de género. *Temas Sociales*. 2006;27:275-300.
9. Faúndes A, Oliveira G, Andalaft Neto J, Lopez JRC, Pimentel S, Rosas CF, et al. II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina*. 1998;26(2): 134-8.
10. Faúndes A, Rosas C, Bedone A, Orozco I. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(2):126-35.
11. Drezett J, Pedrosa D, Vertamatti MA, Macedo-Júnior H, Blake MT, Gebrim LH, et al. Pregnancy resulting from sexual abuse: reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion-pregnancy and violence. *Health Med*. 2012;6(3):819-25.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>
13. Delmanto C, Delmanto R, Delmanto-Jr R, Delmanto FMA, editores. *Código penal comentado*. 8ª ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Editora MS; 2010.
15. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1993.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Editora MS; 2011.
17. Zaluar A, Monteiro MFG. Violência contra a mulher e a violação dos direitos. *Reprod Clim*. 2012;27:91-7.
18. Lisboa TK. Violência de gênero, políticas públicas para o seu enfrentamento e o papel do serviço social. *Temporálio*. 2014;27:33-56.
19. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012.

20. Brasil Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil.03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
21. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Franchetto B, Heilborn ML, editors. *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar Cavalcanti MLVC; 1985. p. 23–62.
22. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*. 2001;16:115–36.
23. Pilleco FB, Knauth DR, Vigo A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):427–39.
24. Pedroso D. Estudo de fatores relacionados com ao abortamento previsto em lei em situações de violência sexual [dissertação]. São Paulo: Universidade de Santo Amaro; 2010.
25. Blake MT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Healt*. 2014;14:15.
26. Teerapong S, Lumbiganon P, Limpongsanurak S, Udomprasertgul V. Physical health consequences of sexual assault victims. *J Med Assoc Thai*. 2009;92(7):885–90.
27. Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio IP, Macedo H Jr, Vertamatti MAF, et al. Influência do exame médico-legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2011;21(2):189–97.
28. Rickert VI, Wiemann CM. Date rape among adolescents and young adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1998;11(4):167–75.
29. Muganyizi PS, Kilewo C, Moshiri C. Rape against women: the magnitude, perpetrators and patterns of disclosure of events in Dar es Salaam, Tanzania. *Afr J Reprod Health*. 2004;8(3):137–46.
30. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (Nota técnica). Brasília: IPEA; 2014.
31. Vargas JD. Padrões do estupro no fluxo do sistema de justiça criminal em Campinas, São Paulo. *Rev Katal, Florianópolis*. 2008;11(2):177–86.
32. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Study of mechanisms and factors related to sexual abuse in female children and adolescents. *J Pediatr*. 2001;77(5):413–9.
33. Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *Int Arch Medicine*. 2015;8(29):1–14.
34. United Nations Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations; 1999.